

**Estrategia de Prevención  
de las Infecciones de Transmisión Sexual  
(ITS)  
2020**

## RESPONSABLES TÉCNICOS

Sylvia Santander Rigollet.	Jefa División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública
Edith Ortiz Núñez.	Jefe (s) Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública

## Coordinación y Edición

Carolina Peredo Couratier.	Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública
----------------------------	---

## REVISORES-COLABORADORES

### Comité Científico Asesor de ITS

M. Soledad Bertoló Pérez	Representante Sociedad Chilena de Dermatología, SOCHIDERM. Médico Dermatóloga UNACESS. Hospital San Juan de Dios de Santiago
Rodrigo Blamey Díaz	Representante Sociedad Chilena de Infectología, SOCHINF Médico Infectólogo Hospital San Juan de Dios de Santiago
María Alexandra Calvo	Representante Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, SOCHOG Médico Ginecóloga Hospital Pontificia Universidad Católica de Chile
Eldreth Peralta Valerio	Representante Sociedad Chilena de Pediatría, SOCHIPE. Rama de Adolescencia Médico
Carolina Pastene Saldías	Representante Sociedad de Ginecología Infantil y de la Adolescencia, SOGIA Médico Ginecóloga Hospital Luis Calvo Mackenna
Aníbal Hurtado Pinochet	Médico Dermatólogo UNACESS. Hospital Salvador de Santiago
Ester Santander Cabello	Médico Dermatólogo UNACESS. Hospital San José de Santiago

## PROFESIONALES DE LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

### División de Prevención y Control de Enfermedades

Angelo González Lamadrid	Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS
Mayra Torres Cisternas	Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS
Gloria Berrios Campbell	Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS
Paola Donoso Sánchez	Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS
Irene Escribano Veloso	Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS
María Teresa Silva Quilodran	Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS
Karina Loo Ribot	Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS
Leonardo Chanqueo Cornejo	Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS
Patricia Contreras Cerda	Jefa Departamento de Enfermedades Transmisibles
Andrea Peña Otárola	Departamento de Enfermedades Transmisibles
Cecilia Gonzalez Caro	Jefa Departamento de Inmunizaciones
Pamela Burgos Maldonado	Departamento de Inmunizaciones

## PROFESIONALES DE LA SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

### División de Gestión de la Red Asistencial

Solange Burgos Estrada	Departamento Ges y Redes de Alta Complejidad
Ana Jara Rojas	Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria

### División de Atención Primaria

Juan Herrera Burott	Departamento de Gestión de Cuidados
---------------------	-------------------------------------

## PROFESIONALES SECRETARIAS REGIONALES MINISTERIALES DE SALUD

Marisol González Ramírez	Referente Regional Programa de Prevención y Control de VIH/SIDA y las ITS Seremi de Salud Región de Coquimbo
Lorena Bastías Bustos	Encargada Regional Programa de Prevención y Control de VIH/SIDA y las ITS Seremi de Salud Región del Bio Bío

## PROFESIONALES SERVICIOS DE SALUD

Alexandra Corail Salinas	Referente Programa de Prevención y Control de VIH/SIDA y las ITS Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota
Sara Villalobos Muñoz	Encargada Regional Programa de Prevención y Control de VIH/SIDA y las ITS Servicio de Salud Osorno
Carla Queirolo Aros	Encargada Regional Programa de Prevención y Control de VIH/SIDA y las ITS Servicio de Salud Valparaíso San Antonio

RESPONSABLES TÉCNICOS .....	2
I. INTRODUCCIÓN .....	6
II. MARCO CONCEPTUAL Y ANTECEDENTES.....	7
II.1 Las ITS como problema de Salud Pública en el mundo .....	7
II.2 Recomendaciones Internacionales en Materia de Abordaje de las ITS.....	8
II.3 Concepto de Prevención Combinada .....	9
II.4 Las ITS como problema de Salud Pública Chile .....	10
II.4.1 Marco regulatorio en Chile .....	10
II.4.2 Magnitud del problema .....	10
II.4.3 Conductas Sexuales, cambios comportamentales y composición generacional.....	13
II.5. Conceptos básicos de ITS, cadena de transmisión y prácticas sexuales .....	18
II.5.1 Cadena de transmisión.....	18
II.5.2 Etapas de la historia natural de las enfermedades aplicado a las ITS.....	19
II.5.3 Niveles de prevención en salud aplicado a las ITS .....	20
II.5.4 Resumen de ITS más frecuentes en Chile .....	20
II.5.5 Transmisibilidad de las ITS según práctica sexual.....	27
III. ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE ITS .....	28
III.1 Objetivo General .....	29
III.2 Objetivos específicos.....	29
III.3 Principios rectores.....	29
III.4 Líneas estratégicas .....	30
III.4.1 Línea estratégica 1: Educación y conocimiento de ITS .....	30
III.4.2 Línea estratégica 2: Promoción de sexo seguro.....	31
III.4.3 Línea estratégica 3: Diagnóstico y tratamiento de ITS.....	33
III.4.4 Línea estratégica 4: Prevención de la Transmisión vertical de las ITS .....	33
III.4.5 Línea estratégica 5: Inmunoprofilaxis para ITS .....	34
III.4.6 Línea estratégica 6: Sangre Segura .....	35
IV. IMPLEMENTACIÓN .....	35
IV.1 Roles y Funciones del sector salud en la ejecución de la Estrategia.....	35
IV.1.1 Ministerio de Salud .....	35
IV.1.2 Seremis de Salud.....	36
IV.1.3 Servicios de Salud .....	36
IV.1.4 Establecimientos de Salud .....	36

IV.2 Organización y puesta en marcha.....	36
V. MONITOREO Y EVALUACIÓN .....	37
IV.1 Indicadores de seguimiento de la estrategia .....	37
IV.1.1 Indicadores de Impacto .....	37
IV.1.2 Indicadores de Proceso por Línea Estratégica .....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	42
LECTURAS RECOMENDADAS .....	44

## I. INTRODUCCIÓN

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) constituyen un grupo de infecciones transmisibles que se caracterizan porque su principal modalidad de transmisión es la vía sexual. El control adecuado de las ITS es fundamental para mejorar la Salud Sexual y Reproductiva de la población y disminuir el impacto que éstas producen en la Salud Pública de nuestro país (1).

El abordaje de estas infecciones, incluido el VIH es un desafío mundial que ha concitado el interés de distintas instancias internacionales, que han dispuesto Estrategias y Planes Globales para acompañar a los países en este desafío.

Chile ha firmado y asumido una serie de compromisos internacionales orientados hacia los derechos de las personas en materia de protección y salud y específicamente, a reducir la incidencia de nuevas infecciones. Destacan la Convención de los Derechos del Niño de 1989 y la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, realizada en 1994 en El Cairo (CIPD), la cual incorpora el concepto de Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR), como parte de los Derechos Humanos, los que fueron ratificados en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer realizada en 1995 en Beijing (2,3).

En el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Informe de diagnóstico e implementación de la agenda 2030, entregado en septiembre de 2017 (4), señala que Chile debe avanzar en optimizar la prevención y control de VIH/SIDA e ITS, aumentando el acceso al testeo y ampliando los servicios de atención y tratamiento. En el mismo sentido se encuentran los compromisos de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al SIDA, del año 2016 (5), donde se comprometen una serie de acciones y metas orientadas a mejorar el acceso a diagnóstico y tratamiento, así también como a la reducción del estigma y discriminación. De la misma manera destaca el compromiso de eliminación de la transmisión vertical del VIH y la sífilis.

Por otra parte, la Estrategia de Prevención Combinada para el VIH sitúa el abordaje de las otras ITS como un hito más que contribuye a reducir las nuevas infecciones y conseguir las metas mundiales orientadas al control eficaz del VIH/SIDA.

Lo anterior, plantea diversos desafíos, porque a pesar de que las políticas de prevención y control de las ITS son de larga data en el país, los avances tecnológicos, las tendencias globales y migratorias de los tiempos recientes y los cambios culturales en materia de comportamiento sexual, obligan a readecuar las políticas públicas a los nuevos requerimientos.

El presente documento contiene lineamientos de abordaje de las principales infecciones de transmisión sexual en el país, excluyendo algunos aspectos específicos y propios de la prevención del VIH.

## II. MARCO CONCEPTUAL Y ANTECEDENTES

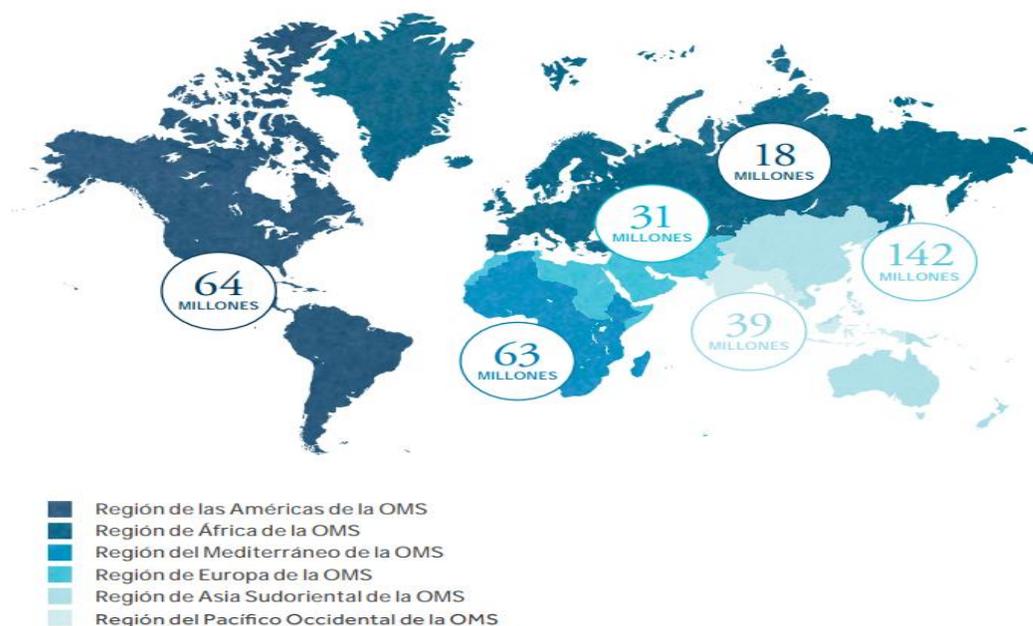
### II.1 Las ITS como problema de Salud Pública en el mundo

Cada año se producen 357 millones de nuevas infecciones curables en el mundo según las últimas estimaciones de la OMS, del año 2012 (6), como se observa en la gráfica N°1.

La carga de morbilidad y mortalidad a nivel mundial derivada de los agentes de ITS, afectan no solo la calidad de vida y la salud sexual y reproductiva, sino también afectan la salud de los niños y niñas, impactando en los presupuestos de los hogares y de los sistemas de salud.

Gráfica N°1: Estimación de nuevas ITS curables en el mundo

ITS curables: clamidiasis, gonorrea, sífilis, tricomoniasis



Fuente: Newman L. M., Rowley J., Vander Hoorn S. et al., estimaciones mundiales de la prevalencia y la incidencia de cuatro ITS curables en 2012, PLoSOne 2015.

La falta de datos sobre las ITS, producto de la disparidad en la forma y modo de registro entre las distintas regiones del mundo y entre sus países, impide un análisis comparado por sexo y por patología, dificultando el abordaje mundial. De allí que las instancias de intervención deben ser adecuadas a cada realidad particular de los países.

En Latinoamérica se estiman cerca de 64 millones de casos nuevos de ITS curables al año, no pudiendo caracterizar en detalle la distribución de estos casos nuevos.

Las infecciones por agentes patógenos de transmisión sexual distintos del VIH imponen a los países una carga enorme de morbilidad y mortalidad, ya sea de forma directa, por la repercusión que

tienen en la calidad de vida, la salud reproductiva y la salud del niño/a, o indirecta, por su función facilitadora de la transmisión sexual del VIH y su impacto en las economías nacionales e individuales (7).

Si se mantienen las tendencias sociales, demográficas y migratorias, la población expuesta a infecciones de transmisión sexual seguirá aumentando significativamente, con una alta carga de morbilidad en el mundo en desarrollo; sin embargo, en los países industrializados también se espera un aumento de la carga de morbilidad debido a la prevalencia de infecciones víricas incurables. Los costos socioeconómicos de estas infecciones y de sus complicaciones son considerables, puesto que figuran entre las 10 razones principales de las visitas a centros de atención de salud en la mayoría de los países en desarrollo y consumen importantes recursos tanto de los presupuestos sanitarios nacionales como de los ingresos familiares (7).

## II.2 Recomendaciones Internacionales en Materia de Abordaje de las ITS

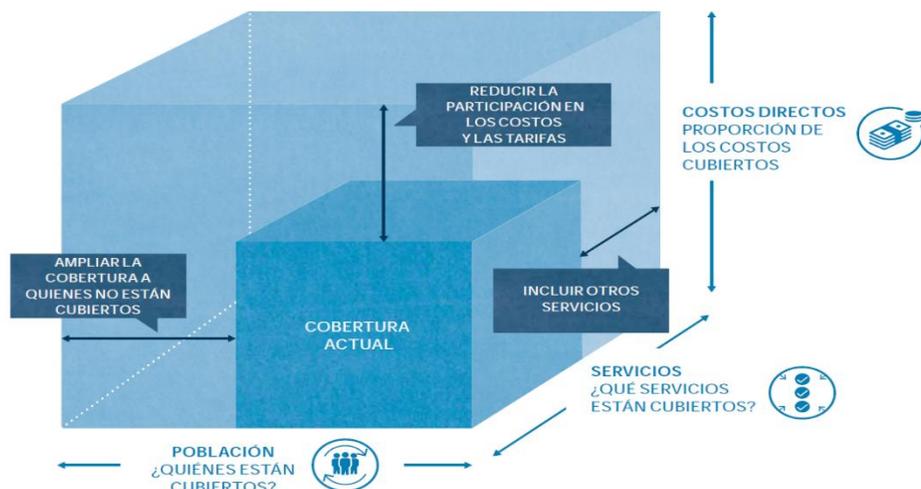
La OMS ha planteado a los países el desafío de eliminar las ITS como problema de salud pública para el año 2030, con metas ambiciosas:

- Reducir en un 90 % la incidencia de *T. pallidum* a nivel mundial (con respecto a 2018).
- Reducir en un 90 % la incidencia de *N. gonorrhoeae* a nivel mundial (con respecto a 2018).
- Reducir a 50 como máximo el número de casos de sífilis congénita por cada 100 000 nacidos vivos en el 80 % de los países.
- Lograr que los países cuyo programa nacional de inmunizaciones incluya la vacuna contra el virus del papiloma humano mantengan una cobertura del 90% a nivel nacional, y de al menos el 80% en cada distrito o unidad administrativa equivalente.

De esta forma se insta a los países, para que desarrollen planes y programas de abordaje de estas infecciones que consideren (6):

- Cobertura sanitaria universal (Ver gráfica N°2).
- Rectoría de los gobiernos y rendición de cuentas.
- Políticas, intervenciones y servicios basados en evidencias.
- Protección y promoción de los derechos humanos, la igualdad entre sexos y la equidad sanitaria.
- Alianzas, integración y vinculación con sectores, programas y estrategias pertinentes.
- Participación significativa de las personas con ITS, las poblaciones clave y las comunidades afectadas.

Gráfica N°2: Las tres dimensiones de la cobertura sanitaria universal



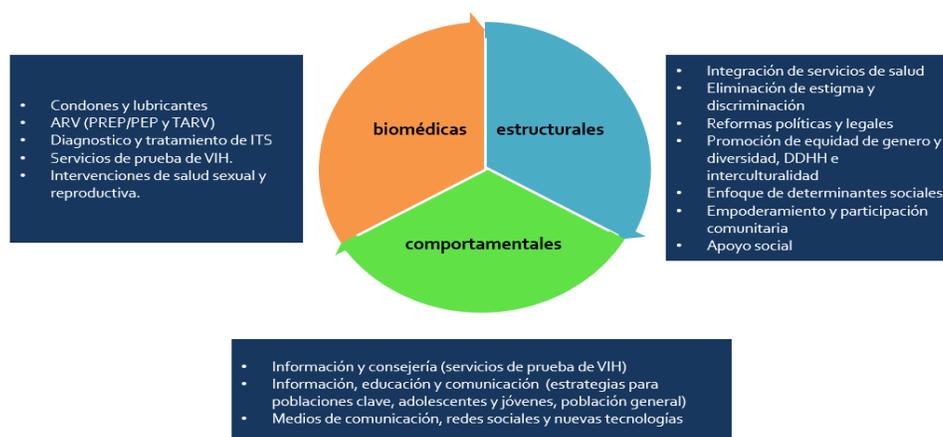
Fuente: Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016–2021, OMS

### II.3 Concepto de Prevención Combinada

La estrategia de prevención combinada (8), promovida a nivel mundial, se puede entender como la implementación conjunta de intervenciones comportamentales, biomédicas y culturales, con un enfoque de derechos humanos.

La prevención combinada puede incluir actividades de educación, información, comunicación; distribución sistemática de condones, lubricantes; estrategias de reducción de daño; diagnóstico y tratamiento de las ITS; promoción y oferta de examen VIH; profilaxis postexposición; profilaxis preexposición y acceso a TAR en las personas con VIH/SIDA, prevención, entre otros. Las acciones de prevención combinada deben ser adaptadas a las necesidades y realidades específicas de poblaciones, comunidades y países (9).

Gráfica N°3: Las dimensiones de la prevención combinada al VIH



Fuente: Adaptación del documento Plan de Acción acelerada para la prevención combinada, ONUSIDA, 2015.

## II.4 Las ITS como problema de Salud Pública Chile

### II.4.1 Marco regulatorio en Chile

Las Infecciones de Transmisión Sexual en su aspecto sanitario están reguladas por un conjunto de documentos que contemplan Leyes, Decretos, Reglamentos y Normativas.

El Código Sanitario Párrafo II del Título II del Libro I, de las Enfermedades Venéreas, señala la responsabilidad del Servicio Nacional de Salud (hoy Ministerio de Salud y la red asistencial del Sistema Público de Salud) en las acciones destinadas a evitar su propagación a la población (10).

El Reglamento de ITS, establece la condición de gratuidad en la atención para todas las personas en los establecimientos del Sistema Público (independiente de su seguro de salud) comprendiéndose en ella el diagnóstico, tratamiento y control, los exámenes de laboratorio clínico y demás necesarios. Además señala que cada Servicio de Salud deberá disponer, al menos en uno de los establecimientos que conforman su red asistencial, de una dependencia especializada en infecciones de transmisión sexual. En aquellos establecimientos en que no haya un centro de salud especializado en dichas patologías deberán existir los mecanismos y procedimientos que permitan la atención y tratamiento oportuno de las mismas, incluyendo la derivación en caso necesario.

Por su parte la Ley 20.584 precisa que no se requerirá la manifestación de voluntad de las personas para acceder a recibir tratamientos cuando se suponga un riesgo para la salud pública.

La Ley GES 19.966 que establece el Régimen General de Garantías en Salud, y sus decretos establecen que la sífilis es una de las enfermedades considerada dentro del Examen de medicina Preventiva, para la gestante y las personas de 15 y más años con conductas sexuales de riesgo (11).

Según el Decreto Supremo 7/2019 las ITS se encuentran sujetas a vigilancia epidemiológica (12). La sífilis, gonorrea, hepatitis y VIH son de notificación diaria de casos, por tanto, es obligación del médico notificar los casos que detecte, independiente si ejerce en el sistema público o privado. La gonorrea además está sujeta a vigilancia de laboratorio para estudio de resistencia antimicrobiana.

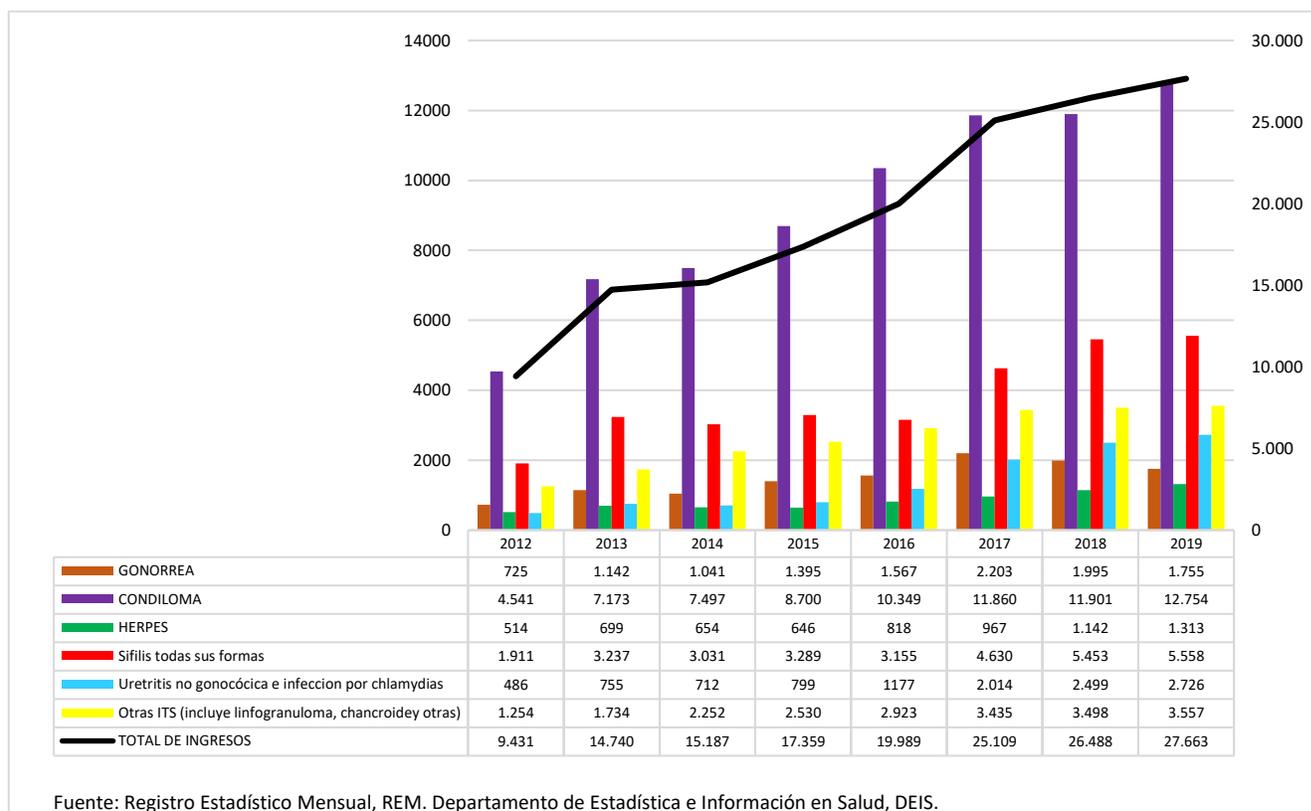
### II.4.2 Magnitud del problema

En Chile en el sector público se monitorean las ITS por registros epidemiológicos (sífilis y gonorrea) y estadísticos que reportan los establecimientos especializados en esta atención (ingresos y atenciones de salud por causa).

Según registros estadísticos en los últimos años se ha observado un incremento de los casos nuevos (ingresos) de ITS en el sistema público registrándose 27.663 casos, todas las causas (gráfica N°4),. De la misma manera, para el mismo año, se registraron 40.564 atenciones por médico entre los

niveles de atención primaria y de especialidades de salud y 102.809 atenciones por profesional no médico (matrona y enfermera) por esta causa el año 2019.

Gráfica N°4: Tendencia ingresos a Programa ITS en la red asistencial pública. 2012-2019

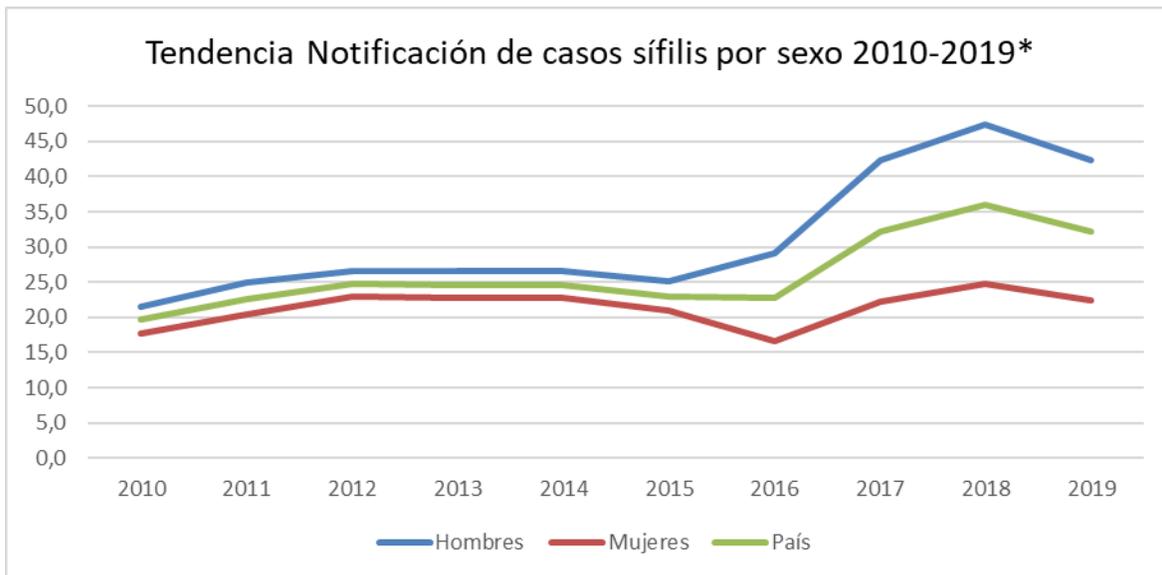


Según registros de la vigilancia epidemiológica desde el año 2016 se produce un aumento global de las notificaciones de casos de ITS que continúa el 2019.

Como se observa en gráfica N°5, en sífilis, alcanza una tasa de 32,3 por cien mil hab. con 6.043 casos nuevos para el año 2019. Afectando principalmente a personas en edad fértil. El grupo de 15 a 49 años representó el 80% del total de casos de sífilis, concentrándose el mayor riesgo entre los 20 a 39 años.

Los hombres superan a las mujeres con un 65% del total de casos, con una relación de 1,9 hombres por cada mujer.

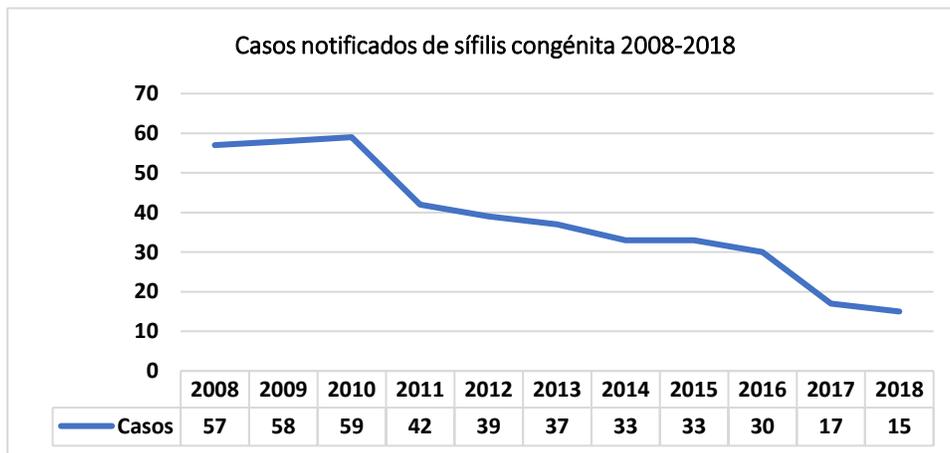
Gráfica N°5: Tendencia tasa de notificación de sífilis 2010-2019



\*Datos provisionarios, en proceso de validación.  
Fuente: Base de datos ENO. Dpto. de Epidemiología, DIPLAS. Ministerio de Salud.

En relación a la sífilis congénita, ésta se ha mantenido con un descenso sostenido en el número de casos notificados (Ver gráfica N°6), con tasas por debajo de 0,5 casos por 1000 Nacidos Vivos (NV), situando al país en rangos de eliminación. El año 2019, aún tiene muchos casos en proceso de análisis, por lo que no se puede utilizar para graficar tendencia.

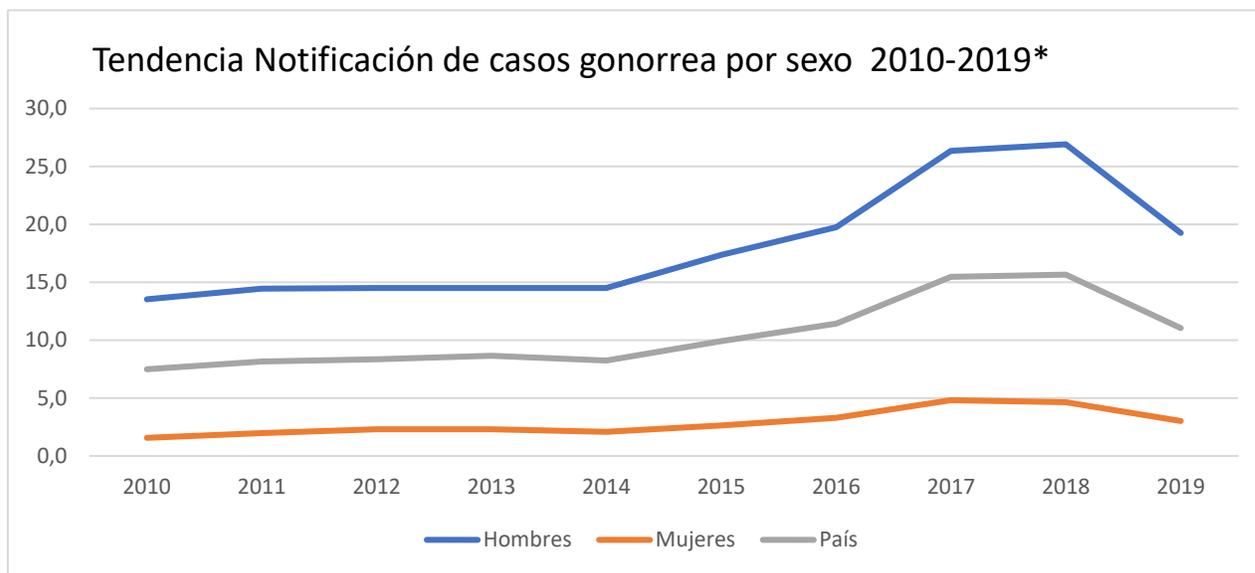
Gráfica N°6: Tendencia casos notificación de sífilis congénita 2008-2018



Fuente: Base de datos ENO. Depto. De Epidemiología, DIPLAS. Ministerio de Salud

En gonorrea, desde el año 2015, se produce un aumento sostenido de las tasas hasta el año 2018 en que se estabiliza en 15,7 por cien mil hab. con 2.920 casos, lo que representa un 62% superior con respecto a la mediana del quinquenio anterior (1.798 casos). Ver gráfica N°7.

Gráfica N°7: Tendencia tasa de notificación de gonorrea 2000-2019



\*Datos provisorios, en proceso de validación.

Fuente: Base de datos ENO. Dpto. de Epidemiología, DIPLAS. Ministerio de Salud.

En cuanto a las atenciones de ITS en la red pública, el año 2018 se reportaron 58.558 atenciones, de las cuales 35.262 (60,2%) correspondió a atención de morbilidad con diagnóstico de ITS, 18.959 (32,4%) personas sanas que consultaron por sentirse en riesgo o tener sintomatología sugerente de ITS, que recibió todas las prestaciones para diagnóstico con resultado negativo para alguna ITS y 4.337 (7,4%) a control de trabajadoras/es sexuales.

#### II.4.3 Conductas Sexuales, cambios comportamentales y composición generacional

Dentro de los factores a considerar como relevantes en el incremento de las ITS no solo en Chile, sino en el mundo, se encuentran los cambios en los comportamientos sociales y sexuales de la población relacionados con la erotización temprana del cuerpo, la iniciación sexual precoz, la multiplicidad de parejas, el uso de sustancias recreativas en la actividad sexual que impiden el autocuidado y el uso ineficiente del condón (9–12).

Características como el gran número de parejas sexuales, se explica en parte, por la falta de conciencia real de la toma de decisión en razón de la elección de las parejas sexuales. Si se considera que la toma de conciencia radica en asumir una sexualidad responsable y placentera, además de la necesidad afectiva de relacionarse y visibilizarse con un otro, a través de la relación sexual afectiva, entonces, se observa una reducción del tiempo entre el momento en que las personas se conocen

y en el momento en que tienen relaciones sexuales. Por otra parte, la falta o corta duración de cualquier vínculo social entre las personas que buscan relacionarse sexualmente, la corta duración en el tiempo para permanecer solo/a entre parejas sexuales consecutivas, con diferentes personas o la misma persona, hace que se observe la tendencia de ambas parejas a reclutarse mutuamente para el sexo y recibir compensación por ello, sean estas retribuciones económicas o afectivas, es decir placer, lo que se han observado en incremento particularmente entre las cohortes más jóvenes (13).

Análisis de cohortes recientes de datos de los Estados Unidos y Gran Bretaña sugieren que las cohortes más recientes tienden a iniciar relaciones sexuales antes, con un mayor número de parejas sexuales a lo largo de su vida, informan una mayor frecuencia de comportamientos sexuales entre personas del mismo sexo y tienen un repertorio sexual más amplio. En ambas sociedades, los cambios entre los hombres ocurrieron antes que los cambios entre las mujeres. En ambas sociedades, más recientemente, los comportamientos sexuales de las mujeres se parecen cada vez más a los hombres. La proporción de hombres que reportan  $\geq 10$  parejas sexuales excede la de las mujeres en todas las sociedades en todo momento. Sin embargo, la brecha de género en este parámetro parece estar disminuyendo; más mujeres jóvenes reportan este comportamiento que las mujeres mayores. En todos los países económicamente desarrollados, los repertorios sexuales se están expandiendo en la población general. Las proporciones que informan que practican sexo oral y anal han aumentado en generaciones sucesivas; aumentos en el sexo oral ocurrieron con los “baby boomers” y los aumentos en el sexo anal ocurrieron más recientemente con la generación X y los “millennials” (ver sección composición general de la sociedad de este documento). Queda por ver, si esta tendencia continúa acelerándose en respuesta a la expansión de la pornografía en Internet (13).

En Chile, si bien los estudios en esta temática son limitados, a través de diversas encuestas poblacionales, se han observado cambios en los ámbitos del comportamiento sexual que orientan a explicar el aumento que se ha observado en las tendencias de casos, como son la edad de inicio sexual y el uso de condón (Ver gráficas N°8 y N°9). Lamentablemente en la última encuesta INJUV esta pregunta no fue incluida, por lo que el último dato disponible es al 2015 para edad de inicio sexual.

El uso de condón en el inicio sexual se considera un predictor de uso futuro, y por ello es seguido como indicador para evaluar avances en los cambios y conductas sexuales.

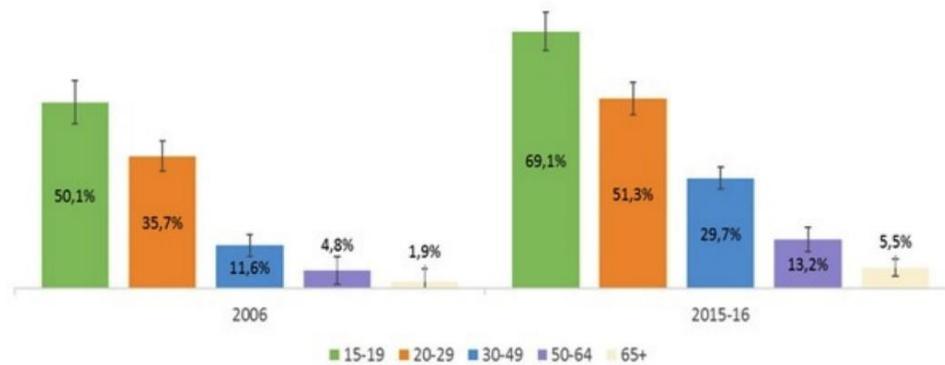
Si bien ha aumentado su uso en el tiempo, sobre todo en las generaciones jóvenes, como se observa en la gráfica N°9, al momento de analizar su uso consistente en los últimos 12 meses, este muestra cifras inferiores a las observadas al inicio, probablemente debido al reemplazo por otros métodos asociados a la prevención de embarazos. En la última encuesta ENCAVI 2016, alcanza el 37,1% en población de 15 a 19 años.

Gráfica N°8: Comparación Edad de inicio sexual según diversos estudios poblacionales



Fuente: Elaboración propia, Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS. Ministerio de Salud. Basado en "Estudio de comportamiento sexual del CONASIDA, 1998, y la Encuesta Nacional de Juventud 2009,2015 y la Encuesta Nacional de Salud 2010.

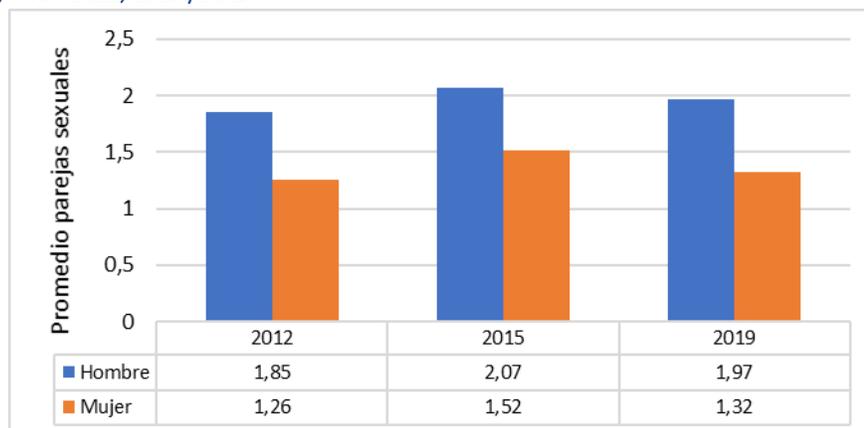
Gráfica N°9: Serie comparada de pregunta "uso preservativo o condón en la primera relación sexual por usted o su pareja", según tramo de edad. ENCAVI 2006 y 2016



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida 2006-2016. Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud de Chile.

Por otra parte, en las encuestas realizadas por INJUV, se aprecia cómo ha aumentado la declaración del número de parejas en los últimos 12 meses, entre los iniciados sexualmente, tanto en hombres como en mujeres con un promedio de 1,79 el año 2015. (Gráfica N°10).

Gráfica N°10: Promedio de parejas sexuales en los últimos 12 meses en jóvenes iniciados sexualmente. Encuesta Nacional de Juventud, INJUV 2012, 2015 y 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta Nacional de Juventud, INJUV 2012, 2015 y 2019

### **Composición generacional de la sociedad**

Consistente con lo anterior, dentro de los aspectos comportamentales que deben ser considerados para la planificación de acciones de prevención en la comunidad, y la forma en que se entregan los contenidos, están los aspectos generacionales a la cual pertenece cada persona, ya que hay características comunes que afectan la forma y modo en la cual se percibe el riesgo y se aborda la prevención.

Actualmente son cinco las generaciones que componen la sociedad, según describe The Center for Generational Kinetics. Y aunque esta categorización es transversal en todo el mundo, la fecha exacta y características de cada generación pueden variar según la ubicación geográfica (14).

Estas generaciones son:

- a) Tradicionalistas, Generación silenciosa o Swingers: nacidos antes de 1943, inclusive.
- b) Baby Boomers: nacidos entre 1943 y 1960.
- c) Generación X: nacidos entre 1960 y 1980.
- d) Generación Y o Millennials: nacidos entre 1980 y 2004.
- e) IGen, Generación Z o Centennials: nacidos con posterioridad al 2004.

Hay autores que señalan que las personas nacidas a mediados de los 90 (desde el 96) forman parte de la generación Z (15). En Chile, la encuesta CADEM considera los grupos generacionales en años similares:

- Baby Boomers: nacidos entre 1948 Y 1967. Es la generación de los “70”. La guerra fría, el mundo Hippie.
- Generación X: nacidos entre 1968 Y 1983. Es la generación de los “80”, la democratización del consumo.
- Generación Y o Millennials: nacidos entre 1984 Y 1997. La revolución tecnológica, redes sociales, globalización.
- Generación Z: nacidos entre 1998 Y 2006. Es la generación de las aplicaciones móviles (APPs), nativos digitales.

Si bien estas clasificaciones se utilizan para efectos de análisis de mercado y mundo laboral, las características que se atribuyen a cada generación pueden ser utilizadas como una aproximación a los comportamientos sociales que intervienen en las relaciones interpersonales, las formas de comunicación y sus trayectorias de vida. Lo que claramente impacta en el ejercicio de la sexualidad y forma de interpretar el mundo.

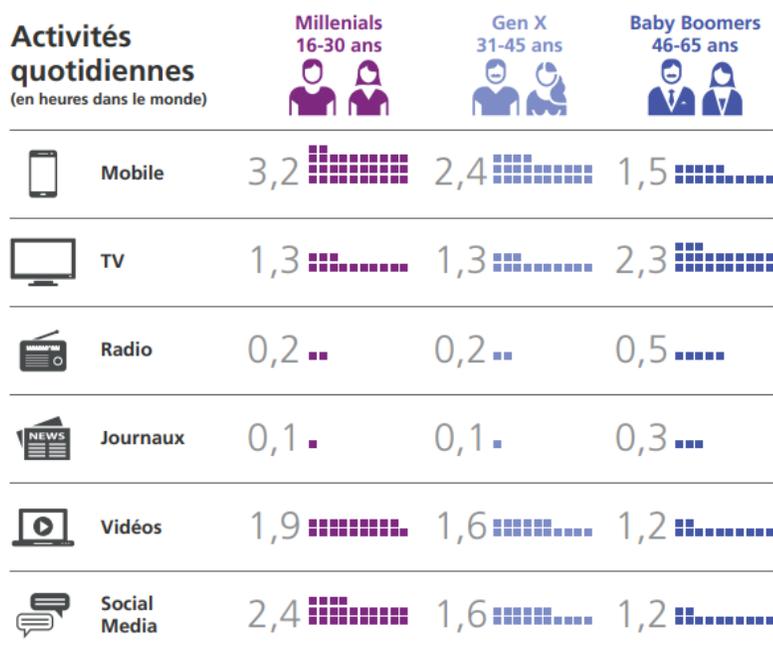
En relación a la forma de comunicación en interrelación, el uso de redes sociales se posiciona como la forma mediante la cual las generaciones más jóvenes se comunican.

La manera de comunicarse entre los jóvenes está fuertemente marcada en la actualidad por el mundo virtual, lo que se traduce en un gran peso de la comunicación a través de dispositivos como los teléfonos inteligentes (smartphones) en detrimento de la comunicación presencial. Como la

forma de interactuar socialmente está afectada por la tecnología, la sexualidad, aspecto intrínseco de las relaciones humanas, se ve influenciada por ella de la misma forma.

Según el estudio publicado por Kantar TNS en el 2016 sobre uso de tecnologías en el mundo y la cantidad de horas asignadas por tipo de población, los Millennials que tienen un teléfono inteligente, pasan conectados un promedio de 3.2 horas por día, casi el equivalente a un día completo a la semana (poco más de 23 horas). Lo que, durante el año, representa 1.168 horas, o 49 días (16). Ver gráfica N° 11.

Gráfica N°11: Horas diarias destinadas a uso de medios en el mundo



Fuente: Estudio TNS Sofres-Connected Life 2016 realizado entre mayo y agosto de 2015 entre 60,500 usuarios de Internet en todo el mundo.

El estudio de CADEM “El Chile Que Viene – Uso de las Redes Sociales” confirma el posicionamiento de Instagram como principal red social de los chilenos, destacando en la generación Z y Millennials por su inmediatez. Según los encuestados, y su comportamiento de uso de Instagram, un 46% de ellos dice subir al menos un post a la semana en su perfil, mientras que 24% sube una historia al día. Junto con ello, un 43% de los encuestados declara haber comprado un producto o servicio a través de Instagram, siendo la generación Z quienes adquieren más a través de esta vía (61%).

Junto con ello, ratifica que Facebook viene a la baja, especialmente entre los más jóvenes, aunque en generaciones más adultas sigue siendo la red principal, por el poco manejo de las otras redes.

Whatsapp aparece como el medio de comunicación preferido transversal en las generaciones, siendo en los Millennials (94%) y Generación X (94%) los grupos donde se observa mayor uso. Este medio sería de gran importancia como un instrumento educativo de prevención, dado su uso transversal a todas las generaciones.

Respecto de la forma de informarse de las diferentes generaciones, un 82% declara seguir algún medio de comunicación en las redes sociales, mientras que solo un 56% sigue a líderes de opinión, influenciadores o gente famosa.

Finalmente, respecto de la privacidad de los perfiles de cuenta, se observa una alta cantidad de perfiles públicos, que en el caso de Instagram alcanza un 49% y en el caso de Facebook, un 43%. Junto con ello, ratifica que Facebook viene a la baja, especialmente entre los más jóvenes aunque en generaciones más adultas sigue siendo la red principal (17).

### **Aspectos económicos**

Al igual que en otros lugares del mundo, en Chile, el Estado invierte recursos para el manejo y tratamiento de estas infecciones. Según estimaciones del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH y las ITS, basada en los aranceles entregados por Fonasa, el año 2017 se gastaron U\$ 10.423.669 de dólares en atenciones destinadas a la detección y tratamiento de las ITS (sin considerar el VIH ni la hepatitis B) en la red de salud pública, y U\$ 12.746.356 el año 2018. Tendencia que se mantiene el año 2019, por lo que se espera se alcance una cifra similar a la observada el año 2018.

## **II.5. Conceptos básicos de ITS, cadena de transmisión y prácticas sexuales**

Las infecciones de transmisión sexual, son un grupo de enfermedades infectocontagiosas que comparten como principal vía de transmisión la actividad sexual. No obstante, algunas de ellas son transmisibles por otras vías como son la sanguínea y la perinatal (de la mujer al feto o recién nacido).

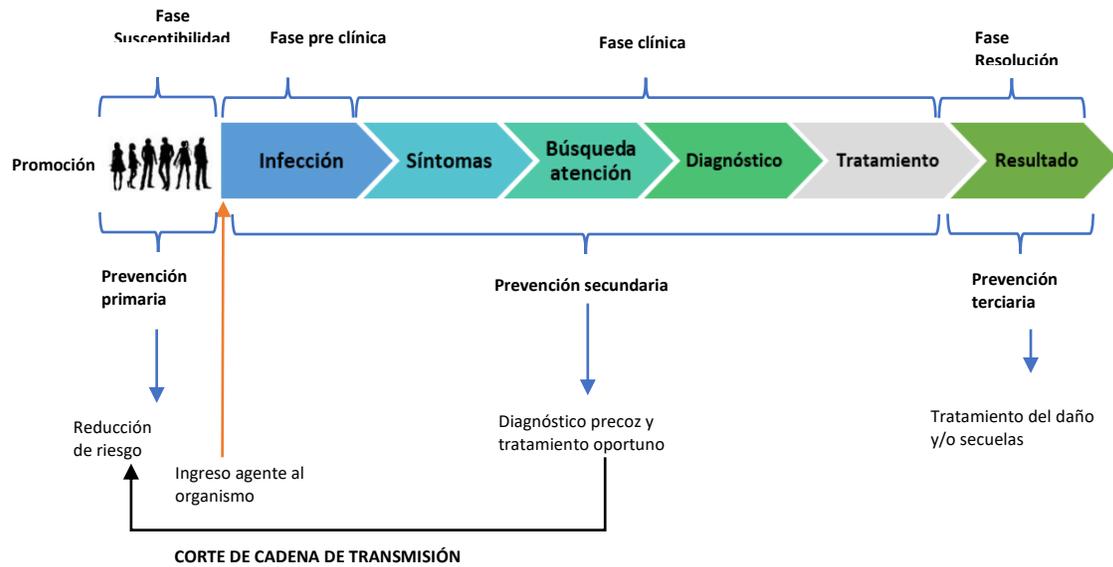
Para comprender el proceso de salud-enfermedad de estas infecciones es importante comprender las fases por las cuales transita la persona desde que adquiere una infección de transmisión sexual (ITS) hasta que recibe tratamiento o bien se enferma gravemente quedando con secuelas permanentes (Ver gráfica N°12).

### ***II.5.1 Cadena de transmisión***

En ITS, se denomina cadena de transmisión al recorrido que realiza un agente causal desde una persona enferma (reservorio) a otra susceptible (expuesta al riesgo).

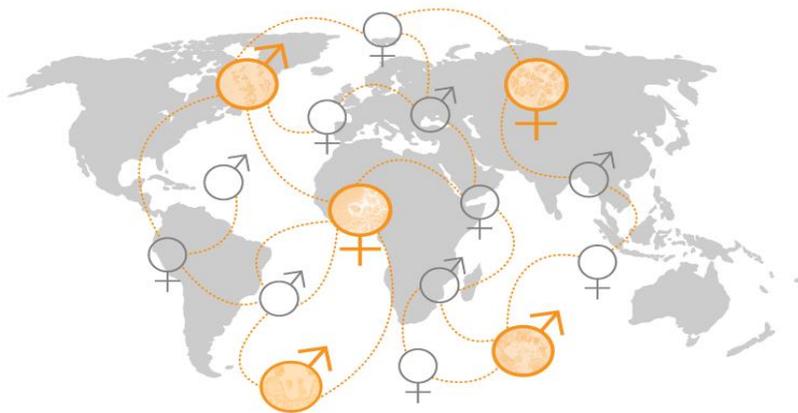
Considerando que algunas personas tienen más de una pareja sexual de manera simultánea o en corto tiempo, esta cadena puede multiplicarse rápidamente. (Ver gráfica N°13).

Gráfica n°12: Resumen conceptos básicos para la prevención y control de las ITS



Fuente: Adaptación basado en el modelo de Modelo de Leavell y Clark: Historia Natural de la Enfermedad (1965)

Gráfica n°13: Ilustración cadena de transmisión



Fuente: Imagen obtenida de Módulos de capacitación para el Manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual. OMS. 2008. Adaptación PGP,2019

### II.5.2 Etapas de la historia natural de las enfermedades aplicado a las ITS

**a) Fase de susceptibilidad:** es la etapa en la cual las personas se encuentran expuestas al riesgo de adquirir una ITS. Esta fase es variable en tiempo, ya que va a depender de las prácticas sexuales de la persona expuesta, la agresividad del agente causal de la infección, y de la prevalencia del agente en la comunidad.

Por ejemplo, si en una comunidad la infección X está presente en gran parte de la juventud, la posibilidad de que un joven esté expuesto a adquirir el agente puede ser alta, porque las probabilidades de tener actividad sexual con alguien ya infectado es mayor, que en una comunidad donde el agente causal casi no está presente. Ahora, si en las mismas condiciones, el o la joven tienen prácticas sexuales protegidas, (sexo seguro) aunque tengan contacto con el agente, la posibilidad de adquirir la infección se reduce.

**b) Fase pre clínica:** es la etapa en la cual la persona habiendo adquirido el agente causal, no manifiesta sintomatología, por lo que desconoce que está infectada. Esto está determinado por la relación entre el agente causal y el huésped. Existen muchas ITS que tienen largos períodos asintomáticos, por lo que en esta etapa las personas pueden transmitir la infección sin saberlo.

**c) Fase clínica:** es la etapa en la cual la infección se manifiesta a través de signos y síntomas, que generalmente hacen que la persona infectada busque atención de salud.

**d) Fase de resolución:** es la etapa final de la infección, donde ésta puede desaparecer, volverse crónica o generar daño grave desde secuelas hasta la muerte.

### *II.5.3 Niveles de prevención en salud aplicado a las ITS*

**a) Prevención Primaria:** La prevención primaria de las ITS está orientada a evitar la aparición de casos, eliminando los agentes causales, reduciendo la susceptibilidad de los individuos a éstos y/o modificando las conductas de las personas que permita realizar gestión del riesgo y reducción del daño, a través de la adopción de medidas y conductas preventivas.

**b) Prevención Secundaria:** La prevención secundaria de las ITS, está orientada a cortar la cadena de transmisión, por lo que se centra en la detección precoz y el tratamiento oportuno de las personas infectadas. Por tanto, incentivan la consulta clínica y el acceso a exámenes. Considera, además, todas las acciones destinadas a evitar reinfecciones.

**c) Prevención Terciaria:** Conceptualmente la prevención terciaria es el abordaje de las consecuencias o daños que la enfermedad ha dejado, teniendo por objetivo mejorar la calidad de vida de las personas. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente (18).

### *II.5.4 Resumen de ITS más frecuentes en Chile*

Si bien, cualquier agente transmisible por contacto puede ser adquirido/transmitido durante la actividad sexual, las siguientes son infecciones que se consideran ITS. (Ver tablas N°1 a la N°7). Además, se incluyen las Hepatitis A, B, y C, que en los últimos años, al igual que en otros países del mundo esta vía de transmisión se ha evidenciado en los nuevos casos (19) (Ver tablas N°8 a la N°10).

Tabla N°1: Información básica Sífilis

SÍFILIS	
Agente Causal	<i>Treponema Pallidum pallidum</i>
Historia Natural	<p>La sífilis es una infección sistémica que se presenta en etapas sucesivas, que sin tratamiento puede durar años su evolución. En esta infección se alternan etapas sintomáticas y etapas asintomáticas (sin manifestaciones) que hacen difícil su diagnóstico.</p> <p>Período de incubación: 1-90 días, 21 días en promedio</p> <p><b>El tratamiento es curativo pero no previene la reinfección.</b></p>
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Sífilis primaria:</b> aparición de una úlcera indolora indurada en la zona de contacto (cuello del útero, pene, ano, u otras) acompañada de inflamación de los ganglios regionales.</li> <li>➤ <b>Sífilis secundaria:</b> sucesión de episodios con signos y síntomas diversos entre los que destacan: decaimiento, fiebre y cefalea acompañado de rash cutáneo en el tórax, palmas y plantas. Puede haber lesiones de mal olor en zonas húmedas (condilomas planos), o placas blanquecinas en genitales o boca. Puede haber adenopatías generalizadas, indoloras. Otra manifestación es la alopecia en parches irregulares en mordida de ratón y pérdida de la cola de las cejas.</li> <li>➤ <b>Sífilis terciaria:</b> Se presenta varios años después de ocurrida la infección y se caracteriza por ser altamente destructiva. Se puede manifestar por alteraciones cardíacas, lesiones en piel, mucosas y tejido óseo (gomas sífilíticas).</li> <li>➤ <b>Neurosífilis:</b> puede ocurrir en cualquier etapa de la sífilis, se caracteriza por compromiso del sistema nervioso central, pudiendo manifestarse como compromiso meningovascular semejando a un accidente vascular encefálico, tabes dorsal, parálisis general, entre otros signos el compromiso ocular (uveítis, retinitis, neuritis óptica,) y de pares craneanos.</li> </ul>
Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sin tratamiento la sífilis evoluciona a sífilis terciaria generando los daños descritos.</li> </ul>
Transmisión Materno infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La mujer infectada puede transmitir la infección a su hijo o hija durante la gestación pudiendo producir aborto, muerte in útero o el nacimiento de un recién nacido gravemente enfermo.</li> </ul>
Fuentes utilizadas: Norma de Profilaxis, Diagnóstico y Tratamiento de ITS, Ministerio de Salud. Chile 2016- Guías de tratamiento, CDC 2015	

Tabla N°2: Información básica Gonorrea

GONORREA	
Agente Causal	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Historia Natural	<p>La gonorrea es una enfermedad que afecta diferentes tipos de mucosas, de preferencia la uretra en el hombre (uretritis) y cuello uterino en la mujer (cervicitis). Otras ubicaciones son: rectal, conjuntival y faríngea.</p> <p>Periodo de incubación: 3 a 5 días</p> <p>Sin tratamiento la infección puede diseminarse pudiendo infectar otros órganos.</p>
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>En hombres:</b> Flujo uretral purulento, disuria y aumento de la frecuencia miccional.</li> <li>➤ <b>En mujeres:</b> con frecuencia la infección es asintomática (20% – 50%). Cuando se manifiesta, puede presentarse con disuria y flujo vaginal proveniente del cuello uterino. Hasta en un 20% de los casos puede haber compromiso del útero presentando inflamación y dolor abdominal bajo.</li> <li>➤ <b>En hombres y mujeres:</b> inflamación y dolor en recto y ano, sensación de humedad en el ano. Si el contacto sexual es oral puede haber compromiso de faringe y adenopatías cervicales. También puede cursar con compromiso ocular: conjuntivitis purulenta abundante.</li> </ul>
Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Infección genital: sin tratamiento puede conducir a esterilidad en hombres y mujeres.</li> <li>➤ Infección ocular: puede producir ceguera</li> <li>➤ Algunas personas pueden desarrollar infección gonocócica diseminada, caracterizada por artritis en rodillas, tobillos y muñecas, erupción cutánea hemorrágica o necrótica, fiebre. Puede también presentarse como meningitis y endocarditis gonocócica. El tratamiento oportuno produce una mejoría en las primeras 24 horas.</li> </ul>
Transmisión Materno infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>En los recién nacidos:</b> La infección la pueden adquirir en el canal del parto de una gestante con gonorrea no tratada o inadecuadamente tratada. El compromiso ocular sin medidas profilácticas tiene una transmisibilidad de 30% al 50%. Se presenta de uno a trece días después del parto, casi siempre bilateral caracterizado por inflamación y secreción purulenta. <b>En Chile se realiza profilaxis ocular a todo recién nacido, en el post parto inmediato, con colirio cloranfenicol o ungüento de eritromicina.</b></li> </ul>
Fuentes utilizadas: Norma de Profilaxis, Diagnóstico y Tratamiento de ITS, Ministerio de Salud. Chile 2016- Guías de tratamiento, CDC 2015	

Tabla N°3: Información básica Condiloma Acuminado

CONDILOMA ACUMINADO	
Agente Causal	Virus Papiloma Humano (VPH)
Historia Natural	Es la infección de transmisión sexual más frecuente en el mundo, afectando principalmente a hombres y mujeres jóvenes. Existen más de 30 genotipos de VPH que pueden infectar la región genital y anal, algunos de los cuales se han asociado fuertemente al desarrollo de cáncer genito-anal (cervicouterino, vulvar, pene y anal), principalmente los genotipos 16 y 18. Los VPH asociados mas frecuentemente a condilomas genitoanales son los tipos 6 y 11. Periodo de incubación: 1 a 6 meses Sin tratamiento las lesiones pueden alcanzar amplias zonas corporales pudiendo infectar otros órganos.
Síntomas	➤ Lesiones únicas o múltiples (verrugas) con aspecto de coliflor con o sin prurito (picazón) en la zona afectada. Se pueden localizar en cuello de útero, vagina, ano, uretra o faringe, dependiendo de las prácticas sexuales.
Complicaciones	➤ Cáncer de útero, de vulva, de pene, de ano, pudiendo asociarse también el cáncer de cavidad oral.
Transmisión Materno infantil	➤ La gestante puede transmitir el VPH durante el embarazo por vía ascendente, vía hematológica o en el paso por el canal del parto al recién nacido. Lo que en el niño explicaría la aparición de condilomas hasta los 2 años de vida.
Fuentes utilizadas: Norma de Profilaxis, Diagnóstico y Tratamiento de ITS, Ministerio de Salud. Chile 2016- Guías de tratamiento, CDC 2015	

Tabla N°4: Información básica Herpes Genital

HERPES GENITAL	
Agente Causal	Virus Herpes Tipo 1 y tipo 2.
Historia Natural	La enfermedad se caracteriza por la aparición recurrente de lesiones ampollares, dolorosas. La transmisión del VHS puede ocurrir antes, durante o después de la curación de las lesiones de piel. Hay que tener presente que algunas personas que se contagian con este VHS, pueden presentar eliminación asintomática e intermitente del virus durante toda su vida.
Síntomas	➤ La infección primaria por el VHS (Primoinfección) suele ser asintomática. Puede presentarse con fiebre, cefalea, disuria, dispareunia, eritema y ampollas que se resuelven en 10 a 14 días. ➤ La recurrencia se manifiesta con lesiones eritematovesiculares dolorosas, que se resuelven espontáneamente en 5 a 7 días.
Complicaciones	➤ Meningitis ➤ Transmisión del virus a los recién nacidos desde una gestante al niño ocurre principalmente durante el parto.
Transmisión Materno infantil	➤ La infección neonatal por virus herpes se presenta como infección diseminada, mucocutánea ó encefalitis. Tienen mayor riesgo de transmisión del virus, las madres que presentan la primoinfección durante el embarazo, siendo menor este riesgo en las que presentan recurrencias. Debiendo hacerse profilaxis a toda embarazada con antecedente de herpes genital antes o durante el embarazo. El mayor riesgo de infección neonatal se asocia con primoinfección de la madre en las últimas semanas de embarazo. ➤ En un 50% de los casos la madre no registra antecedentes de Herpes genital.
Fuentes utilizadas: Norma de Profilaxis, Diagnóstico y Tratamiento de ITS, Ministerio de Salud. Chile 2016- Guías de tratamiento, CDC 2015	

Tabla N°5: Información básica *Chlamydia trachomatis*

INFECCION POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS	
Agente Causal	<i>Chlamydia trachomatis</i> serotipos D hasta K
Historia Natural	Es muy frecuente en el mundo afectando principalmente a personas jóvenes. Es asintomática en los hombres hasta el 50% y en las mujeres hasta el 75% de los casos. El período de incubación es de 7 a 21 días.
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cuando se manifiestan presentan flujo uretral o cervical. La secreción es escasa y de aspecto claro.</li> <li>➤ En algunos casos sólo se presenta disuria, inflamación y dolor genital.</li> <li>➤ <i>Chlamydia trachomatis</i> puede producir conjuntivitis tanto en adultos como en recién nacidos.</li> </ul>
Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si no es tratada a tiempo, la infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> puede producir esterilidad.</li> </ul>
Transmisión Materno infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Entre el 25% y el 75% de los hijos de mujeres con <i>Chlamydia trachomatis</i> pueden contagiarse durante el embarazo y el parto. Los síntomas en el recién nacido pueden ir desde una conjuntivitis hasta la infección sistémica severa.</li> </ul>
Fuentes utilizadas: Norma de Profilaxis, Diagnóstico y Tratamiento de ITS, Ministerio de Salud. Chile 2016- Guías de tratamiento, CDC 2015	

Tabla N°6: Información básica Linfogranuloma Venéreo

LINFOGRANULOMA VENEREO	
Agente Causal	<i>Chlamydia trachomatis</i> serotipos L1, L2 y L3
Historia Natural	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La infección evoluciona desde una mácula o vesícula pequeña en sitio de contacto, que cura espontáneamente, seguida de una gran adenopatía regional.</li> <li>➤ Período de incubación: 3 a 30 días.</li> </ul>
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La enfermedad se inicia con una pápula, pústula, o úlcera herpetiforme, ligeramente dolorosa, que cura espontáneamente en alrededor de una semana. Con frecuencia es asintomática por lo que puede pasar desapercibida. A las 2 a 6 semanas aparecen linfadenopatías unilaterales regionales, asociadas a fiebre cefalea y mialgias. Estas adenopatías confluyen pudiendo fistulizarse. Si la infección ha ocurrido por relaciones anales, se produce una inflamación rectal hemorrágica, dolorosa y con fiebre.</li> </ul>
Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Las lesiones no tratadas originan cicatrices que obstruyen el drenaje linfático, ocasionando linfedema regional (elefantiasis), estrechez de los tejidos y fístulas uretrales y/o rectales.</li> </ul>
Transmisión Materno infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Misma descrita en infección producida por <i>Chlamydia trachomatis</i>.</li> </ul>
Fuentes utilizadas: Norma de Profilaxis, Diagnóstico y Tratamiento de ITS, Ministerio de Salud. Chile 2016- Guías de tratamiento, CDC 2015	

Tabla N°7: Información básica Chancroide

CHANCROIDE	
Agente Causal	<i>Haemophilus ducreyi</i>
Historia Natural	Es de baja ocurrencia en Chile, suelen presentarse casos en áreas portuarias por contacto sexual con personas procedentes de zonas tropicales donde esta patología es endémica. Comienza con una pústula que evoluciona a úlcera. Período de incubación: 3 a 7 días.
Síntomas	➤ Se caracteriza por una pústula que rápidamente se ulcera. La úlcera no es indurada, dolorosa de fondo sucio y halo eritematoso. Puede ser única o múltiple. Se localiza en pene, vulva, clítoris o cuello uterino. En ambos sexos puede ubicarse en zona perianal y oral.
Complicaciones	➤ En la mitad de los casos se produce inflamación de los ganglios linfáticos que pueden fistulizarse.
Fuentes utilizadas: Norma de Profilaxis, Diagnóstico y Tratamiento de ITS, Ministerio de Salud. Chile 2016- Guías de tratamiento, CDC 2015	

Tabla N°8: Información básica Hepatitis A

HEPATITIS A	
Agente Causal	<b>Virus de la hepatitis A</b>
Historia Natural	La hepatitis A es una de las causas más frecuentes de infección asociada a alimentos, sin embargo en el contexto de ITS el mecanismo de transmisión es contacto directo como sexo oro-anal. No causa enfermedad crónica y es raramente fatal. Período de incubación: entre 14 y 28 días.
Síntomas	➤ Los síntomas de una hepatitis aguda A son leves a severos, e incluyen fiebre, malestar general, pérdida apetito, orinas oscuras e ictericia de piel y mucosas, entre otros.
Complicaciones	➤ Hepatitis aguda fulminante (raro).
Fuentes utilizadas: Guías de tratamiento, CDC 2015	

Tabla N°9: Información básica Hepatitis B

HEPATITIS B	
Agente Causal	<b>Virus de la hepatitis B</b>
Historia Natural	La mayoría de las personas que adquieren el VHB desarrolla una infección autolimitada con eliminación espontánea del VHB en un período menor a 6 meses. Si la infección perdura por más de 6 meses, se habla de hepatitis B crónica. Entre un 3 a 5% de los pacientes adultos evolucionará hacia una infección crónica, sin embargo un 95% evolucionara a hepatitis crónica si la infección se adquiere en la niñez. Período de incubación: 6 semanas a 6 meses.
Síntomas	➤ La hepatitis B aguda puede ser asintomática o cursar con síntomas de decaimiento, dolor abdominal, náuseas e ictericia de piel y mucosas. Una proporción muy baja de pacientes con hepatitis B aguda (0.1 a 0.5%) pueden evolucionar a una hepatitis fulminante.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La hepatitis B crónica frecuentemente es asintomática o se manifiesta por síntomas inespecíficos, ocasionalmente se presentan exacerbaciones de actividad inflamatoria hepática. En la medida que la infección produce un daño mayor en el hígado, pueden manifestarse síntomas sugerentes de una cirrosis hepática. Un 10 a 20% de los pacientes pueden tener manifestaciones extrahepáticas de la enfermedad como: poliarteritis nodosa (PAN), glomerulonefritis membranosa y glomerulonefritis membranoproliferativa.</li> </ul>
<b>Complicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hepatitis Fulminante</li> <li>➤ Cirrosis hepática</li> <li>➤ Falla hepática</li> <li>➤ Hepatocarcinoma</li> </ul>
<b>Transmisión Materno infantil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Perinatal: la transmisión vertical, de la madre infectada con hepatitis B al hijo puede ser de hasta 90% en ausencia de profilaxis. La transmisión puede ocurrir durante el embarazo, en el parto o luego del nacimiento.</li> </ul>
<p>Fuentes utilizadas: Guía Clínica Manejo y Tratamiento de la Infección Crónica por Virus de la Hepatitis B (VHB) (20), Ministerio de Salud. Chile 2013- Guías de tratamiento, CDC 2015</p>	

Tabla N° 10: Información básica Hepatitis C

HEPATITIS C	
<b>Agente Causal</b>	<b>Virus de la hepatitis C</b>
<b>Historia Natural</b>	<p>El virus de la hepatitis C virus puede causar infección aguda y crónica, las infecciones agudas son usualmente asintomáticas, sin embargo un 70% de los casos progresan a una infección crónica pudiendo desarrollar cirrosis y cáncer hepático.</p> <p>Período de incubación: 2 semanas a 6 meses.</p>
<b>Síntomas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hepatitis Aguda: aproximadamente un 80% de los pacientes son asintomáticos, y de aquellos sintomáticos pueden presentar fiebre, fatiga, disminución de apetito, náuseas y vómitos e ictericia de piel y mucosas, entre otros.</li> <li>➤ Hepatitis Crónica: pueden permanecer asintomáticos por años hasta que se desarrollan síntomas secundarios a daño hepático severo como hemorragia por várices esofágicas, encefalopatía hepática y ascitis. Pueden desarrollar complicaciones extrahepáticas como crioglobulinemia, porfiria cutánea tarda, glomerulonefritis y linfoma</li> </ul>
<b>Complicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cirrosis hepática</li> <li>➤ Hepatocarcinoma</li> </ul>
<b>Transmisión Materno infantil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Perinatal: estudios han demostrado que la transmisión vertical ocurriría en un 5.8% de los RN de madres infectadas con VHC. Puede ocurrir intrauterino, intraparto o postnatal (22).</li> </ul>
<p>Fuentes utilizadas: Guía Clínica AUGE Manejo y Tratamiento de la Infección Crónica por Virus de la Hepatitis C (VHC) (21), Ministerio de Salud. Chile 2015- Guías de tratamiento, CDC 2015</p>	

### II.5.5 Transmisibilidad de las ITS según práctica sexual

La transmisibilidad al huésped depende de la práctica sexual, las características propias de cada agente, y las circunstancias en la cual se da esta relación sexual (con o sin método preventivo). Ver tabla N°11.

Tabla N°11: Transmisibilidad de las ITS según práctica sexual

PRACTICA SEXUAL	TIPO DE PRACTICA	POSIBILIDAD DE TRANSMISIÓN DEL AGENTE <sup>1</sup>				OBSERVACIONES
		No transmisible <sup>2</sup>	Poco Probable	Muy probable	Altamente probable	
PENETRATIVA VAGINAL	Pene sin condón				Gonorrea, Chlamydia, Sífilis, Herpes, VIH, VPH, VHB.	El contacto directo de lesiones o fluidos aumentan el riesgo de transmisión.
	Pene con condón		Gonorrea, Chlamydia, VIH, VHB	VPH, Herpes, Sífilis.		El riesgo va a depender si las lesiones están fuera de la zona de protección del condón.
PENETRATIVA ANAL	Pene sin condón				Gonorrea, Chlamydia, Sífilis, VPH Herpes, VIH, VHB, VHC	El contacto directo de lesiones o fluidos aumentan el riesgo de transmisión. La infección por VHC ha sido asociada a conductas sexuales de alto riesgo como sexo anal receptivo sin condón.
	Pene con condón		Gonorrea, Chlamydia, VIH, VHB	VPH, Herpes Sífilis		El riesgo está si las lesiones están fuera de la zona de protección del condón.
SEXO ORAL	Beso profundo con lengua	Chlamydia, VIH.	Sífilis Gonorrea, VPH.		Herpes	El virus herpes puede ser excretado, aunque ya no sean visibles las lesiones hasta por 3 semanas
	Boca en vagina	VIH (quien recibe)	VIH (quien da) Gonorrea, Chlamydia		VPH, Herpes Sífilis.	El uso de barreras puede reducir el riesgo de transmisión.
	Boca en ano	VIH	Gonorrea, Chlamydia		VPH, Herpes Sífilis, VHA	El uso de barreras puede reducir el riesgo de transmisión.
	Boca en el pene sin condón	VIH (quien recibe)	VIH (quien da)		Gonorrea, Chlamydia, Sífilis, Herpes, VPH.	
	Boca en el pene con condón	Gonorrea, Chlamydia, VIH.	Sífilis, Herpes, VPH.			
MASTURBACIÓN	Autoerotismo	Gonorrea, Chlamydia,				

<sup>1</sup> Tabla de elaboración propia, basada en información publicada por Openhouse. No existe evidencia científica suficiente que respalde los mecanismos de transmisión según prácticas sexuales específicas para la infección de virus hepatitis B y C. Aquellas prácticas conocidas y estudiadas, se incorporaron a la tabla.

<sup>2</sup> Basado en conocimiento teórico

		Sífilis, Herpes, VIH, VPH, VHB, VHC				
	Tocar pene o vulva de otro/a	Gonorrea, Chlamydia, VIH.	VPH, Herpes Sífilis.			
<b>INTRODUCCIÓN DIGITAL</b>	Dedos en ano o vagina	Gonorrea, Chlamydia, VIH.	VPH, Herpes Sífilis.			El uso de barreras (dediles) puede reducir el riesgo.
<b>FROTAMIENTO GENITAL</b>	Sin intercambio de fluidos	Gonorrea, Chlamydia, VIH.		VPH, Herpes Sífilis.		
	Con intercambio de fluidos		Gonorrea, Chlamydia, VIH.	VPH, Herpes Sífilis.		
<b>USO JUGUETES SEXUALES</b>	Sin uso de condón o sin limpieza (intercambio de fluidos)			Gonorrea, Chlamydia, Sífilis, Herpes, VIH, VPH.		La infección por VHC ha sido asociada a conductas sexuales de alto riesgo como uso de juguetes sexuales sin utilización de barreras (23).
	Con uso de condón o con limpieza (sin intercambio de fluidos)	Gonorrea, Chlamydia, Sífilis, Herpes, VIH, VPH.				
<b>INTRODUCCIÓN DE PUÑO POR ANO O VAGINA (fisting)</b>	Sin uso de guantes (barrera)				VHC	En caso de sangramiento el riesgo aumenta a altamente probable. La infección por VHC ha sido asociada a conductas sexuales de alto riesgo como fisting sin utilización de barreras.
	Con uso de guantes (barrera)					En caso de sangramiento el riesgo aumenta a altamente probable.

### III. ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE ITS

El control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) es una medida factible, que propicia una mejor salud sexual y reproductiva y que ayuda a prevenir la transmisión del VIH. Las epidemias más avanzadas de infección por VIH se han desarrollado en condiciones de bajo control de las ITS, sobre todo en los lugares donde abundan los casos de ITS ulcerativas. Varios países que han conseguido controlar las ITS han documentado la estabilización o incluso reversión de sus epidemias de VIH (24).

El diagnóstico y tratamiento de las ITS, forman parte de la estrategia de prevención combinada del VIH y se consideran dentro de las intervenciones biopsicosociales que mejora no solo la vida sexual y reproductiva de la población, sino que aumenta la calidad de vida de las comunidades en todos sus aspectos (6).

De allí la importancia del abordaje interdisciplinario, que permita realizar un proceso educativo desde las propias resistencias y negación del cambio comportamental, entiendo este como un proceso afectivo de base.

En Chile, en los últimos años se ha evidenciado un aumento de las ITS en los distintos grupos etarios, en parte atribuido probablemente a los cambios socio culturales observados en nuestra sociedad, lo que hace relevante generar una estrategia que no solo reúna las acciones que se han realizado en nuestro país hasta el momento y que han sido exitosas, sino también generar nuevas propuestas que se adapten al entorno de los tiempos actuales, para reducir el número de nuevos casos y las secuelas que estas infecciones pueden producir en la población. Para ello es imprescindible dejar de considerar a estas infecciones como un todo uniforme e iniciar el proceso de profundización, que considere las particularidades de cada patología, de las prácticas sexuales de riesgo para cada una, las distinciones de las poblaciones afectadas, y la forma de abordaje más adecuada.

### III.1 Objetivo General

Disminuir la morbimortalidad de las ITS a través de acciones destinadas a aumentar el conocimiento de las ITS de la población, favoreciendo el diagnóstico y tratamiento oportuno de las personas enfermas, a través de un trabajo sectorial e intersectorial coordinado, participativo y descentralizado.

### III.2 Objetivos específicos

1. Sensibilizar a la población sobre el ejercicio de una sexualidad segura favoreciendo la salud sexual.
2. Aumentar el conocimiento sobre las ITS en la población.
3. Promover prácticas de sexo seguro en la población expuesta al riesgo.
4. Favorecer el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de los casos de ITS para cortar la cadena de transmisión.
5. Promover y mejorar la cobertura de vacunación de las ITS (inmunoprofilaxis) en poblaciones seleccionadas con vacunas disponibles en el país.
6. Disponer de Sangre segura para evitar la transmisión sanguínea de ITS.

### III.3 Principios rectores

La Estrategia considera como principio básico el derecho a la vida, la decisión en conciencia libre e informada, la privacidad, la confidencialidad, el respeto por los valores, creencias y dignidad de las

personas; y se ejecutará considerando los enfoques transversales de derechos, de determinantes sociales, de género<sup>3</sup> y de interculturalidad.

### III.4 Líneas estratégicas

#### III.4.1 Línea estratégica 1: Educación y conocimiento de ITS

El objetivo de esta línea estratégica es aumentar el conocimiento de las ITS en la población. En esta línea pueden distinguirse acciones propias del sector salud, acciones que realiza el intersector y acciones realizadas por otras instancias de la sociedad.

##### a) Acciones del sector salud

El Ministerio de Salud y toda la Red de Salud Pública y Privada debe promover y/o realizar acciones destinadas a la transferencia de conocimientos en ITS hacia la población durante el curso de la vida. Las acciones pueden incluir actividades en los distintos niveles de intervención: individual, grupal o masivo, a través de distintos servicios disponibles y de distintas instancias programáticas como por ejemplo el Programa de salud de la mujer, del Adolescentes, del VIH y las ITS, y a través de la acción de distintos profesionales de la salud. (Ver tabla N° 12).

Tabla N°12: Acciones del sector salud según nivel de intervención.

Niveles de intervención	Acción	Especificaciones
Individual	Consejería para la prevención de VIH e ITS	Se brinda en establecimientos de atención de salud
	Consejería telefónica	Se brinda a través del Servicio Salud Responde <sup>4</sup> (600 360 7777) y Servicio Fonosida <sup>5</sup> (800 378 800)
Grupal	Educación grupal	Se brinda a través de charlas, talleres, cursos, foros, seminarios etc.
Masivo	Difusión de información básica de ITS	Se puede otorgar a través de la entrega de folletería, inserciones en redes sociales, página web, y otros de gran alcance poblacional.

<sup>3</sup> Género e inequidad de género: Muchas mujeres tienen escasa autonomía para tomar decisiones en el área de su salud sexual, incluyendo la prevención de las ITS. La escasa seguridad en sí mismas, el bajo nivel de autoestima, las menores oportunidades de desarrollo personal y la insuficiente información y conciencia de sus derechos, influyen y dificultan negociar el uso del preservativo con sus parejas masculinas. Los hombres en cambio son sujetos de su propia sexualidad, quienes la ejercen en plenitud. Por ello es necesario considerar y asumir la sexualidad como un componente fundamental en la identidad, bienestar y felicidad de hombres y mujeres.

<sup>4</sup> Servicio remoto de información, orientación, educación, apoyo y contención, en materias de salud, para todos los habitantes del país, a través de una atención oportuna, equitativa y de calidad; las 24 horas del día, todos los días del año.

<sup>5</sup> Servicio telefónico específico en materia de VIH e ITS

## **b) Acciones intersectoriales:**

Existen otros sectores del Estado distintos a salud, que tienen un rol fundamental en la transferencia de información sobre las ITS hacia su población objetivo.

Se espera que cada sector a través de sus distintos servicios y redes puedan elaborar sus propios planes y líneas de trabajo en colaboración con salud, destinadas a contribuir con la educación en torno a las ITS. Sin embargo, la pertenencia cultural y las características territoriales de cada sector, implica reconocer las características individuales que llevan a poner énfasis en la promoción y prevención de las ITS.

En este contexto, el Ministerio de Educación, tiene un rol central y relevante en la difusión e información a las nuevas generaciones sobre los riesgos de las ITS, contribuyendo directamente a aumentar el conocimiento en la población. Son acciones intersectoriales la disponibilidad de “Aulas de bienestar”, “Duplas Psicosociales” al interior de establecimientos educacionales y los Comités mixtos Salud –Educación.

## **c) Acciones de la Comunidad**

Una estrategia exitosa en varios lugares del mundo lo constituye el trabajo asociativo entre agentes de salud y la comunidad, a través de la formación de monitores entre pares y facilitadores, los que son capaces de trascender la institucionalidad sanitaria llegando a la población más expuesta o en mayor riesgo con información relevante, a través del uso de un lenguaje cotidiano, asertivo y pertinente a la realidad de las personas.

Para que las personas y sus organizaciones incursionen en los espacios de la prevención, deben estar sensibilizados con el ejercicio del autocuidado, esfuerzos que deben orientarse a lograr que las personas sean conscientes de sus derechos y deberes, con capacidad de iniciativa para resolver los problemas de su comunidad, facilitando espacios para la educación entre pares. Desde este contexto, es relevante la inclusión de los consejos de salud, como aliados en esta línea de abordaje de las ITS, dado la complejidad de su naturaleza que involucra la intimidad de las personas, su historia de vida, teniendo en cuenta que el comportamiento humano, es un tema complejo y dinámico. De allí la importancia de ejecutar distintas acciones que permitan actualizar saberes y sobre toda una mirada vinculante en la prevención.

### *III.4.2 Línea estratégica 2: Promoción de sexo seguro*

Esta línea estratégica tiene por objetivo promover prácticas de sexualidad sana y sexo seguro en la población. Es parte de esta línea el Programa de Acceso a Condones del Ministerio de Salud, que contempla la entrega de condones masculinos y femeninos a distintos grupos priorizados de la

población. En ningún caso se pretende cubrir la necesidad completa de la población en materia de condones, si promover la corresponsabilidad y el autocuidado que permitan la conciencia de hacerse cargo de su estado de salud. En esta línea también se encuentra la promoción del uso de lubricantes en base a gel.

La cantidad de condones que el Ministerio de Salud entrega depende de la actividad en la cual la población accede y de acuerdo al objetivo de la entrega en dicha actividad (Ver tabla 13). Esta cantidad es revisada y actualizada en documentos regulatorios específicos.

Tabla N°13: Entrega de condones por población según tipo de actividad.

Tipo de Población	Tipo de actividad	Objetivo	Condones a entregar	Frecuencia
Población general	Espacios públicos/ actividades masivas	Que se conozca el dispositivo	1	1 vez
	Grupal Comunitaria	Que se pruebe el dispositivo	3	1 vez
Población focalizada	Actividad entre pares: Trabajadoras/es sexuales	Contribuir al uso consistente del dispositivo	30	Mensual
Población focalizada	Actividad entre pares: hombres que tienen sexo con otros hombres	Contribuir al uso consistente del dispositivo	16	Mensual
Población focalizada	Actividad entre pares: Mujeres Trans	Contribuir al uso consistente del dispositivo	16	Mensual
Gestantes	Control Prenatal	Prevenir la transmisión materno-infantil	8	Mensual
Adolescentes y jóvenes	Consejerías para adolescentes y jóvenes	Que se pruebe o utilice el dispositivo	3	Por Consejería
Personas en edad fértil	Control Regulación Fertilidad	Contribuir al uso consistente del dispositivo	20	Mensual.
Personas en edad fértil	Control Regulación Fertilidad – Doble Protección	Contribuir al uso consistente del dispositivo	20	Mensual
Personas expuestas al riesgo	Consulta de Salud Sexual	Contribuir al uso consistente del dispositivo	20	Mensual
Trabajadoras/es sexuales	Control de trabajadoras/es sexuales	Contribuir al uso consistente del dispositivo	32	Mensual
Consultante de ITS	Consulta morbilidad ITS	Cortar la cadena de transmisión	16	Mensual
Persona con VIH	Control de VIH/SIDA	Cortar la cadena de transmisión	16	Mensual

En esta línea también se encuentran las consejerías que promueven el uso de condón, disponible en la red asistencial pública.

#### *III.4.3 Línea estratégica 3: Diagnóstico y tratamiento de ITS*

Esta línea estratégica tiene por objetivo favorecer el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de los casos para cortar la cadena de transmisión. Por tanto, son parte de esta línea las acciones destinadas, por una parte, a disponer de regulaciones para favorecer el adecuado diagnóstico y tratamiento de estas infecciones, y por otra las acciones destinadas a favorecer la consulta precoz y la adherencia a las terapias indicadas en distintos ámbitos de acción:

- a) **Regulación y rectoría:** En este ámbito de acción se instalan las Leyes, Reglamentos, Normas, Circulares, Directrices, Orientaciones Técnicas y Protocolos, en materia de ITS.
- b) **Promoción:** en este ámbito se encuentran las acciones destinadas a favorecer:
  - ✓ El autocuidado, el ingreso y la adherencia a los controles clínicos de las personas que ejercen el trabajo sexual. Se realiza a través del trabajo grupal comunitario, el trabajo cara a cara con personas en ejercicio callejero y en locales establecidos, así como a través de la distribución de material educativo específico.
  - ✓ El control clínico de las personas expuestas al riesgo.
- c) **Asistencial:** En este ámbito se encuentran las acciones destinadas a favorecer el acceso al diagnóstico y tratamiento. En esta línea se encuentran las siguientes acciones:
  - ✓ **Tamizaje poblacional:** refiere a las acciones destinadas a facilitar el acceso de las personas al diagnóstico de patologías silentes o asintomáticas.
  - ✓ **Búsqueda y tratamiento de contactos sexuales.**
  - ✓ **Protocolo de profilaxis a víctimas de violencia sexual:** siendo una acción que se realiza en el contexto asistencial de una atención clínica, es eminentemente una estrategia preventiva

#### *III.4.4 Línea estratégica 4: Prevención de la Transmisión vertical de las ITS*

Esta línea tiene por objetivo evitar los daños y secuelas en los niños expuestos a las ITS durante su gestación y nacimiento.

Son parte de esta línea:

- a) Consejería para la prevención en gestantes.
- b) Aplicación de protocolos específicos:
  - ✓ **Aplicación de Protocolo de Prevención de la transmisión materno infantil de la sífilis**
  - ✓ **Aplicación de Protocolo para la profilaxis ocular del Gonococo**

- c) Trabajo de los Comités Regionales de Eliminación de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis

#### *III.4.5 Línea estratégica 5: Inmunoprofilaxis para ITS*

Esta línea tiene por objetivo promover y mejorar la cobertura de vacunación de las ITS con vacunas disponibles.

#### **Hepatitis B**

En Chile el Calendario de Vacunación incorporó la vacuna contra la Hepatitis B en el año 2006 a los 2, 4, 6 y 18 meses de edad. En abril del año 2019 se incorporó para todos los recién nacidos dentro de las primeras 24 horas de nacimiento.

El Decreto de Vacunación Obligatoria Contra Enfermedad Inmunoprevenible Decreto Exento N° 06 del año 2010 y sus modificaciones posteriores, señalan los siguientes grupos a vacunar contra la hepatitis B:

- Personal del área de salud, que desarrolle labores de atención directa a personas, que los expone a contacto con sangre o fluidos de alto riesgo y aquellos que ante una emergencia pueda desarrollar esta función, de los establecimientos de salud de los Servicios de Salud, experimentales y de la atención primaria de Salud Municipal.
- Personas con diagnóstico de insuficiencia renal crónica (IRC) y personas sometidas a hemodiálisis y diálisis peritoneal.
- Personas con infección por virus hepatitis C.
- Personas con diagnóstico de hemofilia.
- Trabajadores/as sexuales.
- Personas víctimas de violencia sexual.
- Contactos de riesgo de personas confirmadas y AgsHB (-).
- Pacientes adolescentes y adultos con infección por VIH(25).
- Usuarios de PrEP con estudio negativo para infección por VHB.

#### **VPH**

El Programa Nacional de Inmunizaciones implementó a partir del año 2014 a través del Decreto N°1201 del año 2013 la vacunación contra Virus Papiloma Humano (VPH). La estrategia se inició con una primera dosis a las niñas de 4° año básico (9 años), dado que la respuesta inmune y la efectividad de la vacuna es mayor cuando se administra antes del comienzo de la actividad sexual. Se adoptó como esquema de vacunación dos dosis separadas por 12 meses, correspondiendo la segunda dosis al cursar 5° año básico (10 años).

El año 2015 se ejecutó una campaña de puesta al día y se vacunó con una primera dosis a las niñas que cursaban 6° (11 años) y 7° año básico (12 años), finalizando la estrategia el año 2016 con la administración de la segunda dosis en 7° y 8° año básico, cumpliendo el objetivo de proteger a todas las niñas que egresen de educación básica contra el VPH). El año 2019 se incorporó a los niños, a través del Decreto N° 31, quienes reciben la primera dosis en 4° básico y completarán esquema con una segunda dosis, transcurridos 12 meses desde la primera dosis administrada, es decir en 5° básico en el año 2020.

Para usuarios PrEP, a partir de los 18 años, está disponible la vacuna contra el VPH en establecimientos públicos, esta estrategia está siendo implementada en forma gradual en el país (25).

Para lo anterior, se requiere que se desarrollen acciones que permitan a las personas disponer de información científica relacionada con las vacunas para ITS y difundir información de las estrategias y vacunas disponibles a través del Programa Nacional de Inmunizaciones.

Las acciones en este ámbito pueden ser a nivel individual, grupal o masivo.

#### *III.4.6 Línea estratégica 6: Sangre Segura*

Esta línea tiene por objetivo evitar la transmisión sanguínea de las ITS a través de la producción y uso de sangre segura. En esta línea están todas las acciones destinadas al tamizaje de la sangre donada, derivación y atención de donantes y pesquisa de factores de riesgo en las personas que donan sangre y donación de órganos.

## IV. IMPLEMENTACIÓN

### IV.1 Roles y Funciones del sector salud en la ejecución de la Estrategia

En cada nivel de responsabilidad debe existir un “referente de ITS”, que realice el seguimiento a la Estrategia en lo que al nivel corresponde.

#### *IV.1.1 Ministerio de Salud*

El Ministerio de Salud a través de sus distintas subsecretarías tiene la responsabilidad no solo de la formulación, ejecución y evaluación de esta estrategia, sino de la política pública completa en ITS, incluida la vigilancia de casos.

En relación a esta Estrategia corresponde:

**Subsecretaría de Salud Pública:** Esta instancia es responsable de la regulación y rectoría para la prevención y el control de las ITS, la supervisión y monitoreo de las líneas estratégicas, el análisis de indicadores y evaluación de los resultados de impacto.

**Subsecretaría de Redes Asistenciales:** En esta instancia radica la definición de modelos de atención, así como la decisión de estructurar macro redes y procesos de derivación, si alguna prestación asociada a las ITS lo amerita, como por ejemplo, el acceso a algunas técnicas diagnósticas o a especialistas. En esta instancia corresponde por tanto, el análisis, ajuste y validación de los requerimientos locales, de acuerdo a las definiciones de la estructura de la red para la atención de ITS del territorio.

#### *IV.1.2 Seremis de Salud*

Son responsables de asegurar la ejecución de las líneas estratégicas N°1 (Educación y conocimiento de ITS), N°2 (Promoción de sexo seguro), N°4 (Prevención de la Transmisión vertical de las ITS) y N°5 (Inmunoprofilaxis para ITS). Ello, a través de las acciones que se desarrollan tanto fuera como dentro de los establecimientos de salud.

Además de la supervisión y monitoreo del cumplimiento de la regulación vigente en los establecimientos de atención del territorio tanto públicos como privados.

#### *IV.1.3 Servicios de Salud*

Son responsables de ejecutar las seis líneas estratégicas en relación a la implementación de éstas y organización de la red asistencial para ello. También de la coordinación de establecimientos, gestión de recursos y requerimientos locales, de acuerdo a las definiciones de la estructura de la red para la atención de ITS del territorio. Además, debe monitorear y evaluar su desempeño en red a través del seguimiento de indicadores de proceso e impacto local.

#### *IV.1.4 Establecimientos de Salud*

Son responsables de ejecutar las seis líneas estratégicas en lo que corresponde a la atención directa de usuarios/as.

### **IV.2 Organización y puesta en marcha**

Si bien las políticas de prevención se vienen implementando hace años en el país, es necesario volver a mirar las necesidades de la población a través del análisis de situación territorial.

Para ello cobran importancia, los datos estadísticos y epidemiológicos locales, los datos socio comportamentales propios, disponibles tanto en estudios locales como nacionales, la conformación de la red asistencial, la participación de la comunidad y la distribución y forma del trabajo sexual en la región.

Distinguir las particularidades, puede permitir dirigir los esfuerzos focalizando las acciones en los sectores claves que permitan avanzar hacia la prevención efectiva de nuevas transmisiones. Por ejemplo, las iniciativas de prevención dirigidas a comunidades de jóvenes rurales puede ser diferente de las orientadas a mujeres trabajadoras del sector turismo. El objetivo aun siendo el mismo, puede variar radicalmente en la forma y modo de ejecutarse.

En este contexto es un desafío para el país, avanzar en la incorporación de canales comunicacionales actualizados y renovados, que permitan el intercambio fluido entre el sector salud y usuarios/as. La

utilización de las TICS permitiría mejorar el acceso, la cantidad y calidad de la información y facilitar la cercanía de la comunidad con el sector salud.

Entre las acciones que se podrían implementar en cada línea estratégica están la creación de sitios web, aplicaciones móviles (app), chat interactivos, entre otros.

Se espera que cada territorio del país, pueda avanzar hacia el despliegue de acciones específicas para la prevención de las otras ITS además del VIH, en cada una de las líneas estratégicas.

## V. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Una forma de medir el impacto en la salud pública de esta estrategia, es a través del seguimiento de ciertos indicadores seleccionados a nivel nacional. Localmente pueden ser seguidos indicadores particulares que sirvan de monitoreo de la situación específica de un territorio.

### IV.1 Indicadores de seguimiento de la estrategia

#### IV.1.1 Indicadores de Impacto

##### ➤ Tasa global de Sífilis

Numerador	Denominador	Factor	Línea base	Meta 2030	Fuente de Información
N° de casos notificados con sífilis	población del país	100.000 habitantes	Tasa 2018	Reducción del 90% incidencia de sífilis	Notificaciones Epidemiológicas

##### ➤ Tasa global de Gonorrea

Numerador	Denominador	Factor	Línea base	Meta 2030	Fuente de Información
N° de casos notificados con gonorrea	población del país	100.000 habitantes	Tasa 2018	Reducción del 90% incidencia de gonorrea	Notificaciones Epidemiológicas

##### ➤ Tasa de sífilis congénita

Numerador	Denominador	Factor	Línea base	Meta 2030	Fuente de Información
N° de casos notificados con sífilis congénita + mortinatos mayores de 20 semanas hijos de mujer con sífilis	Nacidos vivos del país	1.000 NV	-	0,5 por 1000 NV	Notificaciones Epidemiológicas + registro de muertes fetales

#### IV.1.2 Indicadores de Proceso por Línea Estratégica

### Línea estratégica 1: Educación y conocimiento de ITS

Tasa de consejería individual en Prevención de VIH e ITS y Salud Sexual y reproductiva en adolescentes de 15 a 19 años bajo control

Numerador	Denominador	Factor	Desagregación	Meta 2030	Responsabilidad	Fuente de Información
Número de consejerías individuales realizadas a adolescentes de 15 a 19 años en control.	Número de adolescentes de 15-19 años bajo control.	X100	Según sexo, edad, región, servicio de salud.	50%	Establecimiento de salud	REM A 19 REM P 9

N° de Seremis que desarrollan actividades para la prevención de ITS junto con el intersector

Numerador	Denominador	Factor	Desagregación	Meta 2030	Responsabilidad	Fuente de Información
N° de Seremis que desarrollan actividades para la prevención de ITS junto con el intersector	N° de Seremis	X100	región	100%	Seremi de Salud	Informe de evaluación del trabajo regional

N° de personas alcanzadas en actividades grupales para la prevención de ITS

Numerador	Denominador	Factor	Desagregación	Meta 2030	Responsabilidad	Fuente de Información
N° de personas alcanzadas en actividades grupales para la prevención de ITS	N° de personas esperadas en actividades grupales para la prevención de ITS	X100	Según sexo, edad, factor de vulnerabilidad/ riesgo (ejemplo trabajadoras/es sexuales, HSH, migrantes, etc.) o población general	90%	Seremi de Salud	Informe de evaluación del trabajo regional

### Línea estratégica 2: Promoción de sexo seguro

N° de adolescentes de 15 a 19 años que reciben condones en actividades preventivas

Numerador	Denominador	Factor	Desagregación	Meta 2030	Responsabilidad	Fuente de Información
N° adolescentes de 15 a 19 años que reciben condones en actividades preventivas	N° adolescentes de 15 a 19 años que participan de actividades preventivas	X100	sexo, edad	85%	Seremi de Salud Servicio de Salud	Informe de evaluación del trabajo regional REM a 19

#### N° de condones distribuidos en población clave

Numerador	Denominador	Factor	Desagregación	Meta 2030	Responsabilidad	Fuente de Información
N° condones distribuidos en población clave	N° de personas pertenecientes a población clave que participan de actividades preventivas	X100	sexo, edad	85%	Seremi de Salud Servicio de Salud	Informe de evaluación del trabajo regional Reporte entrega de condones

### Línea estratégica 3: Diagnóstico y tratamiento de ITS

#### Tasa de incremento del bajo control activo de trabajadoras/es sexuales, censo junio

Numerador	Denominador	Factor	Desagregación	Meta 2030	Responsabilidad	Fuente de Información
N° de personas trabajadoras(es) sexuales en control según censo junio de este año menos el N° de personas trabajadoras(es) sexuales en control según censo junio año anterior	N° de personas trabajadoras(es) sexuales en control según censo junio año anterior	X100	Sexo y edad	50%	Servicio de Salud Establecimientos de salud	REM P 11

#### Tasa de tamizaje de sífilis en personas que acceden al examen de medicina preventiva

Numerador	Denominador	Factor	Desagregación	Meta 2030	Responsabilidad	Fuente de Información
N° de personas testeadas para sífilis que se realizaron el examen de medicina preventiva	N° personas que se realizaron el examen de medicina preventiva	X100	Sexo y edad	40%	Servicio de Salud Establecimientos de salud	REM A 11 REM A 02

#### Tasa de administración de profilaxis de ITS en personas víctimas de violencia sexual atendida en urgencia hospitalaria

Numerador	Denominador	Factor	Desagregación	Meta 2030	Responsabilidad	Fuente de Información
N° de personas atendidas en urgencia hospitalaria por violencia sexual a las que se les administra profilaxis de ITS	N° personas atendidas en urgencia hospitalaria por violencia sexual	X100	Sexo y edad	95%	Servicio de Salud Establecimientos de salud	REM A08

## Línea estratégica 4: Prevención de la transmisión vertical de las ITS

### Tasa de tratamiento inicial de la sífilis en gestantes

Numerador	Denominador	Factor	Desagregación	Meta 2030	Responsabilidad	Fuente de Información
N° de gestantes con serología no treponémica reactiva (VDRL o RPR) tratadas para sífilis con al menos 1 dosis de penicilina benzatina administrada en el período de reporte	N° de gestantes con serología no treponémica reactiva para sífilis (VDRL o RPR) en el período de reporte	X100	edad	98%	Servicio de Salud Establecimientos de salud	Reporte trimestral indicadores de PTV

### Porcentaje de mortinatos atribuidos a sífilis

Numerador	Denominador	Factor	Desagregación	Meta 2030	Responsabilidad	Fuente de Información
N° de mortinatos de mujeres con serología no treponémica reactiva al parto en el período de reporte	N° total de mortinatos en el período de reporte	X100	edad	98%	Servicio de Salud Establecimientos de salud	Reporte trimestral indicadores de PTV

### Tasa de tratamiento de parejas de gestantes con sífilis

Numerador	Denominador	Factor	Desagregación	Meta 2030	Responsabilidad	Fuente de Información
N° de embarazadas diagnosticadas con sífilis con todas las parejas declaradas tratadas de acuerdo a normativa en el periodo de reporte.	N° de embarazadas diagnosticadas con sífilis en el periodo de reporte.	X100	edad	95%	Servicio de Salud Establecimientos de salud	Reporte trimestral indicadores de PTV

### Tasa de profilaxis de oftalmia gonocócica en el recién nacido

Numerador	Denominador	Factor	Desagregación	Meta 2030	Responsabilidad	Fuente de Información
N° de recién nacidos vivos que recibieron profilaxis ocular de gonorrea al nacer en el período de reporte	N° de recién nacidos vivos en el período de reporte	X100	ninguno	100%	Servicio de Salud Establecimientos de salud	Reporte trimestral indicadores de PTV

## Línea estratégica 5: Inmunoprofilaxis para ITS

### Cobertura de vacunación completa para VPH

Numerador	Denominador	Factor	Desagregación	Meta 2030	Responsabilidad
N° de niñas y niños que completan esquema de vacunación contra el VPH en el año determinado	N° de niñas y niños que reciben primera dosis de vacunación para VPH en el año anterior al reporte	X100	Sexo y edad	100%	Servicio de Salud Establecimientos de salud

## Línea estratégica 6: Sangre segura

### Cobertura de tamizaje de sífilis a sangre donada

Numerador	Denominador	Factor	Desagregación	Meta 2030	Responsabilidad
N° de donaciones de sangre con tamizaje de sífilis	N° de donaciones de sangre	X100	Sexo y edad del donante	100%	Servicio de Salud Centros de Sangre que realiza tamizaje

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Chile. Norma de profilaxis, diagnóstico y tratamiento de las Infecciones de transmisión Sexual (ITS) 2016. 2016.
2. Conferencias mundiales sobre la mujer [Internet]. ONU Mujeres. [citado 10 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>
3. Beijing full report S.pdf [Internet]. [citado 10 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
4. Gobierno de Chile. Informe de Diagnóstico e Implementación de la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible en Chile [Internet]. [citado 12 de diciembre de 2018] p. 105. Disponible en: [http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/upload/Informe\\_ODS\\_Chile\\_ante\\_NU\\_Septiembre2017.pdf](http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/upload/Informe_ODS_Chile_ante_NU_Septiembre2017.pdf)
5. Naciones Unidas. Declaración Política sobre el VIH y el SIDA: en la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030 [Internet]. 2016 [citado 12 de diciembre de 2018]. Disponible en: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS\\_es.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_es.pdf)
6. WHO. Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016–2021 [Internet]. 2017. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250253/1/WHO-RHR-16.09-spa.pdf>
7. Vall Mayans M. Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006-2015. Piel. mayo de 2005;20(5):205-7.
8. ONUSIDA. Plan de Acción acelerada para la prevención combinada [Internet]. 2015. Disponible en: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2766\\_Fast-tracking\\_combination\\_prevention\\_es.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2766_Fast-tracking_combination_prevention_es.pdf)
9. ONUSIDA Latina. Llamado a la Acción Segundo Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención: “Mejorar la prevención combinada del VIH para fortalecer el continuo de la prevención y la atención” [Internet]. 2015. Disponible en: [http://onusidalac.org/1/images/2016/febrero/Llamado\\_a\\_la\\_accion\\_Sp.pdf](http://onusidalac.org/1/images/2016/febrero/Llamado_a_la_accion_Sp.pdf)
10. MINISTERIO DE SALUD. DFL-725 Código Sanitario [Internet]. 1968 [citado 11 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5595>
11. Ministerio de Salud. Decreto N°3 Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud [Internet]. 2016. Disponible en: [http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-13722\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-13722_recurso_1.pdf)
12. PÚBLICA MDS SUBSECRETARÍA DE SALUD. DTO-7 24-ENE-2020 MINISTERIO DE SALUD, SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA [Internet]. Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional. 2020 [citado 10 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1141549>
13. Aral SO, Ward H. Behavioral Convergence: Implications for Mathematical Models of Sexually Transmitted Infection Transmission. J Infect Dis. 1 de diciembre de 2014;210(Suppl 2):S600-4.

14. Díaz-Sarmiento C, López-Lambraño M, Roncallo-Lafont L. Entendiendo las generaciones: una revisión del concepto, clasificación y características distintivas de los Baby Boomers, X Y Millennials. Clío América [Internet]. 1 de julio de 2017 [citado 24 de septiembre de 2019];11(22). Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/clioamerica/article/view/2440>
15. Díaz-Sarmiento C, López-Lambraño M, Roncallo-Lafont L. Entendiendo las generaciones: una revisión del concepto, clasificación y características distintivas de los Baby Boomers, X Y Millennials. Clío América [Internet]. 1 de julio de 2017 [citado 14 de octubre de 2019];11(22). Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/clioamerica/article/view/2440>
16. Guénaëlle Gault. Marcas: qué estrategia adoptar en con respecto a los Millenials? Kantar TNS Sofres. febrero de 2016;Edición Especial(N°6):5.
17. CADEM. CADEM Estudio-El-Chile-que-Viene\_Redres-Sociales.pdf [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.cadem.cl/encuestas/el-chile-que-viene-uso-de-las-redes-sociales/>
18. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna. abril de 2011;33(1):7-11.
19. Williamson DA, Chen MY. Emerging and Reemerging Sexually Transmitted Infections. N Engl J Med. 20 de mayo de 2020;382(21):2023-32.
20. Ministerio de Salud de Chile. GUÍA CLÍNICA MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN CRÓNICA POR VIRUS DE LA HEPATITIS B (VHB) [Internet]. MINSAL; 2013. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/GUIA-CLINICA-HEPATITIS-B\\_web.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/GUIA-CLINICA-HEPATITIS-B_web.pdf)
21. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica AUGÉ MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN CRÓNICA POR VIRUS DE LA HEPATITIS C (VHC) [Internet]. MINSAL; 2015. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/04/GUIA-VHC.-2015-Editada.pdf>
22. Benova L, Mohamoud YA, Calvert C, Abu-Raddad LJ. Vertical transmission of hepatitis C virus: systematic review and meta-analysis. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 15 de septiembre de 2014;59(6):765-73.
23. Nijmeijer BM, Koopsen J, Schinkel J, Prins M, Geijtenbeek TB. Sexually transmitted hepatitis C virus infections: current trends, and recent advances in understanding the spread in men who have sex with men. J Int AIDS Soc. 2019;22(S6):e25348.
24. Steen R, Wi TE, Kamali A, Ndowa F. Control of sexually transmitted infections and prevention of HIV transmission: mending a fractured paradigm. Bull World Health Organ. noviembre de 2009;87(11):858-65.
25. Ministerio de Salud de Chile. Recomendaciones-para-la-vacunación-de-pacientes-con-necesidades-especiales.pdf [Internet]. Santiago de Chile; Disponible en: <https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/02/Recomendaciones-para-la-vacunaci%C3%B3n-de-pacientes-con-necesidades-especiales.pdf>

## LECTURAS RECOMENDADAS

1. Código Sanitario Párrafo II del Título II del Libro I, de las Enfermedades Venéreas. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5595&idParte=0>
2. Reglamento de ITS, N° 206. Disponible en <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=260650#sanitario0>
3. Norma de profilaxis, diagnóstico y tratamiento de las Infecciones de transmisión Sexual (ITS) 2016. 2016. Ministerio de Salud. Chile. Disponible en <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/909>
4. Circular N°1 “Tamizaje sífilis en donantes”. Ministerio de Salud. 2015. Disponible en [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2016/02/Circular-N%C2%BA-1-02-02-2015-Tamizaje-de-S%C3%ADfilis-en-Servicios-de-Sangre-.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/Circular-N%C2%BA-1-02-02-2015-Tamizaje-de-S%C3%ADfilis-en-Servicios-de-Sangre-.pdf)
5. Circular N°13 “Regula el uso de técnicas de laboratorio para el apoyo al diagnóstico y seguimiento de Sífilis en usuarios (no donantes) y establece criterios de organización y registros” . Ministerio de Salud. 2015. Disponible en [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2015/12/CIRCULAR-N%C2%BA13-Regula-el-Uso-de-T%C3%A9cnicas-de-Lab-para-el-apoyo-y-el-diag-y-seguim-de-S%C3%ADfilis-.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/12/CIRCULAR-N%C2%BA13-Regula-el-Uso-de-T%C3%A9cnicas-de-Lab-para-el-apoyo-y-el-diag-y-seguim-de-S%C3%ADfilis-.pdf)
6. Circular N°34 “Instruye la atención de personas trans y fortalecimiento d la estrategia de hospital amigo”. Ministerio de Salud. 2012. Disponible en [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2015/01/CIRCULAR-34-Atenci%C3%B3n-de-personas-trans.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/01/CIRCULAR-34-Atenci%C3%B3n-de-personas-trans.pdf)
7. Circular N°21 “Reitera atención de personas trans”. Ministerio de Salud. 2012. Disponible en [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2015/01/CIRCULAR-21-Reitera-Atenci%C3%B3n-de-personas-trans.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/01/CIRCULAR-21-Reitera-Atenci%C3%B3n-de-personas-trans.pdf)
8. Estrategia Nacional d Eliminación de la Transmisión Vertical del VIH y la sífilis. Ministerio de Salud.2011. Disponible en [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2015/01/ESTRATEGIA-DE-ELIMINACION-DE-LA-TRANSMISION-VERTICAL-DEL-VIH-Y-SIFILIS-EN-CHILE-final-oct-2012.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/01/ESTRATEGIA-DE-ELIMINACION-DE-LA-TRANSMISION-VERTICAL-DEL-VIH-Y-SIFILIS-EN-CHILE-final-oct-2012.pdf)
9. Modelo para el abordaje educativo de la Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual en el Ámbito Clínico. Ministerio de Salud.2009. Disponible en [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2015/01/Modelo-educativo-para-el-abordaje-de-las-ITS.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/01/Modelo-educativo-para-el-abordaje-de-las-ITS.pdf)
10. Módulos de capacitación para el manejo sindrómico de la ITS. OMS. 2007. Disponibles en <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241593407/es/https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241593407/es/>
11. Investigación de monitoreo y valoración de la política pública de prevención y atención integral del VIH y sida en población de mujeres ejercen el comercio sexual: Observatorio de Políticas Públicas en VIH y SIDA y Derechos Humanos. 2012. Disponible en [http://www.fundacionsavia.cl/media/uploads/docs/INVESTIGACION\\_-COMERCIO\\_SEXUAL\\_-2012.pdf](http://www.fundacionsavia.cl/media/uploads/docs/INVESTIGACION_-COMERCIO_SEXUAL_-2012.pdf)
12. Relaciones sexuales anales. Conceptos y recomendaciones para equipos de salud. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. 2016. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000111cnt-2016-09\\_cuadernillo-anal.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000111cnt-2016-09_cuadernillo-anal.pdf)

13. Prevención del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual. Guía para promotores de salud. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. 2016. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000934cnt-2017-01-27\\_prevencion-vih\\_guia-promotores-salud-2016.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000934cnt-2017-01-27_prevencion-vih_guia-promotores-salud-2016.pdf)
14. CDC. Índice - Pautas de tratamiento de enfermedades de transmisión sexual 2015 [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/toc.htm>