



NORMA TÉCNICA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y
del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida
(sida)

Septiembre 2024



Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, Departamento de Epidemiología
Norma Técnica de vigilancia epidemiológica. Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (sida).

Todos los derechos reservados.

Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de difusión y capacitación.

Prohibida su venta.

Esta Norma está disponible en www.minsal.cl

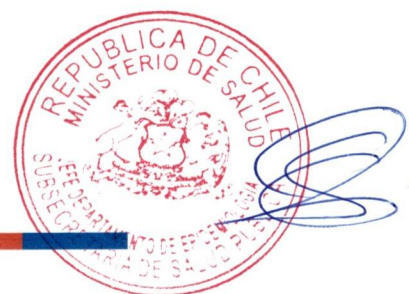
Cómo citar este documento:

Ministerio de Salud de Chile. Norma técnica de vigilancia epidemiológica del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (sida). Santiago de Chile, 2025.



Contenido

1.	INTRODUCCIÓN.....	4
2.	CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD	4
3.	JUSTIFICACIÓN.....	6
4.	OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA	6
5.	MARCO LEGAL.....	6
5.	VIGILANCIA	7
a)	Notificación de Caso de VIH/sida	13
b)	Estudio de laboratorio, definiciones de técnicas y toma de muestras	14
c)	Estudio de contactos	15
d)	Funciones y responsabilidades.....	16
6.	INDICADORES DE CALIDAD DE LA VIGILANCIA.....	21
7.	ANEXO	22
8.	REFERENCIAS	25
9.	EQUIPO DE TRABAJO	26



1. INTRODUCCIÓN

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un virus que afecta al sistema inmunológico, pudiendo llevar al desarrollo del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida¹). Los avances en las terapias antirretrovirales y el impacto positivo de éstas en las condiciones de salud de las personas que viven con VIH (PVVIH) han hecho posible que hoy, el VIH sea considerado como una infección de carácter crónica tratable, lo que permite que las personas que han contraído el virus puedan desarrollarse en todos los ámbitos de su vida, tal como las que no viven con VIH. Por ello, el diagnóstico y el tratamiento precoz del VIH es una de las estrategias centrales para el control de la epidemia en el mundo (1).

A pesar de estos avances, el VIH sigue siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, su transmisión persiste en todos los países, y en algunos de ellos las nuevas infecciones siguen en aumento, cuando en años anteriores se había presentado un descenso. La Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y el Fondo Mundial han alineado sus estrategias mundiales contra el VIH para que estén en consonancia con la meta 3.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible consistente en poner fin a la epidemia de VIH para 2030 (2). En Chile, estos objetivos y metas mundiales han sido acogidos para contribuir a su logro global, pero también para alcanzar las metas sanitarias en salud, definidas a través de la Estrategia Nacional de Salud-ENS 2021-2030, que se ha planteado, disminuir la incidencia de la infección por VIH.

Esta norma se alinea con las metas 95-95-95 de ONUSIDA (que el 95% de las personas que viven con VIH conozcan su estado serológico, que el 95% de las personas diagnosticadas reciban tratamiento antirretroviral continuado y que el 95% de las personas que reciben tratamiento antirretroviral tengan supresión viral), como parte esencial de la estrategia para poner fin a la epidemia de VIH para 2030.

En este contexto, la vigilancia epidemiológica del VIH/sida tiene un papel fundamental para la comprensión, monitoreo de las metas nacionales e internacionales y control de esta infección, sustentándose en ella, en gran medida, la toma de decisiones en salud pública para planificar y evaluar las políticas públicas implementadas, en particular aquellas estrategias de prevención, atención y tratamiento.

Este documento establece las definiciones de caso operativas, define los procedimientos y responsabilidades de los distintos niveles del sistema de salud para realizar la notificación, recolección y análisis de los datos para efectos de la vigilancia epidemiológica del VIH/sida.

2. CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD

El agente causal de esta infección es el VIH, virus de tipo ARN perteneciente a la familia *retroviridae* y subfamilia *lentiviridae*. Se caracteriza por poseer ARN como material genómico y presentar una enzima conocida como transcriptasa reversa, la cual le permite transcribir su información desde el ARN hacia el ADN para luego integrarse al genoma humano mediante otra enzima llamada integrasa. El reservorio del VIH es exclusivamente humano. Se han descrito dos tipos, el VIH-1 y

¹ La palabra sida será escrita con minúscula debido a que es la forma actual de referirse a la enfermedad, por considerarla una palabra lexicalizada según indica la Real Academia Española.



VIH-2, en Chile se ha descrito principalmente el VIH-1.

El virus ataca el sistema inmune y altera los mecanismos de defensa contra las infecciones y contra determinados tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células del sistema inmune e impide su normal funcionamiento, la persona infectada evoluciona en una situación de inmunodeficiencia progresiva. El principal componente inmunológico afectado son los linfocitos T de tipo CD4, por lo cual se monitorizan rutinariamente en las personas viviendo con VIH (2).

Una vez producida la infección (primoinfección), el sistema inmune genera una respuesta inmunológica con anticuerpos específicos, cuya detección permite hacer el diagnóstico de la infección a través de pruebas de tamizaje. El intervalo de tiempo entre la infección y la detección de anticuerpos específicos contra el virus es conocido como período de ventana, pudiendo detectarse entre 3 a 12 semanas después de la exposición (4). En esta etapa de primoinfección pueden presentarse una serie de manifestaciones clínicas inespecíficas que se conocen como síndrome retroviral agudo, pero en la mayoría de los casos este período puede pasar inadvertido sin sospecharse el diagnóstico.

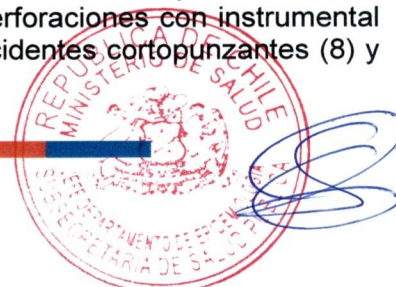
Luego se presenta la etapa de "latencia clínica". Este período se caracteriza por ausencia de manifestaciones clínicas y puede durar varios años, aunque en algunas personas puede progresar más rápido (5). Durante este lapso, la persona infectada no presenta signos ni síntomas y la infección solo es detectable a través de pruebas de laboratorio, pudiendo transmitir la infección sin sospecharlo. En general, el tratamiento para el VIH detiene y previene la progresión de la enfermedad.

Finalmente, si se mantiene la historia natural de la infección sin intervención terapéutica, se presentan ciertas condiciones donde se incluyen algunas infecciones denominadas oportunistas y neoplasias asociadas a la inmunodepresión (propia del VIH), que son marcadoras del severo compromiso del sistema inmunológico (6) y que caracterizan a la etapa avanzada o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida).

La incorporación de la terapia antirretroviral (TAR) de alta eficacia cambió el curso y la historia natural de la infección, logrando detener la progresión de la enfermedad al frenar la replicación viral y permitir la restauración del sistema inmune, logrando disminuir la morbilidad y recuperando la calidad de vida. Por lo general, las personas en etapa sida que no acceden a tratamiento logran sobrevivir menor (5).

Los mecanismos de transmisión del VIH han sido claramente descritos (6). La vía sexual constituye la principal y más frecuente, tanto en Chile como a nivel mundial. Las prácticas sexuales penetrativas sin protección representan el principal factor de riesgo de adquirir la infección, (siendo de mayor riesgo las prácticas receptivas anales). Además, existen algunas prácticas sexuales que aumentan el riesgo de que una persona adquiera el VIH como cursar otra infección de transmisión sexual (sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea).

El segundo mecanismo de transmisión es la vía sanguínea, sin embargo, en los centros de sangre de nuestro país se realiza serología para la detección de VIH a todos los donantes (7). La drogadicción endovenosa y el compartir jeringas y agujas es otro factor de riesgo de transmisión por vía sanguínea; vía que no se ha evidenciado como práctica de transmisión del VIH actualmente en Chile, a diferencia de otros países de la región. También, se considera como vía probable vía de transmisión, ser objeto de procedimientos que involucren cortes o perforaciones con instrumental no esterilizado, trasplantes de tejidos sin garantías de seguridad, accidentes cortopunzantes (8) y



por último el uso de alcohol, drogas, otras sustancias o participación de chemsex que provocan desinhibición para las prácticas sexuales de riesgo y relajo de las medidas de autocuidado.

La transmisión vertical, es decir, de persona gestante VIH (+) a hijo/a durante el embarazo, parto o a través de la lactancia materna, constituye un tercer mecanismo de transmisión, el cual es prevenible a través del diagnóstico oportuno, acceso a los protocolos de profilaxis con antirretrovirales, definición de la vía de parto y la suspensión de la lactancia materna.

3. JUSTIFICACIÓN

La vigilancia del VIH/sida se justifica porque es una infección que se puede prevenir, posee una carga de enfermedad importante, afecta la calidad de vida y puede llevar a la muerte sin terapia antirretroviral; afecta en mayor proporción a una población económicamente activa; presenta elevados costos asociados al tratamiento. Su implementación contribuye a la evaluación del impacto de las medidas de prevención y control.

4. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

Conocer el comportamiento de la epidemia en nuestro país, los factores de riesgo para adquirir la infección por VIH, la oportunidad diagnóstica y las vías de transmisión para evaluar el impacto de las medidas de prevención y control realizadas en Chile.

Los objetivos específicos son:

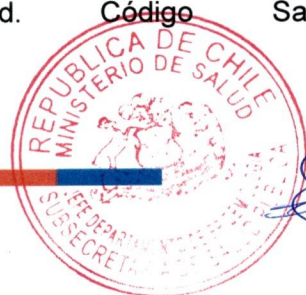
1. Conocer la magnitud, tendencia, gravedad y características de los casos de VIH/sida, contribuyendo a su conocimiento global y caracterizar los cambios epidemiológicos producto de intervenciones en salud pública u otros fenómenos.
2. Fomentar el desarrollo de otras investigaciones epidemiológicas con enfoque cuantitativo o cualitativo.
3. Entregar información epidemiológica para la planificación en salud y la evaluación de las estrategias de prevención de salud pública implementadas.
4. Medir el progreso hacia las metas globales y nacionales mediante indicadores trazadores, en el marco de la participación del país en el cumplimiento de los objetivos mundiales en materia de VIH
5. Evaluar indicadores que permitan mejorar la vigilancia y tomar decisiones en salud pública.

5. MARCO LEGAL

La presente norma técnica se sustenta en las siguientes normativas legales y reglamentarias:

- DFL N° 1/2005, del Ministerio de Salud. Ministerio de Salud (artículo 4 y siguientes); Fondo Nacional de Salud (artículo 49 y siguientes); Instituto de Salud Pública de Chile (artículo 57 y siguientes); Sistema Nacional de Servicios de Salud (artículos 16 y siguientes; (<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=249177>).

- DFL 725/1967, del Ministerio de Salud. Código Sanitario (<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5595>).



- Ley N° 19.779 que establece normas relativas al virus de inmu no deficiencia humana (<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=192511>)
- Decreto Supremo N° 182/2006 del Ministerio de Salud; Reglamento del examen para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana. (<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=257203>).
- Decreto Supremo N°07/2019, Ministerio de Salud. Reglamento sobre notificación de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria ([http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/Decreto 7 12 de marzo de 2019.pdf](http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/Decreto_7_12_de_marzo_de_2019.pdf)).
- Decreto Supremo N° 230/2008, Ministerio de Relaciones Exteriores. Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (2005) (<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=284068>).
- Normas Técnicas 55/2000. Ministerio de Salud de Chile. Vigilancia de Enfermedades Transmisibles. <https://epi.minsal.cl/aspectos-legales-normas/>
- Ley N° 20.584 sobre derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud (<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>)

De acuerdo con el Libro X del Código Sanitario, el incumplimiento de las acciones de vigilancia epidemiológica descritas en la presente norma será motivo del levantamiento de un sumario a las áreas administrativas correspondientes por parte de las SEREMI de Salud y según corresponda podrán ser conocidas por otras autoridades e instancias de acuerdo a la competencia pertinente establecidas en nuestro ordenamiento.

5. VIGILANCIA

5.1 MODALIDAD DE VIGILANCIA

Esta vigilancia es de notificación obligatoria, universal, dentro de las 24 horas desde la clasificación final del diagnóstico, según la definición de caso establecido en esta normativa (Artículo 1°, letra b) DS 7/2019 del Ministerio de Salud).

5.2 DEFINICIÓN DE CASO

Caso confirmado de infección por VIH según clasificación clínico-epidemiológica

Toda persona cuyos resultados de las pruebas de laboratorio para el VIH han sido confirmados como positivas por el Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) y que cuenta con la evaluación clínico-inmunológica necesaria para establecer la etapa de la infección al momento de la notificación.

I. Etapificación clínico-inmunológica de caso de infección por VIH en adulto²

² Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance; Case Definition for AIDS among Adolescents and Adults (1993).



Toda persona adulta con serología positiva para el VIH confirmada por el ISP será etapificada clínica e inmunológicamente de acuerdo con los siguientes criterios:

- Etapificación Inmunológica: proceso basado en el recuento absoluto de linfocitos T CD4 que categoriza como 1, 2 o 3.
- Etapificación clínica: referido al diagnóstico de una o más enfermedades marcadoras de etapas A, B o C.

“La etapificación del caso de VIH/sida se consigue al combinar la categoría clínica de etapas A, B o C (de acuerdo con la presencia de enfermedades marcadoras evaluadas por el personal médico), con la categoría inmunológica (dado por el recuento absoluto de Linfocitos T CD4), que etapifica como 1, 2 o 3”

a) Categorías inmunológicas de acuerdo con el recuento absoluto de linfocitos T CD4

- Categoría 1: igual o mayor a 500 / microlitro
- Categoría 2: entre 200 y 499 / microlitro
- Categoría 3: menor de 200 / microlitro

b) Categorías clínicas: Las categorías clínicas se dividen en A, B y C, de acuerdo con las patologías presentes al momento de la etapificación.

Categoría clínica A: Infección asintomática

- Infección por VIH asintomática
- Infección por VIH aguda (Síndrome retroviral agudo)
- Linfadenopatía generalizada persistente

Las personas incluidas en la categoría A3 se consideran casos de sida.

Categoría clínica B: Infección crónica sintomática, sin condiciones definitorias de sida. Incluye:

- Candidiasis orofaríngea
- Candidiasis vulvovaginal persistente, frecuente o con pobre respuesta al tratamiento
- Síndrome diarreico crónico >1 mes
- Síndrome febril prolongado ($> 38,5^{\circ}$) >1 mes
- Baja de peso <10 Kgs.
- Leucoplaquia vellosa oral
- Herpes zóster >1 episodio o >1 dermatoma
- Listeriosis
- Nocardiosis
- Angiomatosis bacilar
- Endocarditis, meningitis, neumonía, sepsis



- Proceso inflamatorio pelviano especialmente absceso tubo-ovárico complicado
- Polineuropatía periférica
- Púrpura trombocitopénica idiopática
- Displasia cervical moderada a severa / Carcinoma cervical in situ

Las personas incluidas en la categoría B3 se consideran casos de sida.

Categoría clínica C: Condiciones clínicas definitorias de sida. Incluye:

- Candidiasis de los bronquios, tráquea o pulmones
- Candidiasis esofágica
- Cáncer cervical invasivo
- Criptococosis extrapulmonar
- Criptosporidiosis intestinal crónica (> 1 mes de duración)
- Enfermedad por citomegalovirus (CMV)
- Retinitis por CMV
- Encefalopatía por VIH
- Infección por Herpes simplex: úlceras crónicas (> 1 mes), bronquitis, neumonitis o esofagitis
- Isosporiasis Intestinal crónica (>1 mes)
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma de Burkitt, Linfoma Inmunoblástico o Linfoma cerebral primario
- Enfermedad diseminada o extrapulmonar por *Mycobacterium avium* complex o *M. kansasii* u otra micobacteria
- Tuberculosis (TBC) pulmonar o extrapulmonar
- Neumonía por *Pneumocystis jiroveci*
- Neumonía recurrente
- Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva
- Septicemia recurrente por salmonella
- Toxoplasmosis cerebral
- Síndrome de emaciación por VIH
- Histoplasmosis o Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar



Las personas incluidas en las categorías C1, C2 y C3 se consideran casos en etapa sida.

- c) Etapificación de casos de VIH/sida en adultos (CDC, 1993): la etapificación de la persona, requiere realizar el cruce entre el recuento de linfocitos T CD4 (1, 2 o 3) y las etapas clínicas (A, B o C) como lo muestra el cuadro:

Linfocitos T CD4	ETAPA A	ETAPA B	ETAPA C
	Infección primaria asintomática LGP	Infecciones y tumores no definitorios	Infecciones y tumores definitorios
1 (≥ 500)	A1: VIH	B1: VIH	C1: sida
2 (200-499)	A2: VIH	B2: VIH	C2: sida
3 (< 200)	A3: sida	B3: sida	C3: sida

Fuente: elaboración Depto. de Epidemiología a partir de la etapificación del VIH en adultos del CDC, 1993

Los pacientes clasificados en las etapas A3, B3, C1, C2 y C3 son considerados casos de sida.

II. Etapificación clínica-inmunológica de caso de infección por VIH en menores de 13 años (Clasificación CDC, 1994, adaptado 2014³):

- a) Categorías inmunológicas para niños menores de 13 años, con infección por VIH

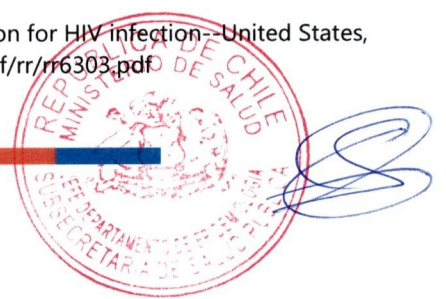
- Categoría 1: sin inmunosupresión
- Categoría 2: inmunosupresión moderada
- Categoría 3: inmunosupresión severa

La categoría inmunológica de supresión en menores de 13 años se basa en el cruce de la variable edad más el recuento de linfocitos T CD4:

Categorías	Edad					
	< 12 meses		1 – 5 años		≥ 6 años	
	CD4/ μ L	%	CD4/ μ L	%	CD4/ μ L	%
1	≥ 1.500	≥ 34	≥ 1.000	≥ 30	≥ 500	≥ 26
2	750 - 1.499	26 - 33	500 - 999	22 - 29	200 - 499	14 - 25
3	< 750	< 26	< 500	< 22	< 200	< 14

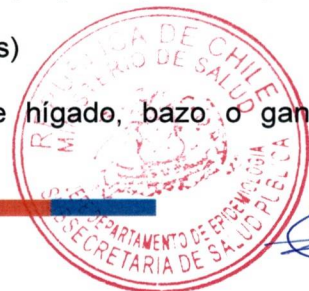
Fuente: Categorías inmunológicas del VIH en menores de 13 años del CDC, adaptado 2014

³ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Revised surveillance case definition for HIV infection—United States, 2014. MMWR Recomm Rep 2014; 63:1. Disponible en <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/r6303.pdf>



b) Categorías clínicas:

- **Categoría clínica N:** sin síntomas
Menores de 13 años sin síntomas o signos, o que tienen sólo una de las condiciones de la categoría A.
- **Categoría clínica A:** levemente sintomáticos
Menores de 13 años con 2 o más de las siguientes condiciones (pero ninguna de las condiciones de las categorías B y C), presentes en forma persistente o recurrente
 - Linfadenopatía ($\geq 0,5$ cm en más de 2 sitios; si son bilaterales se considera un sitio)
 - Hepatomegalia
 - Esplenomegalia
 - Dermatitis
 - Parotiditis
 - Infección aguda: respiratoria alta, sinusitis u otitis media
- **Categoría clínica B:** moderadamente sintomáticos
Menores de 13 años que tienen algunas de las siguientes condiciones:
 - Anemia (< 8 gr/dl), neutropenia ($< 1000/\text{mm}^3$) o trombocitopenia ($< 100\ 000/\text{mm}^3$) persistente (mayor o igual a 30 días)
 - Fiebre persistente (duración > 1 mes)
 - Meningitis, neumonía o sepsis bacteriana (un episodio)
 - Candidiasis orofaríngea (algorra) persistente (mayor a 2 meses), en niños mayores de 6 meses de edad.
 - Diarrea recurrente o crónica
 - Infección por citomegalovirus (CMV), inicio antes 1 mes de edad.
 - Estomatitis por virus herpes simple (VHS), recurrente (más de 2 episodios por año)
 - Bronquitis, neumonitis, o esofagitis por VHS, inicio antes 1 mes de edad
 - Varicela diseminada (varicela complicada)
 - Herpes zóster: 2 o más episodios o más de un dermatoma
 - Toxoplasmosis, inicio antes 1 mes de edad
 - Nocardiosis
 - Neumonitis intersticial linfoide (NIL) o hiperplasia linfoide pulmonar
 - Hepatitis, cardiomiopatía, nefropatía
 - Otras: Leiomiomasarcoma
- **Categoría clínica C:** severamente sintomáticos
Menores de 13 años con cualquiera de las condiciones enumeradas en la definición de caso de sida de 1987, con excepción de NIL
 - Infecciones bacterianas confirmadas graves (sepsis, neumonías, meningitis, infecciones óseas o articulares, abscesos profundos), múltiples o recurrentes (mayor o igual a 2 episodios en 2 años)
 - Candidiasis esofágica o pulmonar (bronquios, tráquea, pulmones)
 - Criptococosis, extrapulmonar
 - Enfermedad por citomegalovirus (CMV) (en sitios otros que hígado, bazo, o ganglios)



- linfáticos), inicio mayor a 1 mes de edad
- Infección por VHS: úlceras mucocutáneas mayor a 1 mes de duración, o bronquitis, neumonitis, o esofagitis de cualquiera duración, inicio mayor a 1 mes de edad
- Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*
- Criptosporidiosis o isosporiasis con diarrea duración mayor a 1 mes
- Toxoplasmosis cerebral, inicio mayor a 1 mes de edad
- Septicemias por *Salmonellas* no tíficas, recurrentes
- *Mycobacterium tuberculosis*, infección diseminada o extrapulmonar
- Infecciones diseminadas por otros *Mycobacterium*
- Infecciones por otros agentes oportunistas
- Linfoma primario en el cerebro
- Otros linfomas
- Sarcoma de Kaposi
- Encefalopatía progresiva por VIH, presente por > 2 meses en ausencia de una enfermedad concurrente que pudiera explicar los hallazgos: falla para alcanzar o pérdida de los logros del desarrollo o de la habilidad intelectual; daño del crecimiento cerebral o microcefalia; déficit motor adquirido simétrico (2 o más de paresia, reflejos patológicos, ataxia, o disturbios en la marcha)
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- Síndrome de emaciación: pérdida de peso persistente más:
 - A: diarrea crónica (≥ 2 deposiciones blandas/día) por 30 días o más
 - o
 - B: fiebre intermitente o constante documentada por 30 días o más

c) Etapificación de casos de VIH/sida en menores de 13 años (CDC 1994):

La etapificación de la persona se basa en el cruce de la categoría de supresión (1, 2 o 3) y la categoría clínica (N, A, B o C):

Categoría inmunológica	N: asintomáticos	A: síntomas leves	B: Síntomas moderados	C: síntomas severos
1 Sin supresión inmune	N1	A1	B1	C1
2 Supresión moderada	N2	A2	B2	C2
3 Supresión severa	N3	A3	B3	C3

Fuente: elaboración Depto de Epidemiología a partir de las categorías inmunológicas del VIH en menores de 13 años del CDC, 1994

Los casos clasificados en las siguientes etapas son considerados casos de sida: C1, C2 y C3 y los clasificados en la etapa B3, dependiendo de las manifestaciones clínicas que manifieste la persona.



5.3 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

a) Notificación de Caso de VIH/sida

La notificación de caso de VIH/sida, según el Decreto Supremo 7/2019, es obligatoria, universal y de notificación dentro de las 24 horas contadas desde la clasificación final del diagnóstico (clasificación clínico-inmunológica), según corresponda a las definiciones de caso establecidas en la presente normativa.

La notificación se debe realizar en el siguiente formulario:

- ***“Formulario de Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida”***: todo caso confirmado por el ISP deberá estar notificado una vez realizado el diagnóstico clínico e inmunológico. La notificación se debe realizar en la plataforma disponible para ello.

En personas fallecidas, donde el caso no fue detectado con anterioridad, se completará el Formulario de Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida con la información que se tenga disponible.

En el caso de las personas que hayan sido confirmadas por el ISP y que por distintas razones no acudan al control médico que permita realizar la categorización clínica del diagnóstico, no pueden ser notificadas en el sistema de vigilancia, debido a que no cuentan con la información mínima requerida según la definición de caso⁴.

Independiente de realizar la notificación del caso para efectos de la vigilancia, se debe considerar que según establece el Reglamento vigente sobre el examen para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, el establecimiento, institución u organización en el que se realizó la toma de muestra, para su envío a confirmación al ISP, será el encargado de comunicar y entregar el resultado al interesado/a, lo que deberá realizarse dentro del plazo establecido para el cumplimiento de la garantía de oportunidad establecida en las Garantías Explícitas en Salud, (45 días desde la sospecha o solicitud del examen por la persona)⁵. Los resultados del examen de detección de VIH deben ser comunicados a la persona examinada, y al representante legal cuando corresponda, en forma reservada y confidencial por personal debidamente capacitado para ello. En el momento de la entrega de un resultado positivo, se le debe entregar a la persona la información necesaria que le permita vincularse a los establecimientos de atención para control y tratamiento. Además, de reforzar la relevancia de la asistencia al control, la adherencia a tratamiento, la conveniencia de contar con apoyo si lo requiere e informar sobre conductas de prevención de la transmisión de la infección. El proceso de comunicación de resultado y derivación a la atención clínica de la persona con un examen positivo es fundamental para lograr el diagnóstico clínico-inmunológico que permitirá la notificación del caso.

⁴ Estas personas son contabilizadas en las estadísticas nacionales como casos confirmados de VIH, desagregados por sexo y edad ya que se cuenta con esta información en los registros del ISP, más no pueden ser caracterizadas según la definición de caso establecida en la presente norma técnica.

⁵ Directrices para el Monitoreo de la Entrega de Resultado de Examen VIH Positivo a las personas Confirmadas por el ISP en el Sistema de Salud y su Vinculación al programa de Atención 2021. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/05/Directrices-Comunicacion-y-Vinculacion_VIH.-Meta-ano-2021.pdf



b) Estudio de laboratorio, definiciones de técnicas y toma de muestras

El ISP, como laboratorio de referencia nacional, debe confirmar los casos de VIH. La información y requisitos de las prestaciones del ISP, confirmación VIH adulto y confirmación VIH pediátrico, están descritas en las respectivas fichas técnicas, disponibles en el enlace <http://www.ispch.cl/prestaciones>.

Para la detección de infección por VIH en casos reactivos al tamizaje:

En adultos:

- Ensayos: Determinación de anticuerpos anti VIH y/o antígeno p24 VIH por métodos serológicos y presencia de virus VIH por métodos moleculares. Métodos serológicos de tamizaje: inmunoensayos basados en detección por fluorescencia (ELFA) y/o basados en detección por electroquimioluminiscencia (EQLIA); Métodos serológicos confirmatorios: inmunoensayo en línea (LIA) e inmunocromatografía (ICT); Métodos Moleculares: Amplificación de ácidos nucleicos ADN (provirus VIH), ARN (Virus circulante).
- Requisitos previos: muestra reactiva al tamizaje de VIH (Casos ≥ 13 años).
- Tipo de Muestra: Plasma/EDTA o Sangre con Anticoagulante EDTA para seguimiento a solicitud de la Sección SIDA del ISP y para las muestras provenientes fuera del ámbito de laboratorios como centros de Atención Primaria en Salud (APS), espacios intra o extramuros, organizaciones no gubernamentales (ONGs), etc.
- Volumen muestra: 1,5 ml Plasma/EDTA o 6,0 ml Sangre con anticoagulante EDTA.
- "Formulario de envío de muestra para confirmación de VIH".

En menores de 13 años:

- Ensayos: Determinación de anticuerpos anti VIH y/o antígeno p24 VIH por métodos serológicos y presencia de virus VIH por métodos moleculares. Métodos serológicos: ELFA, EQLIA, LIA e ICT. Métodos Moleculares: Amplificación de ácidos nucleicos ADN (provirus), ARN (Virus circulante). Requisitos previos: de acuerdo con protocolo diagnóstico de VIH pediátrico descrito en Norma conjunta de prevención de la transmisión vertical del VIH y Sífilis.
- Tipo de Muestra: Niños menores de 2 años: Sangre con Anticoagulante EDTA. Niños mayores o iguales a 2 años y menores a 13 años: Plasma/EDTA.
- Volumen muestra: Niños menores de 2 años: 4 ml de sangre con Anticoagulante EDTA. Niños mayores o iguales a 2 años y menores a 13 años: 1.5 ml de Plasma/EDTA.
- "Formulario de envío de muestra para confirmación de VIH pediátrico".

Para ambos tipos de confirmación el criterio de almacenamiento y transporte indica que las muestras de sangre deben ser recepcionadas en la Sección SIDA del ISP en no más de 48 horas desde la extracción. Transportar con unidades refrigerantes. Las muestras de plasma se congelan y transportan con unidades refrigerantes.

El ISP dispone de una plataforma informática en línea (<https://formularios.ispch.gob.cl/>) para que los establecimientos de salud públicos y privados ingresen y completen la información de los formularios de envío de muestras para confirmación VIH adulto y pediátrico. Luego del procesamiento de las muestras en el ISP, los informes de resultados pueden descargarse a través de la misma plataforma en el establecimiento que envió la muestra, priorizando esta vía de despacho de resultados respecto del envío en formato papel. Los permisos y/o claves de acceso



para el envío en línea de las solicitudes y la posterior descarga de los resultados son otorgados por el ISP y/o el Minsal.

Chile dispone de diversas técnicas diagnósticas para la detección del VIH, cada una de ellas respaldada por orientaciones técnicas y flujos específicos que definen claramente las responsabilidades de los equipos de salud ante la solicitud de estos exámenes por parte de las personas.

Estas disposiciones se encuentran alineadas con el ordenamiento jurídico nacional^{6,7} y las normativas sanitarias vigentes^{8,9,10,11,12} las cuales establecen principios fundamentales como la confidencialidad, la voluntariedad, la obtención del consentimiento informado, la entrega de información previa a la realización del examen, y la comunicación del resultado de forma reservada y personalizada.

Respecto a las técnicas instrumentales, las que se aplican principalmente en contextos intramuros, y a las técnicas inmunocromatográficas, utilizadas tanto en establecimientos de salud como en actividades comunitarias o extramuros por profesionales capacitados, se ha establecido un sistema de trazabilidad. Además, se contempla el seguimiento de aquellas personas con resultado positivo que no acuden a recibir su diagnóstico, a fin de garantizar su vinculación oportuna al sistema de atención.¹²

Por su parte, en el caso de las pruebas autoaplicadas (autotest), se han establecido instrucciones específicas para los equipos de salud, orientadas a facilitar el acceso a la atención a quienes optan por esta modalidad. En particular, se solicita dar prioridad en la atención a las personas que declaren haber obtenido un resultado reactivo mediante un autotest, a fin de asegurar su evaluación clínica, confirmación diagnóstica y eventual inicio del tratamiento.

c) Estudio de contactos

Si al momento de la notificación, no se ha realizado el estudio de contactos en las atenciones anteriores que ha tenido la persona confirmada con VIH, se deberá realizar en la instancia de la notificación. Este proceso implica:

Solicitarle a la persona confirmada que de forma voluntaria entregue información para contactar a las parejas sexuales actuales o anteriores que haya tenido (nombre, número telefónico o correo electrónico o dirección). Esta acción tiene el objetivo de ofrecer a las parejas sexuales la realización

⁶ Ley 19779: Establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas

⁷ Ley 20987: Modifica el procedimiento para el examen del VIH respecto de menores de edad

⁸ Manual de procedimientos para la detección y diagnóstico de la infección por VIH

⁹ Resolución exenta N° 1427 – Modifica directrices para Detección del VIH a través de test visual/rápido en acciones intra y extramuros aprobadas por resolución exenta N° 1380 de 2018 del ministerio de salud, en la forma que indica.

¹⁰ Decreto N° 46 - Modifica los lineamientos técnicos operativos para la implementación de la estrategia de autotesteo de VIH, aprobadas por decreto exento N° 25.

¹¹ Directrices Comunicación y Vinculación VIH Meta

¹² Ordinario N° 2755 - informa proceso de atención a personas que consultan por resultado Autotest VIH



del examen del VIH y gestionar la toma de la muestra si la (s) persona (s) acepta. La entrega de información sobre los contactos sexuales siempre será de forma voluntaria.

Independientemente de si el caso confirmado proporciona o no los datos sobre sus parejas sexuales, la decisión deberá quedar registrada en la ficha clínica, garantizando en todo momento la confidencialidad de la información.

- En el caso que declare los contactos, el equipo designado para esta tarea, según la organización interna y/o modelo de atención del establecimiento, deberá realizar la búsqueda activa de la (s) parejas sexuales. Si se logra el contacto, se les deberá informar sobre el riesgo de haber adquirido el VIH y se les ofrecerá la toma del examen del VIH o se les recomendará realizarlo, si no acepta o no puede realizarlo en el centro que se lo ofrece.
- En el caso que la persona no declare sus contactos, el o la profesional que la atienda deberá reforzar la relevancia de que informe a sus parejas sexuales sobre la necesidad de acudir a un centro de salud para realizarse el examen de VIH.

La realización de la búsqueda de contacto deberá quedar registrada en la ficha clínica y en los medios que el equipo tenga disponible para estos fines.

El o la delegada de epidemiología tendrá la responsabilidad de revisar en conjunto con el equipo designado que se esté realizando este proceso.

En todo momento, se deberá resguardar la confidencialidad del caso índice, respetando los principios de no discriminación y protección de la vida privada.

d) Funciones y responsabilidades

Forman parte de este sistema de vigilancia los establecimientos de salud públicos y privados, (ambulatorios u hospitalarios), laboratorios de la red pública y privados, Servicios de Salud, Instituto de Salud Pública, Autoridad Sanitaria Regional y Ministerio de Salud (Dpto. Epidemiología).

Establecimiento de Salud:

El personal médico que realiza la primera atención en la que puede realizar el diagnóstico clínico-inmunológico de la infección por VIH, será responsable de realizar la notificación de los casos de VIH/sida que atienda. En el caso de las atenciones médicas realizadas por un prestador institucional, el director/a del establecimiento de salud será responsable de velar porque la notificación se realice en la forma establecida, para lo que debe nombrar un delegado/a de epidemiología que cumpla con las obligaciones establecidas en el artículo 3° del Decreto 7/2019.

Los profesionales del equipo de salud que participen en la atención de la persona VIH (+), deberán realizar el estudio de contactos, resguardando los principios de confidencialidad, protección a la vida privada y no discriminación.



El delegado/a de Epidemiología para vigilancia del VIH/sida será responsable de:

- Difundir y retroalimentar al equipo de salud del establecimiento la normativa de esta vigilancia.
- Velar que el personal médico o encargado de la notificación complete todas las variables del Formulario correspondiente a la notificación correctamente para cada persona cuyo diagnóstico de VIH sea confirmado según la definición de caso.
- Asegurar la calidad, integridad y oportunidad de la información de cada formulario.
- Validar la información ingresada al sistema de notificación.
- Asegurar que todas las personas bajo control en su establecimiento debido a una infección por VIH se encuentren notificadas en el formulario correspondiente.
- Asegurar la notificación de todas las personas gestantes confirmadas como casos.
- Conocer y difundir la situación epidemiológica del VIH de su establecimiento de salud.
- Difundir a los equipos de salud, los boletines epidemiológicos elaborados a nivel nacional o regional.
- Revisar que se realice el estudio de contactos a los casos confirmados de VIH en conjunto con el equipo designado para la tarea.

Laboratorios clínicos públicos/privados:

Según del Decreto 7/2019 en el artículo 5° los laboratorios clínicos que:

- Detecten o aislen este agente microbiológico, enviarán semanalmente la muestra al Instituto de Salud Pública. El Instituto efectuará el estudio de caracterización del agente u otros estudios complementarios, según corresponda. La muestra enviada deberá acompañarse de los formularios respectivos establecidos por dicha institución y que están disponibles en <http://www.ispch.cl/prestaciones>.
- Pertenezcan a establecimientos asistenciales de atención abierta o cerrada, que detecten este agente etiológico comunicarán el resultado al Delegado/a de Epidemiología del establecimiento, quien gestionará junto al personal médico tratante la notificación a la Autoridad Sanitaria Regional, si correspondiese. Si en el establecimiento no ha sido designado el Delegado/a de Epidemiología, o este no estuviera presente, el resultado se enviará directamente a la Autoridad Sanitaria Regional.
- Presten servicios a otras instituciones de salud y que detecten este agente etiológico, informarán el resultado al establecimiento o profesional que solicitó el examen, enviando una copia de éste a la Autoridad Sanitaria Regional correspondiente, el mismo día de obtenido el resultado.

Los casos detectados en los servicios de sangre (Unidades de Medicina Transfusional, Bancos de sangre o Centros de sangre) y confirmados por el ISP, deben ser informados del resultado de su examen, ser orientados y derivados por la persona a cargo de la orientación y consejería a un establecimiento de salud con atención para personas viviendo con VIH o al personal médico correspondiente de acuerdo con su previsión. Esto, se debe realizar según esté protocolizado en cada Servicio de sangre. La información entregada a la persona debe quedar registrada en el Banco de Sangre/Unidad de Medicina Transfusional (UMT) o Centro de Sangre con la firma de la persona, como modo de verificación de esta acción. La notificación debe ser realizada por el **médico/a que realiza el diagnóstico clínico-inmunológico** según la definición de caso, no en el servicio de sangre.



Servicios de Salud:

Trabajar en forma coordinada con la SEREMI de Salud para:

- Optimizar los procesos de vigilancia.
- Retroalimentar a los directores de establecimientos y delegados/as de epidemiología sobre la calidad de los datos.
- Tomar acciones correctivas, cuando corresponde.
- Asegurar que todas las personas bajo control por infección por VIH en su red asistencial se encuentren notificadas en el formulario correspondiente.
- Participar de la auditoría de casos de transmisión vertical a través de los Comité locales y regionales de las SEREMIS, cuyos resultados permitirán analizar los factores involucrados en la confirmación de un caso de VIH ocurrido por transmisión vertical.

Epidemiología de la SEREMI de Salud:

- Difundir y reforzar la normativa de vigilancia a los establecimientos de salud públicos y privados.
- Velar por el adecuado funcionamiento del sistema de vigilancia cursando las sanciones correspondientes de no cumplirse la normativa vigente y en conjunto con el Servicio de Salud tomar acciones correctivas.
- Realizar visitas de supervisión, evaluación y fiscalización de la vigilancia a los establecimientos notificadores públicos y privados, en la cual se evalúan los puntos críticos, pudiéndose indicar mejoras y recomendaciones y/o levantar sumarios, si corresponde.
- Participar de instancias de trabajo con los referentes del Programa VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) de la SEREMI, Servicios de Salud, direcciones médicas de establecimientos públicos y privados para análisis, complemento de información, evaluación de los procesos de vigilancia epidemiológica y corrección de estos.
- Asegurar la calidad, integridad y oportunidad de la información epidemiológica generada en su región.
- Analizar la coherencia y validez de la información contenida en los formularios de notificación en el sistema de información vigente y corregir o solicitar la corrección según corresponda.
- Verificar mensualmente la notificación de casos confirmados en ISP. Si existen casos no notificados, coordinar junto con el Servicio de Salud y establecimientos públicos y privados que registran el examen confirmatorio la notificación del caso pendiente, de acuerdo con la definición de caso descrita en esta normativa.
- Integrar el "Comité Regional para la Eliminación de la transmisión vertical del VIH y la sífilis"¹³. Como integrante de este, deberá informar a dicho Comité sobre todos los casos notificados por VIH en que se indique que la vía de transmisión fue vertical, además, se debe asegurar que todos estos casos cuenten con la auditoría clínica del Comité, cuya resolución confirma que esta fue la vía de adquisición del virus. Si existen casos notificados por VIH cuya vía de transmisión sea la vertical y no cuenten con la auditoría, se debe informar al o a la referente del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH y las ITS en la SEREMI de Salud para que desde allí se gestione la realización de esta auditoría. Se exceptúan de contar con auditoría los casos en que en las personas declaren que la transmisión vertical haya ocurrido en el extranjero.
- Monitorear y evaluar el funcionamiento de la vigilancia de VIH/sida a nivel regional utilizando los indicadores de evaluación descritos en esta normativa. Para ejecutar gestiones que permitan

¹³ Según se establece en la "Estrategia nacional de eliminación de la transmisión vertical del VIH y sífilis en Chile"



mejorar la oportunidad la notificación de los casos y la calidad de la vigilancia, estos indicadores deben evaluarse en forma mensual. Para reportar al Depto. de Epidemiología el estado general de esta vigilancia a nivel regional, estos indicadores deben ser evaluados de forma anual.

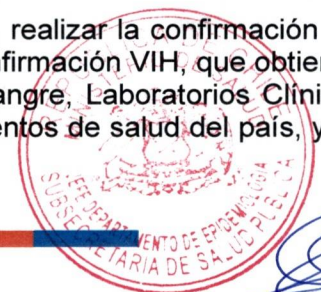
- Retroalimentar de información sobre la calidad de la vigilancia a los niveles locales (delegados de epidemiología, directores de establecimientos, equipos de salud y laboratorio).
- Consolidar y analizar la información histórica de los casos notificados en la región.
- Elaborar diagnósticos epidemiológicos regionales/provinciales/comunales, según corresponda, en forma anual y difundirlos a nivel de personal sanitario, organismos intersectoriales y comunidad. En particular, analizar en conjunto y proveer de estos diagnósticos a los y las profesionales referentes del Programa VIH e ITS en las SEREMIS de Salud y Servicios de Salud, para que se incluyan en la elaboración de los Planes Anuales de Prevención y Control del VIH y las ITS.
- Mantener capacitaciones y refuerzos de esta vigilancia a los delegados/as de epidemiología.
- Si desarrollando las funciones de Epidemiología se detecta un caso de VIH/sida notificado en menores, el cual no corresponde a una transmisión vertical, esta información debe ser derivada en forma inmediata al encargado de Infancia-Adolescencia en la SEREMI de Salud para las gestiones de seguimiento de este caso.

Ministerio de Salud (Departamento de Epidemiología)

- Difundir normativa y mantenerla vigente.
- Monitorear y evaluar el funcionamiento de la vigilancia a nivel regional y retroalimentar a los encargados en las SEREMI de salud.
- Realizar visitas de acompañamiento a las SEREMI para el fortalecimiento de los procesos de vigilancia.
- Generar espacios de orientación sobre el proceso de vigilancias y sus actualizaciones a los referentes de la red de Epidemiología de las SEREMI de Salud del país.
- Retroalimentar a los encargados de esta vigilancia en las SEREMI sobre los casos confirmados por el ISP mediante sistemas internos seguros para compartir información.
- Consolidar, integrar y analizar la información a nivel nacional sobre esta infección.
- Elaborar y difundir informes epidemiológicos nacionales.
- Participar de las estimaciones poblacionales del VIH/sida en el país, lideradas por ONUSIDA.
- Coordinar el trabajo con otras Divisiones del Minsal y el intra y intersector que contribuyan en la vigilancia.
- Integrar la vigilancia del VIH con la vigilancia de otras infecciones de transmisión sexual, especialmente sífilis, gonorrea, hepatitis B y hepatitis C y otras ITS prevalentes en el país, para ofrecer una respuesta coordinada según recomendaciones de OMS y ONUSIDA.
- Establecer mecanismos de intercambio de información con el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS para monitorear la cascada de atención y medir el progreso hacia las metas 95-95-95."

Instituto de Salud Pública (ISP):

- Realizar las acciones de vigilancia de laboratorio establecidas en el Reglamento sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles de declaración obligatoria y su vigilancia, DS N°7/2019 para el diagnóstico del VIH.
- En su rol de Laboratorio Nacional de Referencia de VIH/sida del país, realizar la confirmación del diagnóstico de la infección por VIH de las muestras enviadas para Confirmación VIH, que obtienen un resultado reactivo para el tamizaje de VIH en los Servicios de Sangre, Laboratorios Clínicos públicos y privados, Centros de Atención Primaria u otros establecimientos de salud del país, y de



recién nacidos expuestos al VIH hijos/as de personas gestantes VIH positiva, enviando los resultados a los establecimientos solicitantes, de acuerdo a la normativa vigente.

- Fortalecer la calidad y las capacidades técnicas de la red de establecimientos de salud públicos y privados del país que participan en el proceso diagnóstico de VIH, mediante la supervisión de laboratorios de la red nacional, el programa de evaluación externa de la calidad (PEEC), la evaluación técnica de los Dispositivos Médicos de Diagnóstico In Vitro (DMDIV) comerciales usados para el tamizaje de VIH, la elaboración de documentos técnicos de referencia y la capacitación.
- Disponer de forma mensual al Ministerio de Salud información confiable, trazable y oportuna del análisis de las muestras enviadas al ISP para realizar la confirmación VIH y de los casos confirmados de VIH, para fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y la toma de decisiones de la autoridad sanitaria.

5.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los responsables de cumplir el rol de epidemiología en los distintos niveles de acción de esta vigilancia analizarán permanentemente la información contenida en la plataforma de notificación en línea, verificando la completitud, coherencia y validez de la información allí contenida y realizando las correcciones pertinentes. Además, deberán participar de los procesos de validación de los registros que se realizan de forma anual. La validez de la información ingresada en el sistema informático de notificación es fundamental para asegurar la veracidad del resultado del análisis epidemiológico.

El análisis epidemiológico del VIH/sida en Chile, se realizará con: 1) los datos de las notificaciones históricas de casos de VIH/sida para evaluar características de los casos y 2) los resultados de confirmaciones de casos del ISP para evaluar incidencia de nuevos diagnósticos en el año. El análisis debe incluir las variables de tiempo, lugar y persona, incluyendo comparaciones con periodos anteriores. Debe considerar la distribución según edad, sexo, género, región/provincia/comuna (según corresponda), prácticas de riesgo, clasificación clínico-inmunológica, vías de transmisión más probable, nacionalidad (chileno/extranjero), pertenencia a pueblos originarios (pertenece/no pertenece) y personas trans.

Este análisis que incluye la desagregación de datos por poblaciones clave y vulnerables (vías de transmisión: hombres que tienen sexo con hombres, personas que usan drogas inyectables; identidad de género: personas trans; nacionalidad, entre otros), tiene como objetivo identificar brechas y orientar intervenciones específicas según las recomendaciones de ONUSIDA. Se prestará especial atención a la interseccionalidad de factores de vulnerabilidad que incrementan el riesgo de adquisición del VIH.

5.5 DIFUSIÓN Y RETROALIMENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información producto del proceso de recolección y análisis de los datos será difundida a través de informes u otro material, que deberán publicarse en la página web del Departamento de Epidemiología (<http://epi.minsal.cl>) o en las webs regionales, según corresponda, en forma anual o con una frecuencia que amerite la situación epidemiológica.

Cuando corresponda se realizarán reuniones técnicas periódicas a nivel regional para la retroalimentación a los equipos locales.



6. INDICADORES DE CALIDAD DE LA VIGILANCIA

La vigilancia epidemiológica debe ser sistemática, permanente y ajustada según definición de caso a vigilar. Por tanto, los datos ingresados en los formularios de notificaciones deben mantener las características de una adecuada vigilancia: consistencia (datos lógicos), pertinencia (referidos a los objetivos de la vigilancia), exactitud (sin errores), oportunidad (disponible en el momento preciso) e integridad (contener todos los datos y variables necesarias).

Para esta vigilancia, se han establecido los siguientes indicadores de calidad:

- a) **Porcentaje de casos confirmados-casos notificados:** se espera que al menos 80% de los casos confirmados por el ISP se encuentren notificados. Se medirá anualmente.

Fórmula: $\text{N}^\circ \text{ de casos confirmados por el ISP notificados} / \text{Total de casos confirmados por el ISP en un año por } 100$

- b) **Porcentaje de formularios de notificación completos¹⁴:** el formulario de notificación debe contar al menos con la información pertinente a las siguientes variables: fecha de notificación, establecimiento desde el cual se realiza la notificación, autoridad sanitaria, RUN o ID, sexo asignado al nacer, identidad de género, fecha de nacimiento, edad, comuna de residencia, nacionalidad, pertenencia a pueblos originarios, condición de embarazo (si es de sexo femenino), recuento de linfocitos CD4, clasificación final del VIH (clínico-inmunológica), fecha diagnóstico de la etapificación, vía de transmisión más probable y profesional que notifica el caso. Se espera que al menos 85% de la información en el formulario esté completa. Se medirá anualmente.

Fórmula: $\text{N}^\circ \text{ de formularios completos} / \text{Total de casos notificados por enfermedad en un año por } 100$

- c) **Porcentaje de niños/as confirmados por el ISP cuya transmisión fue vertical según la evaluación de la auditoría del Comité del total de niños/a notificados cuya vía de transmisión registrada sea vertical:** se espera que el 100% de los niños/as confirmados por el ISP cuya vía de transmisión sea vertical según el resultado de la auditoría del Comité se encuentren notificados identificándose en el formulario esta vía de transmisión. Se medirá anualmente.

Fórmula: $\text{N}^\circ \text{ de casos de niños/a notificados cuya vía de transmisión registrada en el formulario de notificación sea vertical} / \text{Total de casos de niños/as confirmados por el ISP cuya transmisión fue vertical informado por el Comité} \times 100$

¹⁴ Se exceptúan del cálculo de este indicador los casos que ingresan fallecidos, donde no es posible contar con todos los antecedentes



7. ANEXO

Anexo 1. Estrategia Nacional de Prevención

Dado que en Chile la principal vía de transmisión del VIH es la sexual (95%), la estrategia se orienta principalmente a promover comportamientos sexuales seguros y se organiza e implementa en 4 niveles de intervención simultáneos, que complementan y potencian su quehacer; y que están dirigidos de manera global a facilitar procesos progresivos de cambio en los comportamientos, actitudes y conocimientos de las personas, grupos y sociedad.

Nivel Individual: El objetivo es el apoyo personalizado a la gestión del riesgo individual y la entrega de información y orientación personalizada, a través de la consejería para la prevención del VIH y las ITS y la orientación e información asociada al examen de detección del VIH.

Nivel Grupal Comunitario: Los objetivos son socializar aprendizajes de prevención entre pares, así como promover ambientes sociales que valoren la prevención, a través de iniciativas focalizadas en poblaciones claves y proyectos comunitarios. La principal estrategia en desarrollo son las iniciativas con la sociedad civil, coordinadas por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.

Nivel Masivo: El objetivo central es mantener la alerta social y la percepción de riesgo de la población. En este nivel se encuentran las campañas de comunicación social, eventos o actividades dirigidas a un público masivo y heterogéneo.

Nivel Intersectorial e Institucional: El objetivo es sensibilizar y articular áreas de colaboración entre distintos organismos de Estado en función de potenciar y ampliar la respuesta nacional al VIH/sida y las ITS.

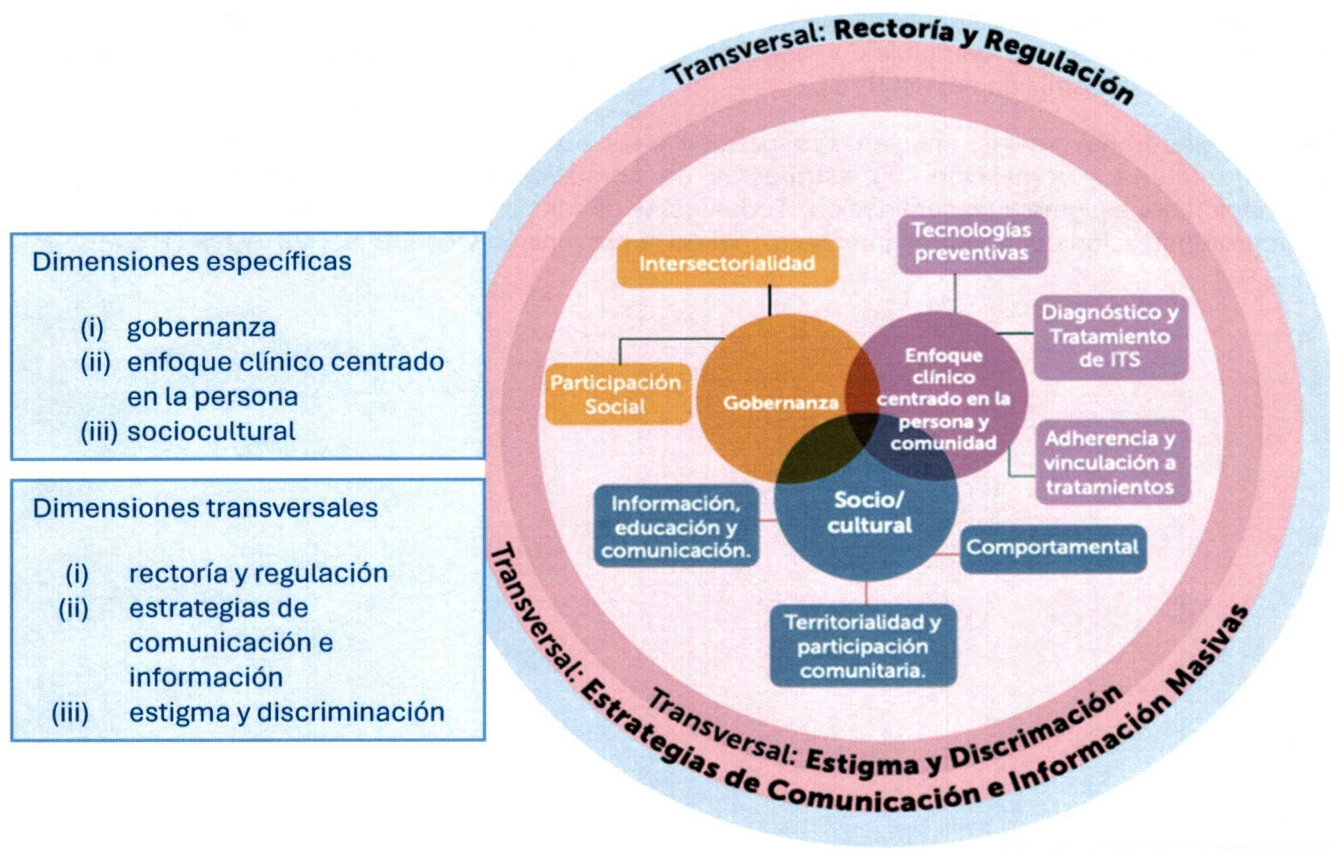
El esquema siguiente señala la Estrategia Nacional de Prevención y sus Niveles de Intervención:



Fuente: Estrategia Nacional de Prevención del VIH, Comisión Nacional del SIDA. Minsal 2007

Las políticas preventivas en ejecución en el país están basadas en la estrategia de **Prevención Combinada**, propuesta por OMS/ONUSIDA y promovida a nivel mundial. Esta se entiende como la implementación conjunta de intervenciones comportamentales, biomédicas y culturales, con un enfoque en derechos humanos y determinantes sociales en salud. Lo anterior porque los aprendizajes y la evidencia señalan que ninguna estrategia por sí misma, dará respuesta al control de la epidemia, sino un conjunto de acciones y líneas de trabajo diseñadas e implementadas en forma integrada. La estrategia de Prevención Combinada es flexible y dinámica y puede ser adaptada a las condiciones sociales, culturales y epidemiológicas de los países y regiones del mundo, así, las medidas propuestas se implementan de acuerdo a las distintas realidades.

El siguiente esquema representa la adaptación de la prevención combinada en Chile para el abordaje del VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), considera tres dimensiones específicas y tres dimensiones transversales:



Elaboración propia del Dpto. Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS. Adaptado de OMS, 2016. Componentes de la prevención combinada. En <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>

Dimensión de la Gobernanza: proviene de la dimensión estructural del enfoque propuesto originalmente por la OMS, se busca relevar como un ámbito de acción central para la integración de las redes de salud, la intersectorialidad y la consideración de las actorías institucionales y sociales como eje de la gestión colaborativa en el marco de la prevención y control del VIH y las ITS.

Dimensión Enfoque Clínico Centrado en la Persona y las Comunidades: busca relevar la estrategia de salud pública a nivel nacional trabajando en procesos clínicos centrados en las necesidades las personas que implica ofrecer servicios de diagnóstico, tratamiento y prevención del VIH/ITS que sean accesibles, confidenciales, y adaptados culturalmente. En esta Dimensión se incluyen las intervenciones biomédicas como la profilaxis pre exposición-PrEP, la promoción del examen para facilitar el diagnóstico temprano, incorporando innovaciones tecnológicas como el test rápido y el autotest, el tratamiento antirretroviral, garantizando que las personas con VIH alcancen supresión viral, eliminando el riesgo de transmisión, lo que se ha denominado I=I (indetectable=intransmisible), entre otras. Las intervenciones biomédicas han demostrado alta efectividad en la prevención del VIH.

Dimensión Sociocultural: surge de la necesidad de relevar la territorialidad y las características interculturales de las comunidades, considerando las realidades y prioridades locales. Dentro de esta dimensión se ubican la información y educación en población general y grupos clave y focalizados, el enfoque comunitario de la prevención, el fomento de la adopción de prácticas sexuales responsables, saludables y seguras para la prevención y manejo del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

Dimensiones transversales: influyen y responden a las distintas dimensiones identificadas, estas son; (i) rectoría y regulación, (ii) estrategias de comunicación e información masivas y (iii) eliminación del estigma y discriminación. Todas estas dimensiones contribuyen proporcionalmente en la profundización del abordaje interseccional de la prevención y control del VIH y las ITS.



8. REFERENCIAS

1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Estrategia Mundial contra el sida 2021-2026. Acabar con las desigualdades, acabar con el sida. 2022. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_es.pdf
2. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). El VIH y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. 2024. Disponible en: https://www.unaids.org/es/AIDS_SDGs
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS/PAHO). Temas: VIH/SIDA. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/vihsida>
4. Nih.gov. Las fases de la infección por el VIH. 2021. Disponible en: <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/las-fases-de-la-infeccion-por-el-vih>
5. Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC). Entender el periodo de ventana del VIH. 2022. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/hiv-testing/hiv-window-period.html>
6. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Preguntas frecuentes con relación al VIH y el sida. 2024. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/frequently-asked-questions-about-hiv-and-aids>
7. Ministerio de Salud de Chile. Circular N°4F/ 53 del 19/12/1995 Norma sobre exámenes microbiológicos obligatorios a realizar a toda la sangre donada para transfusiones y otros aspectos relacionados con la seguridad microbiológica de la sangre. 1995. Disponible en: <https://www.ispch.cl/sites/default/files/16-Circular-4F-53.NORMA%20SOBRE%20EXAMENES%20MICROBIOL%C3%93GICOS%20OBLIGATORIOS.pdf.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Notas descriptivas: VIH y sida. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>



9. EQUIPO DE TRABAJO

1. Responsables técnicos del Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud

Dr. Jorge Vilches Apablaza
Jefe del Depto. de Epidemiología
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

Doris Gallegos Ulloa
Coordinadora de la Oficina de Enfermedades Transmisibles
Depto. de Epidemiología
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

Karen Cáceres Burton
Oficina de Enfermedades Transmisibles
Depto. de Epidemiología
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

María Paz Escobar Iturriaga
Oficina de Enfermedades Transmisibles
Depto. de Epidemiología
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

Dr. Christian García Calavaro
Depto. de Epidemiología
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

2. Colaboradores/as

Maritza Ríos Villablanca
Jefa Sección SIDA
Subdepartamento de Enfermedades Virales
Departamento Laboratorio Biomédico Nacional y de Referencia
Instituto de Salud Pública de Chile (ISP).

Dr. Leonardo Chaqueo Cornejo
Jefe del Programa Nacional de Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH.
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud



Edith Ortíz Nuñez
Carolina Peredo Couratier
María Teresa Silva Quilodrán
Mayra Torres Cisternas
Programa Nacional de Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH.
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

Dr. Rodrigo Blamey Díaz
Infectólogo Programa VIH/sida Hospital Del Salvador
Comite Consultivo VIH de la Sociedad Chilena de Infectología (SOCHINF)
Comité Asesor Programa Nacional de Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/sida e ITS del MINSAL

Dra. Olga López Muñoz
Infectóloga Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, Iquique
Integrante del Directorio la Sociedad Chilena de Infectología (SOCHINF)
Integrante del Directorio del grupo SIDA Chile

Álvaro Zambrano Mora
Unidad de Enfermedades Transmisibles
Subdepto. de Epidemiología
Departamento de Salud Pública y Planificación Sanitaria
Secretaría Regional Ministerial de la Región Metropolitana

Jaime Carrasco Rosas
Departamento de Salud Pública y Planificación Sanitaria
Delegación Provincial Arauco
Secretaría Regional Ministerial de la Región Biobío

Cristian Rosas Rosas
Unidad de Enfermedades Transmisibles
Oficina Provincial de Osorno
Secretaría Regional Ministerial de la Región Los Lagos

3. Revisores

Élida Mollo Mamani
Unidad de Epidemiología
Secretaría Regional Ministerial de la Región de Arica y Parinacota

Lilian Correa Acuña
Unidad de Epidemiología
Departamento de Salud Pública y Planificación Sanitaria
Secretaría Regional Ministerial de la Región de Antofagasta



Valeria Rojas Rojas
Unidad de Epidemiología de Enfermedades transmisibles
Departamento de Salud Pública
Secretaría Regional Ministerial de la Región de Atacama

Viviana Ledezma
Unidad de Epidemiología
Departamento de Salud Pública y Planificación Sanitaria.
Secretaría Regional Ministerial de la Región de Valparaíso

María Paz Venegas
Unidad de Epidemiología de Enfermedades transmisibles
Secretaría Regional Ministerial de la Región del Maule

Fernando Báez Maraboli
Unidad de Enfermedades Transmisibles
Subdepartamento de Epidemiología
Departamento de Salud Pública y Planificación Sanitaria
Secretaría Regional Ministerial de la Región de Araucanía

Marco Acuña Briones
Departamento de Salud Pública
Secretaría Regional Ministerial de la Región de Aysén

Viviana Sotomayor Proschle
Oficina de Enfermedades Transmisibles
Depto. de Epidemiología
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

