

REPÚBLICA DE CHILE



DIARIO DE SESIONES DEL SENADO

PUBLICACIÓN OFICIAL

LEGISLATURA 343^a, EXTRAORDINARIA

Sesión 37^a, en martes 17 de abril de 2001

Ordinaria

(De 16:19 a 19:29)

*PRESIDENCIA DE LOS SEÑORES ANDRÉS ZALDÍVAR, PRESIDENTE,
Y MARIO RÍOS, VICEPRESIDENTE*

*SECRETARIOS, LOS SEÑORES CARLOS HOFFMANN CONTRERAS, TITULAR,
Y SERGIO SEPÚLVEDA GUMUCIO, SUBROGANTE*

ÍNDICE

Versión Taquigráfica

	<u>Pág.</u>
I. ASISTENCIA.....	
II. APERTURA DE LA SESIÓN.....	
III. TRAMITACIÓN DE ACTAS.....	
IV. CUENTA.....	
Acuerdos de Comités.....	
Recibimiento a Parlamentarios de Nueva Zelandia.....	

V. ORDEN DEL DÍA:

Proyecto de ley, en trámite de Comisión Mixta, recaído en el proyecto que proroga la vigencia de la ley N° 19.583, que regulariza la construcción de bienes raíces urbanos sin recepción definitiva (2676-14) (se aprueba su informe).....

Proyecto de ley, en segundo trámite, que sustituye denominación de comuna de Navarino por la de Cabo de Hornos y establece agrupación de comunas (2621-06) (se aprueba en general y particular).....

Diagnóstico sobre discapacidad en Chile. Informe de Comisión de Salud (se aprueba).....

VI. INCIDENTES:

Peticiones de oficios (se anuncia su envío).....

*A n e x o s***DOCUMENTOS**

- 1.- Proyecto de acuerdo, en segundo trámite, que aprueba el Convenio entre Chile y Perú para la promoción y protección recíproca de inversiones (2639-10).....
- 2.- Proyecto de ley, en tercer trámite, sobre discapacitados mentales (2192-11).....
- 3.- Informe de la Comisión de Salud recaído en el proyecto relativo a sistemas de prevención de infección causada por virus de inmunodeficiencia humana (2020-11)....
- 4.- Informe de la Comisión Mixta recaído en el proyecto que proroga la vigencia de la ley N° 19.583, que regulariza la construcción de bienes raíces urbanos sin recepción definitiva (2676-14).....

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

I. ASISTENCIA

Asistieron los señores:

--Aburto Ochoa, Marcos
--Bitar Chacra, Sergio
--Boeninger Kausel, Edgardo
--Bombal Otaegui, Carlos
--Canessa Robert, Julio
--Cantero Ojeda, Carlos
--Cariola Barroilhet, Marco
--Cordero Rusque, Fernando
--Chadwick Piñera, Andrés
--Díez Urzúa, Sergio
--Fernández Fernández, Sergio
--Foxley Rioseco, Alejandro
--Frei Ruiz-Tagle, Carmen
--Frei Ruiz-Tagle, Eduardo
--Gazmuri Mujica, Jaime
--Hamilton Depassier, Juan
--Horvath Kiss, Antonio
--Lagos Cosgrove, Julio
--Larraín Fernández, Hernán
--Martínez Busch, Jorge
--Matta Aragay, Manuel Antonio
--Matthei Fornet, Evelyn
--Moreno Rojas, Rafael
--Muñoz Barra, Roberto
--Novoa Vásquez, Jovino
--Núñez Muñoz, Ricardo
--Ominami Pascual, Carlos
--Páez Verdugo, Sergio
--Parra Muñoz, Augusto
--Pérez Walker, Ignacio
--Pizarro Soto, Jorge
--Prat Alemparte, Francisco
--Ríos Santander, Mario
--Romero Pizarro, Sergio
--Ruiz De Giorgio, José
--Ruiz-Esquide Jara, Mariano
--Sabag Castillo, Hosain
--Silva Cimma, Enrique
--Stange Oelckers, Rodolfo
--Urenda Zegers, Beltrán
--Valdés Subercaseaux, Gabriel
--Vega Hidalgo, Ramón
--Viera-Gallo Quesney, José Antonio
--Zaldívar Larraín, Adolfo
--Zaldívar Larraín, Andrés
--Zurita Camps, Enrique

Actuó de Secretario el señor Carlos Hoffmann Contreras, y de Prosecretario, el señor Sergio Sepúlveda Gumucio.

II. APERTURA DE LA SESIÓN

--Se abrió la sesión a las 16:19, en presencia de 23 señores Senadores.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En el nombre de Dios, se abre la sesión.

III. TRAMITACIÓN DE ACTAS

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- El acta de la sesión 35ª, ordinaria, en 10 de abril del año en curso, se encuentra en Secretaría a disposición de los señores Senadores, hasta la sesión próxima, para su aprobación.

IV. CUENTA

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Se va a dar cuenta de los asuntos que han llegado a Secretaría.

El señor SEPÚLVEDA (Prosecretario).- Las siguientes son las comunicaciones recibidas:

Mensajes

Dos de Su Excelencia el Vicepresidente de la República:

Con el primero retira la urgencia, y la hace presente nuevamente en el carácter de “discusión inmediata”, al proyecto que establece un seguro de desempleo (Boletín N° 2.494-13).

Con el segundo retira la urgencia, y la hace presente nuevamente en el carácter de “suma”, al proyecto que establece normas legales para combatir la evasión tributaria. (Boletín N° 2.572-05).

--Quedan retiradas las urgencias, se tienen presentes las nuevas calificaciones y se manda agregar los documentos a sus antecedentes.

Oficios

De Su Excelencia el Presidente de la República, con el que comunica que se ausentará del territorio nacional entre los días 15 y 24 del mes en curso, ambos inclusive, a fin de realizar una visita de trabajo a los Estados Unidos de América; otra a la República de Francia; participar en la 3ª Cumbre de las Américas en la ciudad de Quebec, Canadá, y efectuar una visita oficial a la República Dominicana. Agrega que lo subrogará, con el título de Vicepresidente de la República, el Ministro del Interior señor José Miguel Insulza Salinas.

--Se toma conocimiento.

Cinco de la Honorable Cámara de Diputados:

Con el primero comunica que ha dado su aprobación al proyecto de acuerdo que aprueba el Convenio entre las Repúblicas de Chile y de Perú para la promoción y protección recíproca de las inversiones, y su protocolo, suscritos en

Lima, Perú, el 2 de febrero de 2000. (Boletín N° 2.639-10).**(Véase en los Anexos, documento 1).**

--Pasa a la Comisión de Relaciones Exteriores.

Con el segundo comunica que ha dado su aprobación, en los mismos términos en que lo hizo el Senado, al proyecto de acuerdo referente a la aprobación de la Convención Interamericana sobre Conflicto de Leyes en Materia de Adopción de Menores, suscrita en La Paz, el 24 de mayo de 1984, en la Tercera Conferencia Especializada de Derecho Internacional Privado. (Boletín N° 1.571-10).

--Se manda comunicar a Su Excelencia el Presidente de la República.

Con el tercero informa que ha dado su aprobación al proyecto sobre discapacitados mentales, con las enmiendas que indica. (Boletín N° 2.192-11).

(Véase en los Anexos, documento 2).

--Queda para tabla.

Con el cuarto hace saber que ha dado su aprobación al informe de la Comisión Mixta constituida para resolver las divergencias suscitadas durante la tramitación del proyecto que prorroga la vigencia de la ley N° 19.583, que regulariza

la construcción de bienes raíces urbanos sin recepción definitiva, con urgencia calificada de “discusión inmediata”. (Boletín N° 2.676-14).

--Queda para tabla.

Con el último da a conocer su aprobación al informe de la Comisión Mixta constituida para resolver las divergencias suscitadas durante la tramitación del proyecto que deroga la pena de muerte. (Boletín N° 2.367-07).

--Se manda comunicar a Su Excelencia el Presidente de la República.

Dos del señor Subsecretario de Economía, Fomento y Reconstrucción:

Con el primero contesta un oficio enviado en nombre del Senador señor Horvath, relativo al sector pesquero artesanal.

Con el segundo responde un oficio enviado en nombre del Senador señor Fernández, referido a la situación laboral en la Región de Magallanes y Antártida Chilena.

De la señora Secretaria Ejecutiva de la Comisión Nacional de Energía, con el que contesta un oficio enviado en nombre del Senador señor Horvath, acerca de las turbinas adicionales de la Central Termoeléctrica de Nehuenco.

--Quedan a disposición de los señores Senadores.

Informes

De la Comisión de Salud recaído en el proyecto, en segundo trámite constitucional, relativo a sistemas de prevención de la infección causada por el virus de inmunodeficiencia humana. (Boletín N° 2.020-11). **(Véase en los Anexos, documento 3).**

Tres de la Comisión de Derechos Humanos, Nacionalidad y Ciudadanía, recaídos en las solicitudes de rehabilitación de ciudadanía de los señores Carlos Roberto Ojeda Rozas, Ramón Emilio Silva Hummel y Ricardo Lupercio Villagrán Bastías. (Boletines N°s. S 535-04, S 521-04 y 468-04, respectivamente).

--Quedan para tabla.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Terminada la Cuenta.

ACUERDOS DE COMITÉS

El señor HOFFMANN (Secretario).- Los Comités, en sesión celebrada hoy, acordaron lo siguiente:

1.- Tratar como de Fácil Despacho el proyecto que figura en el primer lugar del Orden del Día de esta sesión, sobre prórroga de vigencia de la ley N° 19.583, que regulariza la construcción de bienes raíces urbanos sin recepción definitiva.

2.- Ocuparse en segundo lugar, también como de Fácil Despacho, en el proyecto que sustituye la denominación de la comuna de Navarino por la de Cabo de Hornos.

3.- Tratar, hasta su despacho, el informe de la Comisión de Salud sobre la discapacidad en Chile, prorrogando para ello el Orden del Día hasta las 20, si fuere necesario.

4.- En la sesión especial de mañana miércoles 18 de abril, distribuir el tiempo de discusión del proyecto sobre la situación de la agricultura, a razón de cuatro minutos por Senador, con lo cual corresponderían los siguientes tiempos a cada Comité:

Comité Mixto 8 minutos.

Comité Demócrata Cristiano 60 minutos

Comité UDI e Independientes	44 minutos
Comité Renovación Nacional	24 minutos
Comité Institucionales 1	20 minutos
Comité Socialista	16 minutos
Comité Institucionales 2	16 minutos.

5.- Tratar en segundo lugar de la sesión de mañana el proyecto sobre sistemas de prevención de la infección causada por el virus de inmunodeficiencia humana.

6.- Celebrar una sesión extraordinaria el jueves 3 de mayo, a la hora que determine la Mesa.

RECIBIMIENTO A PARLAMENTARIOS

DE NUEVA ZELANDIA

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En seguida, el Senado recibirá al Presidente del Parlamento de Nueva Zelandia, señor Jonathan Hunt, y a la delegación que lo acompaña.

--Conducidos por el señor Edecán de la Corporación, ingresan al Hemiciclo los congresistas neozelandeses.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Distinguido y Honorable Presidente del Parlamento de Nueva Zelanda, señor Hunt; señores Parlamentarios miembros de la Comisión que lo acompaña en su visita a nuestro país; señor Embajador de Nueva Zelanda en Chile; señoras Senadoras y señores Senadores:

Es para el Senado de la República y para quien habla un alto honor recibirlo, señor Hunt, junto a tan distinguida delegación.

En la diplomacia moderna –aquella que se caracteriza por su globalidad y por su cercanía con las personas-, las relaciones entre Parlamentos, en tanto depositarios de la voluntad popular, resultan no sólo necesarias, sino fundamentales.

Es en ese contexto que saludamos su presencia en Chile y entendemos su visita como parte sustancial de una fructífera relación entre nuestros Parlamentos, la cual refleja adecuadamente las excelentes relaciones que unen a nuestras naciones.

En efecto, la vinculación entre Chile y Nueva Zelandia se da en un contexto de grandes similitudes. Tenemos una relación de vecindad como países ribereños del Océano Pacífico, ocupando un lugar geográfico similar en el hemisferio sur. A través de Isla de Pascua, Rapa Nui, participamos de la común herencia cultural de la Polinesia.

Ubicados en el sur del mundo, compartimos una lejanía relativa de los grandes centros mundiales de la economía y la política, lo que ha influenciado la formación del carácter nacional de ambos pueblos y su proyección hacia el exterior.

Hoy, en la era de las comunicaciones y la globalización, las distancias entre nosotros y con el resto del mundo se acortan.

En el contexto internacional, ambos países se proyectan como naciones medianas, diríamos “like-minded”, con un grado de desarrollo equivalente y en una situación geopolítica de gran similitud.

Dentro de ese marco, a las coincidencias existentes en materias políticas y sociales se agregan intereses y posiciones comunes, especialmente en

temas como la Antártica, el mar, el medio ambiente, el transporte de materiales radiactivos y el desarme, entre otros.

Pero, sin duda, nuestras similitudes son mayores desde la perspectiva de ambas economías. Tenemos una estructura productiva semejante, y las reformas estructurales y de apertura exterior que hemos experimentado han coincidido en el tiempo. Ello, unido a las simetrías climáticas y de estacionalidad, ha hecho que la matriz exportadora sea semejante y, por lo tanto, esencialmente competitiva.

Lo anterior ha sido considerado tradicionalmente como un inconveniente en la vinculación entre las naciones. Sin embargo, entre nosotros constituye una oportunidad para pasar de la competencia a la cooperación y a la integración de algunos sectores de nuestras economías.

En tal sentido, se abren nuevas posibilidades de colaboración en innovación tecnológica y, principalmente, para crear asociaciones, “joint ventures”, y lograr en conjunto acceso a terceros mercados cuya demanda no podemos satisfacer en forma aislada.

Asimismo, el hecho de ser países mayoritariamente exportadores de materias primas y bienes semielaborados nos sitúa en el mismo contexto frente a las nuevas tendencias del comercio mundial, lo que refuerza la necesidad de cooperación e integración económica.

Ésa es la perspectiva de los acuerdos logrados por Su Excelencia el Presidente de la República, señor Ricardo Lagos, con la Primera Ministra Helen Clark, durante la visita de Estado que aquél realizó a Nueva Zelanda a fines del año recién pasado.

Dichos acuerdos son el fundamento de los progresos que hemos verificado en los últimos meses, los cuales tendrán una primera expresión práctica en el sector agropecuario a través de la creación de una alianza productiva entre ambos países. Esta nueva modalidad de relación se traducirá en un “acuerdo amplio de cooperación para el sector agrícola” que ya se encuentra en negociación.

Además, se está trabajando en el establecimiento de un “consejo binacional para el sector lechero”, de carácter permanente, el que permitirá

coordinar las actividades del sector, elaborar estrategias comunes y abrir la posibilidad de desarrollar negocios y proyectos de beneficio mutuo.

Este notable acercamiento bilateral, así como la prioridad que en Nueva Zelandia se está otorgando a nuestro país, se vieron nuevamente reflejados y tuvieron un nuevo impulso en las conversaciones sostenidas a fines de marzo por nuestra Ministra de Relaciones Exteriores, señora Soledad Alvear, con su colega neozelandés, señor Phil Goff, durante su visita oficial a Chile.

En ese contexto, se firmó un acuerdo de vacaciones de trabajo, el cual permitirá que jóvenes de ambas naciones visiten el otro país teniendo acceso a permisos temporales de trabajo para solventar sus gastos en forma independiente, lo que hará posible un contacto y un conocimiento mutuos de persona a persona.

Además, se iniciará en los próximos meses la negociación de un acuerdo de doble tributación que facilitará la transferencia de capitales e inversiones, especialmente de parte de medianas empresas.

Asimismo, vemos en Nueva Zelandia a un socio natural para ampliar la cooperación bilateral y los contactos entre entidades especializadas, incluso con

miras a una asistencia triangular hacia terceros países del Pacífico sur y en nuestra región. Éste es un campo lleno de potencialidades. Cabe destacar, especialmente, las áreas de políticas públicas, académica, de ciencia y tecnología, lo mismo que los aspectos relacionados con los sectores productivos.

Honorable Presidente del Parlamento de Nueva Zelandia, señor Hunt, la dinámica de nuestras relaciones bilaterales refleja un momento de creciente acercamiento entre ambos países que augura una muy rica y óptima vinculación futura entre Nueva Zelandia y Chile, también a nivel parlamentario, resaltada con su visita y la de los distinguidos miembros del Parlamento neozelandés que hoy lo acompañan.

Señor Presidente, permítame entregarle, en el nombre del Senado de la República de Chile la máxima condecoración con que queremos distinguir siempre a huéspedes ilustres, que no me cabe la menor duda que Su Señoría hoy día representa.

Muchas gracias.

--El Honorable señor Andrés Zaldívar (Presidente) hace entrega de la distinción.

--(Aplausos en la Sala y en tribunas).

El señor RT HON JONATHAN HUNT (Presidente del Parlamento de Nueva Zelanda).-

Señor Presidente, distinguidos señores Senadores de la República de Chile:

Es un honor tanto para nuestra delegación como para mí haber sido invitados a reunirnos con ustedes en el edificio del Senado, hogar de la democracia parlamentaria chilena. Me siento personalmente honrado de aceptar esta Orden al Mérito del Senado en nombre del Parlamento de Nueva Zelanda. Sabemos que Chile ha tenido una larga tradición de democracia, y que en los años recientes han trabajado duramente para restaurar las libertades democráticas, por lo cual nos permitimos expresar nuestra admiración.

Chile ha sido por largo tiempo la puerta de acceso de Nueva Zelanda hacia Latinoamérica. Nuestras relaciones con Chile son las de mayor trayectoria en este continente. Ésta ha contado con la ayuda de los intereses de Chile en el Pacífico, y su proyección como país hacia la región de Asia-Pacífico.

Más aún, existe un sentido en el cual Chile y Nueva Zelandia comparten una identidad similar, como dos países pequeños que están geográficamente distantes de los principales centros de la política y el comercio mundial, que dependen de su base de recursos naturales, la calidad de su gente y de su innovación.

Como países pequeños, compartimos desafíos similares en la visualización de oportunidades y el manejo de riesgos asociados a la globalización, de manera que podamos crear prosperidad económica y asegurar el bienestar de nuestras sociedades.

Por esta razón, ambos estamos activos más allá de nuestras costas. Nuestros intereses como países templados del hemisferio sur coinciden ampliamente en la Agenda Internacional: Antártica, Ley Marítima Internacional y conservación marina, desarme, inquietudes respecto del medio ambiente y comercio internacional. Donde sea que se lleven a cabo las negociaciones internacionales, invariablemente se encontrarán los representantes de Chile y de Nueva Zelandia trabajando juntos en apoyo de posiciones similares.

Sólo tres meses después de asumir el Mando, la Primera Ministra Helen Clark viajó a Chile para la Transmisión del Mando al Presidente Lagos, demostrando así su apoyo al proceso democrático en Chile, como también señalar el interés de Nueva Zelandia por reforzar las relaciones con Chile y sus vecinos latinoamericanos. Recibió una acogedora respuesta del Presidente Lagos en cuanto a que Chile será un socio receptivo.

Como parte del flujo de estos diálogos, el Gobierno de Nueva Zelandia ha desarrollado un programa para ampliar y profundizar nuestras relaciones con Chile y otros países en Latinoamérica.

Nueva Zelandia propone lograr esto en tres áreas en particular. Primero, deseamos expandir nuestra cooperación con Chile en materias internacionales, donde tenemos inquietudes similares.

Segundo, deseamos crear nuestros vínculos económicos y comerciales. Como sabrán Nueva Zelandia ha expresado su interés en desarrollar una relación económica más cercana con Chile. Con este propósito, ambos países se están involucrando en un programa de cooperación de productos lácteos y de agricultura

más amplia, para demostrar que al considerar el libre comercio entre nosotros, no es la intención de Nueva Zelandia el dañar los intereses de ningún sector de Chile. Al contrario, creemos que existe mayor beneficio para ambos países al crear una sociedad estratégica para enfrentar los desafíos de la economía global.

Tercero, deseamos expandir y profundizar los vínculos entre las personas. Es quizás en esta área que existe tanto por realizar. Existe aún la percepción que estamos distantes el uno del otro. Pretendemos estimular los intercambios en ambas direcciones en todo ámbito: académico, educacional, científico, cultural, deportivo, turístico, comercial y político. Sólo reuniéndonos entre ambos países, cambiaremos esta percepción. Chile y Nueva Zelandia son vecinos a través del Océano Pacífico, y existe mucho beneficio por obtener al conocernos mejor. El lenguaje ha sido quizás una barrera en el pasado, pero cada vez más y más jóvenes neozelandeses están aprendiendo el idioma español en nuestros colegios y universidades.

Recién el mes pasado nuestros Gobiernos firmaron un Programa de Trabajo en Vacaciones, lo que permitirá que nuestros jóvenes viajen y trabajen en

nuestros respectivos países. En Nueva Zelandia le llamamos a esto "experiencia en el extranjero", que es parte importante del desarrollo de la persona joven. No puedo imaginar un mejor espacio para comenzar a conocernos mejor que el dado por nuestros jóvenes.

Los parlamentarios tienen una tarea importante que jugar en todas estas áreas de nuestra relación. Como legisladores de nuestro país, trabajamos por los intereses globales de nuestras sociedades. El intercambio entre nosotros ayuda a crear el entendimiento de los temas similares que enfrentamos y cómo ambos países pueden en mejor forma cooperar para dirigirlos.

El proceso parlamentario asegura que la voz de nuestros ciudadanos sea escuchada en la formación de política pública y en la legislación. En el área de realizar tratados internacionales, por ejemplo, el Parlamento de Nueva Zelandia ha establecido un importante papel de debate y de escrutar los tratados que Nueva Zelandia propone firmar para asegurar que éstos sean favorables al interés nacional. Sé que el Congreso chileno así también lo realiza.

PRÓRROGA DE REGULARIZACIÓN DE BIENES RAÍCES URBANOS SIN

RECEPCIÓN DEFINITIVA. INFORME DE COMISIÓN MIXTA

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Corresponde ocuparse, como asunto de fácil despacho, en el informe de la Comisión Mixta recaído en el proyecto de ley que prorroga la vigencia de la ley N° 19.583, que regulariza la construcción de bienes raíces urbanos sin recepción definitiva, con urgencia calificada de “Discusión Inmediata”. (Boletín N° 2.676-14) **(Véase en los Anexos, documento 4).**

--Los antecedentes sobre el proyecto (2676-14) figuran en los Diarios de Sesiones que se

indican:

Proyecto de ley:

En segundo trámite, sesión 31^a, en 21 de marzo de 2001.

En trámite de Comisión Mixta, sesión 35^a, en 10 de abril de 2001.

Informe:

Mixta, sesión 37^a, en 17 de abril de 2001.

Discusión:

Sesión 31^a, en 21 de marzo de 2001(se aprueba en general y particular).

El señor HOFFMANN (Secretario).- La controversia entre ambas Cámaras se originó en el rechazo, por parte de la Cámara de Diputados, de las enmiendas que el Senado introdujo al proyecto en el segundo trámite constitucional.

La Comisión Mixta consigna en su informe la proposición destinada a resolver las divergencias entre ambas Corporaciones.

El acuerdo respecto de la primera discrepancia fue adoptado por la unanimidad de los miembros presentes de la Comisión Mixta, Senadores señores Moreno, Novoa, Parra, Ríos y Sabag y Diputados señoras Rozas y González y señores Hales y Gutiérrez.

El acuerdo referido a la segunda divergencia fue adoptado por la mayoría de los parlamentarios ya señalados, con el voto en contra del Diputado señor Gutiérrez.

La Secretaría elaboró un boletín comparado, que se divide en cinco columnas: la primera corresponde a las disposiciones legales actualmente vigentes; la segunda, al mensaje; la tercera, al texto aprobado por la Cámara de Diputados; la

cuarta, a las modificaciones del Senado, y la quinta, al texto propuesto por la Comisión Mixta.

Cabe destacar que la Cámara de Diputados aprobó el informe de la Comisión Mixta y que los Comités –como escucharon Sus Señorías- acordaron tratarlo con el carácter de fácil despacho.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Si le parece a la Sala, se aprobará el informe de la Comisión Mixta.

--Se aprueba el informe de la Comisión Mixta.

CAMBIO DE NOMBRE DE COMUNA DE NAVARINO POR CABO DE HORNOS Y

ESTABLECIMIENTO DE AGRUPACIÓN DE COMUNAS

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Proyecto de ley, en segundo trámite, sobre sustitución de denominación de la comuna de Navarino por la de Cabo de Hornos y acerca del establecimiento de una agrupación de comunas.

--Los antecedentes sobre el proyecto (2621-06) figuran en los Diarios de Sesiones que se indican:

Proyecto de ley:

En segundo trámite, sesión 27ª, en 13 de marzo de 2001.

Informe de Comisión:

Gobierno, sesión 36ª, en 11 de abril de 2001.

El señor HOFFMANN (Secretario).- La iniciativa se encuentra informada por la Comisión de Gobierno, Descentralización y Regionalización, que señala como principal objetivo de la misma el de reemplazar la denominación de la comuna de Navarino por la de Cabo de Hornos y establecer una agrupación de comunas constituidas por las de Cabo de Hornos y Antártida.

La Comisión agrega en su informe que el proyecto fue aprobado en general por la unanimidad de los miembros presentes de la Comisión, Senadores señores Canessa, Cantero y Cariola, proponiendo, en consecuencia, a la Sala, aprobar en general la iniciativa, en los mismos términos en que fue comunicada por la Cámara de Diputados.

Cabe destacar que, según el informe, el artículo 2º del proyecto debe ser aprobado con quórum calificado, esto es, con la mayoría absoluta de los Senadores en ejercicio; o sea, en estos momentos, 24 votos favorables.

Por último, la Comisión hace presente a la Sala que los Honorables señores Zaldívar (don Andrés) y Ruiz De Giorgio ingresaron a trámite legislativo un proyecto que también propone sustituir el nombre de la comuna de Navarino por Cabo de Hornos, capital Puerto Williams. Esta moción no pudo ser considerada junto con la iniciativa en estudio por no estar actualmente incluida en la convocatoria a la Legislatura Extraordinaria.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En discusión.

Tiene la palabra el Honorable señor Ruiz De Giorgio.

El señor RUIZ (don José).- Señor Presidente, estimados colegas, propongo aprobar el proyecto en análisis. Junto con el Senador señor Andrés Zaldívar presentamos una moción al respecto, pero ya estaba en trámite la iniciativa del Ejecutivo. Ésta obedece fundamentalmente a una petición formulada por los habitantes de la comuna de Navarino, y tiene relación con el futuro turístico de esa región.

La idea de quienes viven en Navarino es promover, a nivel mundial, la existencia de un lugar, que tiene un prestigio ya bastante cimentado, como es Cabo de Hornos. Efectivamente, la ruta que se ha estado abriendo en los últimos tiempos

va a permitir que, a partir de Puerto Williams, se pueda navegar por la zona de los canales para llegar hasta el Cabo de Hornos. Ello contribuye a asentar la presencia chilena en dicha zona austral y, al mismo tiempo, origina un espacio importante para el desarrollo turístico, que, a mi juicio, en gran medida, será el futuro de la Región de Magallanes, concretamente, en su parte más austral, que es donde surgen mayores expectativas.

Por lo tanto, solicito aprobar el proyecto, a fin de materializar la aspiración de la comunidad austral de Magallanes.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Fernández.

El señor FERNÁNDEZ.- Señor Presidente, pido también aprobar la iniciativa en debate, la cual, en definitiva –como se ha señalado-, tiene por objeto dar una connotación más apropiada con la denominación que turísticamente merece a la comuna de Navarino. Porque el nombre Cabo de Hornos es mucho más conocido en el mundo y, por ende, bastante más atrayente para desarrollar una actividad turística, que es el futuro de nuestra región.

Por otra parte, desde el punto de vista geográfico, la isla Navarino no es el único territorio que comprende la comuna. Por ejemplo, por el norte, forma parte de ella Tierra del Fuego, las islas del canal Beagle, enormes archipiélagos, hasta llegar a la isla Hornos y, propiamente, al Cabo de Hornos. Por lo tanto, desde esa perspectiva resulta más apropiado para la comuna el nombre de Cabo de Hornos y no el de Navarino. No obstante ello, la isla continuará llamándose Navarino.

Asimismo, el proyecto contiene otro aspecto que no deja de tener importancia: permite la agrupación de comunas, esto es, la de Navarino con la de la Antártida. Hoy, esta última se halla vinculada a Punta Arenas, no obstante que territorialmente se encuentra más ligada a la de Navarino que al resto de la región. Tan así es que los habitantes del territorio antártico chileno sufragan en esta última comuna, la cual cuenta con un presupuesto dirigido directamente por el Intendente, en circunstancias de que ahora, al unirse en una sola agrupación de comunas, cuya base estará en Puerto Williams, podrán elegir a representantes que estén más directamente vinculados con la Antártica. De manera que la agrupación de las

comunas de la Antártica y de Navarino corresponden, además, a una unidad geográfica interesante, que es importante mantener.

Por estas razones, señor Presidente, solicito a la Sala que apruebe el proyecto, pues reviste gran interés para nuestra Región.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Horvath.

El señor HORVATH.- Señor Presidente, en lo que a denominación se refiere, obviamente estamos totalmente claros. Sin embargo, en la práctica, Puerto Williams, capital de la comuna, es una ciudad que fundamentalmente depende de la Armada. Y si no hay una acción de Estado sistemática para hacerla resurgir, con el cambio de denominación no avanzaremos mucho.

Por otro lado, no deja de llamar la atención el hecho de que la denominada comuna Antártica se pueda agrupar con otra, pero que como tal carece de alcalde y, desde el punto de vista administrativo, no existe. Sin embargo, por su significación debería elevarse de rango, por lo menos al de provincia, y tener mayor presencia en el quehacer nacional.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Martínez.

El señor MARTÍNEZ.- Señor Presidente, las razones que se han dado para aprobar el

proyecto son importantes. Me parece que el cambio de nombre de Navarino a Cabo

de Horno es bueno, pues éste tiene una relevancia mundial suficiente por sí solo.

Hay dos cosas que deseo hacer presentes para la historia del proyecto.

Primero, no estoy muy de acuerdo con que se hayan abierto todos los canales al

tráfico marítimo, pues hay algunos inconvenientes que -ojalá me equivoque-

surgirán a futuro.

Y, segundo, la Antártica chilena de por sí ya es un terreno en el cual

debiéramos estar pensando en dos aspectos adicionales: uno, en establecer

autoridades comunales, y otro, en comenzar a otorgar concesiones de tierra, lo que

perfectamente puede manejar el Ministerio de Bienes Nacionales, porque el Tratado

Antártico no impide actuar de esa manera, siempre que se respeten las disposiciones

de cuidado del medio ambiente establecidas en dicho Tratado.

Por supuesto, soy partidario de aprobar el proyecto, pero formulo estas

dos observaciones.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Si le parece a la Sala, aprobaremos la iniciativa.

--Se aprueba el proyecto en general, y como no fue objeto de indicaciones, queda aprobado también en particular, dejándose constancia de que se cumple con el quórum constitucional requerido (30 votos a favor).

DIAGNÓSTICO SOBRE DISCAPACIDAD EN CHILE. INFORME DE COMISIÓN DE
SALUD

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Corresponde tratar el informe de la Comisión de Salud que formula un diagnóstico sobre la discapacidad en Chile y propone medidas concretas encaminadas a paliar las deficiencias y omisiones detectadas.

Tiene la palabra el señor Secretario.

El señor HOFFMANN (Secretario).- El informe de la Comisión de Salud señala que el Senado acordó, en sesión de 14 de marzo del año pasado, encomendarle efectuar un diagnóstico de la situación actual de la discapacidad en nuestro país y formular las proposiciones que de él surgieran.

En tal informe se consignan los diversos antecedentes y recomendaciones que la Comisión analizó y las conclusiones a que llegó, acompañadas de una serie de sugerencias relativas a las medidas concretas que se deben adoptar para superar las deficiencias detectadas en el ámbito de la discapacidad en Chile.

El informe fue suscrito por los Honorables señores Bombal, Ríos, Ruiz-Esquide, Viera Gallo y Zurita.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- En discusión.

Tiene la palabra el Senador señor Bombal, Presidente de la Comisión de Salud.

El señor BOMBAL.- Señor Presidente, en marzo del año pasado, el Senado encargó a la Comisión de Salud realizar un diagnóstico de la situación actual de la discapacidad en nuestro país y, al mismo tiempo, formular proposiciones concretas que tuvieran que ver con la superación de los problemas que de ella derivan respecto de todas las personas que sufren alguna discapacidad.

Transcurrido un año, la Comisión que presido tiene el honor de dar cuenta a la Sala del trabajo realizado.

Los señores Senadores tienen en su poder un completo informe elaborado por la Secretaría de la Comisión de Salud que da cuenta de todas las personas e instituciones que fueron recibidas por ésta durante largas sesiones de trabajo. En él se consignan todas las opiniones entregadas, a partir de las cuales hemos formulado un diagnóstico con las respectivas proposiciones que daremos a conocer en esta oportunidad.

Nuestro interés apunta a que todas estas opiniones, recomendaciones y propuestas, si lo tiene a bien el Senado, sean puestas en conocimiento de los Ministerios Secretaría General de la Presidencia; Secretaría General de Gobierno; de Salud; de Educación; del Trabajo y Previsión Social; de Planificación y Cooperación; de Vivienda y Urbanismo, y de Transportes y Telecomunicaciones, como también en conocimiento del Fondo Nacional de la Discapacidad; de FONASA; de la Asociación Chilena de Municipalidades y, en lo posible, de todos

los municipios e instituciones que deseen recibirlo. Por otra parte, si se aprueba este informe, a partir de esta tarde quedará a disposición de la comunidad en Internet.

Para establecer un parámetro técnico, debemos saber que la discapacidad se define como toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica que afecte a una persona determinada.

Discapacidad es toda restricción o ausencia, debido a una deficiencia física, síquica o sensorial, congénita o adquirida, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. La ley cuantifica la limitación y exige que el obstáculo afecte, a lo menos, a un tercio de la capacidad respectiva de una persona.

Minusvalía, por último, es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad que limita o impide el desempeño de un papel que es normal en su caso, habida consideración de la edad, del sexo y de factores sociales y culturales.

Las principales discapacidades son auditiva, vocal, visual, mental, física y siquiátrica.

Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud indican que en los países en vías de desarrollo, entre el 7,5 y el 10 por ciento de la población presenta algún grado de discapacidad. En el caso de Chile, esa cifra representaría un universo del orden de 1 millón 400 mil personas.

En su momento, el Instituto Nacional de Estadísticas informó a la Comisión que según los datos recogidos en el censo de 1992, en Chile había 283 mil 888 personas con discapacidad, lo que si bien es una cifra producto del censo, no corresponde fielmente a la realidad, pues, cuando se hacen las consultas del caso, muchas familias no revelan el problema que viven al interior de sus hogares con algún discapacitado. Por lo demás, esta situación es corroborada hoy por todas las autoridades.

Por otra parte, la encuesta CASEN de 1996 detectó 616 mil 434 casos de discapacidad, los que representan 4,3 por ciento de la población de Chile, cifra que, para tener un referencia, se distribuye más o menos de la siguiente manera: 27,3 por ciento, discapacidad auditiva; 26,9 por ciento, visual; 21,2 por ciento, física; 13,1 por ciento, mental; 5,9 por ciento siquiátrica, y 5,6 por ciento, vocal.

En el informe de la Comisión figuran cuadros por Regiones, por tipo de discapacidad, por sexo y por edad, los que complementan los datos que estamos entregando.

El Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS) señaló a la Comisión que hasta 1990 el Estado enfrentó el tema con un criterio asistencial, entregando protección a los afectados por la vía de la seguridad social y de las escuelas especiales segregadas. A partir de esa fecha –agregó FONADIS–, asume un rol más activo e integrador, con participación de los Ministerios del área social y de las organizaciones sociales privadas. Así fue como se dictó la ley N° 19.284, sobre integración social de personas con discapacidad, la cual dio vida al propio FONADIS.

La Directora de dicha entidad, señora Andrea Zondek, de destacada participación en esta área, hizo presente a la Comisión que hace falta un catastro completo y actualizado de la discapacidad, que suministre una base real y objetiva para evaluarla y que permita enfocar mejor la asignación de los recursos públicos.

Éste es un antecedente de suma trascendencia que nos fue proporcionado por la señora Zondek.

Esa misma autoridad advirtió que la intervención de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez -más conocidas como COMPIN- se estaban transformando, por su actual mecanismo de funcionamiento, en una traba al sistema, por su lentitud y por la carencia de criterios uniformes, lo que fue corroborado por múltiples testimonios prestados y recibidos ante la Comisión.

Ocurre, señor Presidente, que los COMPIN, de acuerdo con la ley, están encargados de certificar también la incapacidad laboral, por lo que, a juicio de muchos, sería aconsejable separar este tipo de acreditaciones de lo que es propiamente la discapacidad, certificaciones que, en todo caso, debieran hacerse por equipos multidisciplinarios, y así entonces reconocer validez a la opinión médica, y no sólo a las autoridades que conforman el COMPIN.

No obstante que la ley N° 19.284 permite que la certificación de la discapacidad se haga por otras instituciones públicas o privadas debidamente acreditadas ante el Ministerio de Salud, en la práctica ello no ha ocurrido, y para el

mundo de la discapacidad la certificación del COMPIN es un problema extraordinariamente grave, complicado, que dificulta todavía más la condiciones de quienes sufren discapacidad. Como lo veremos más adelante, estamos en presencia de uno de los mayores problemas que afectan al mundo de la discapacidad.

Con la autorización del Senado, la Comisión de Salud se trasladó hasta la ciudad de Concepción, ciudad perteneciente a una Región que se caracteriza por la fortaleza de su organización asociativa y por el interés que sus autoridades han demostrado en el tema. En esa ocasión se recogieron numerosos testimonios de diferentes organizaciones y corporaciones, muchas de cuyas sugerencias se han incluido en los capítulos pertinentes del presente informe.

Deseo informar, además, que la Comisión acordó oficiar a los 341 municipios del país, consultándolos por los siguientes asuntos: organizaciones sociales vinculadas a las discapacidades existentes en la comuna; acciones desarrolladas por la municipalidad en el ámbito de la discapacidad y recursos asignados a ella; infraestructura física destinada en la comuna a las organizaciones de discapacidad, y modalidades con que se aborda la integración de los

discapacitados en el ámbito educacional, si es que ellos están incorporados a la educación regular o asisten a establecimientos especiales.

Los resultados que arroja la tabulación de las 114 respuestas recibidas -es decir, un tercio de las municipalidades respondió el oficio que se les dirigió desde el Senado- están contenidos en el documento “Aproximación diagnóstica en torno a las acciones realizadas frente a la discapacidad a nivel nacional”, de octubre de 2000, que se adiciona al final de este informe y cuya lectura, por razones obvias, omitiré; sin embargo, recomiendo a todos los señores Senadores imponerse en él de las acciones que al respecto se están realizando en sus circunscripciones, y también de los municipios que no entregaron respuesta alguna.

Sí podemos decir que las propuestas y las conclusiones se resumen brevemente de la manera siguiente. Para elaborar una política nacional es fundamental disponer de un diagnóstico sobre la magnitud del problema y que se levante el catastro de las instituciones que trabajan en relación con la discapacidad, pormenorizando el tipo de acciones que realizan, la discapacidad que atienden, sus

relaciones con el Estado, los recursos de que disponen y las redes de colaboración que se tejen entre ellas.

Hay un gran desconocimiento de la acción que diversas instituciones llevan a cabo, y ello está incidiendo en que, muchas veces, los propios municipios no saben con qué medios o elementos pueden contar.

No existe a nivel comunal –la otra constatación- un diagnóstico de la discapacidad. Los municipios destinan a este problema recursos financieros exigüos que, en promedio, no sobrepasan de un millón y medio de pesos al año. Sería necesario que cada uno de ellos estableciera en su presupuesto anual un fondo para la discapacidad, destinado al financiamiento de programas municipales permanentes para ser ejecutados con las organizaciones comunitarias. En gran parte de las comunas existen organizaciones sociales relacionadas con la discapacidad, y la mayoría de ellas goza de personalidad jurídica. Con todo, en la generalidad de las comunas pequeñas no las hay, lo que podría revelar una escasa relevancia del problema en esos ámbitos, o falta de voluntad de las autoridades locales o de

sensibilidad de la población frente al problema o, simplemente, desinformación respecto de las posibilidades existentes para enfrentarlo.

En muy pocos municipios hay un presupuesto anual para el tema de la discapacidad. Sin embargo, más importante que el apoyo económico es el rol que aquéllos –los municipios- pueden desempeñar en el respaldo y sustento de la formación y administración de las organizaciones sociales vinculadas con la discapacidad.

Las principales contribuciones de las municipalidades son la entrega de ayudas técnicas, la colaboración para obtener beneficios financiados por FONADIS, tanto bajo la forma de asesoría como de coportes, y la coordinación de la participación de la comunidad ante los problemas de la discapacidad. Los Consejos Comunales de la Discapacidad proporcionan un escenario privilegiado para dicha coordinación, pero, como ya dijimos, no existen en todas las comunas.

El financiamiento de FONADIS a proyectos para ejecutar acciones de rehabilitación e inserción tiene un componente perverso, cual es la limitación en el tiempo. En efecto, los proyectos tienen una duración determinada, en tanto que la

atención a los discapacitados debe ser permanente, y ésta es una realidad a la cual se enfrentan quienes postulan a los recursos del Fondo Nacional o a otras subvenciones que se otorgan por parte del Estado.

La mayoría de las personas que se desempeñan con discapacitados carece de la preparación especializada requerida, aspecto que debiera ser asumido y financiado por el Ministerio de Educación, a través de los municipios. Se hace necesaria una campaña de concientización de la población, centrada en la dignificación de las personas con discapacidad, en la discriminación positiva en el campo laboral y en la adecuación arquitectónica y urbana permanente que requiere el mundo de la discapacidad. No es posible omitir el hecho de que al requerimiento de antecedentes por parte de la Comisión, sólo contestó un tercio de los municipios del país, lo que podría significar que los Consejos Comunales de la Discapacidad a los cuales nos referíamos no han logrado posicionarse adecuadamente al interior de los municipios, o que éstos no han tomado aún cabal comprensión del rol que les compete en la integración de las personas con discapacidad.

Señor Presidente, los señores Senadores podrán encontrar en el informe, desde la página 12 hasta la 30, todas las normas legales y reglamentarias que en Chile regulan el tema de la discapacidad, cuya lectura, naturalmente, omitiremos, y que hemos incluido para facilitar a la Sala la debida comprensión de las proposiciones que se formulan en el informe de la Comisión. Del mismo modo, entre las páginas 30 y 34, se incluye un detalle de las entidades que se ocupan de la discapacidad en nuestro país, pues es útil tener conocimiento de la orgánica que se da en nuestro sociedad para abordar esta materia.

Y, para una mejor información del tema, también hemos incorporado una referencia a los principales instrumentos internacionales relativos a la discapacidad, y entre ellos queremos destacar a lo menos la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Impedidos, de 1975, en la que se señala que “el impedido debe gozar de los derechos enunciados en ella, sin excepción ni discriminación alguna”. Y agrega que “Tales derechos son, en primer lugar, el respeto a su dignidad humana. El impedido tiene los mismos derechos fundamentales civiles y políticos que sus conciudadanos, lo que incluye el disfrutar

de una vida decorosa y lo más normal y plena posible; tiene derecho a recibir atención médica, psicológica y funcional, incluidos aparatos de prótesis y ortopedia; a la readaptación, a la educación, a la formación profesional, a la seguridad económica y social, a una ocupación útil, productiva y remunerativa, a formar parte de organizaciones sindicales, a vivir en el seno de su familia o de un hogar sustituto, a participar en actividades sociales, creativas y recreativas, a disponer de asistencia letrada si lo precisare y a un procedimiento justo atendida su condición. Si es preciso internarlo,” -agrega la Declaración- “sus condiciones de vida deben ser lo más semejantes posible a las de la vida normal de las demás personas. Debe ser protegido contra toda explotación, discriminación y trato abusivo o degradante. Tiene derecho, él y su familia, a ser informado plenamente del contenido de esta Declaración.”.

Es conveniente precisar también que Chile ratificó en marzo de 1999 el Convenio N° 159 de la OIT, sobre readaptación profesional y empleo de personas inválidas, de 1983, cuya finalidad es que las personas discapacitadas o inválidas obtengan y conserven un trabajo adecuado y puedan progresar por sí mismas.

Igualmente, resulta del caso advertir que nuestro país no ha ratificado aún la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, adoptada por la OEA en julio de 1999. Ésta debiera ser una de las tareas prioritarias que se advierten por delante. Confiamos en que el Ejecutivo sabrá darle la urgencia necesaria.

En otro orden de ideas, Sus Señorías podrán ver en el informe las distintas mociones presentadas en ambas Cámaras con relación a la discapacidad, las que -debemos reconocerlo- han sufrido una tramitación muy lenta. Sea ésta, entonces, una oportunidad propicia para llamar la atención sobre este tópico y lograr que se acelere el despacho de algunas de esas iniciativas (el detalle se encuentra en las páginas 43 a 46).

En cuanto a los recursos destinados por el Estado a la discapacidad, quiero señalar que el principal desafío para identificar los montos asignados por el sector público a programas focalizados para personas discapacitadas lo constituye el hecho de que la mayoría de los servicios fiscales no dispone de un desglose presupuestario más detallado por programas o por centros de costo. Considerando

esta limitante, el presente informe indica a nivel cuantitativo la información disponible y a nivel cualitativo cuando no existen los antecedentes contables que permitan discriminar entre los recursos aportados a los usuarios/beneficiarios generales y los destinados a los discapacitados.

Para fines analíticos, se presenta la información por Ministerio o institución privada (el desglose aparece en la página 48).

Sobre el punto, señalo a modo de síntesis que la inversión total, de 115 mil millones de pesos, equivale a 2 por ciento de los gastos en Funciones Sociales del Gobierno Central durante 1999; es decir, Salud+Vivienda+Previsión+Educación+Programas de Empleo, considerando que el ítem Previsión es el más alto de todos estos montos (alcanza a sobre 67 mil millones de pesos). En comparación a los Gastos Operativos anuales de la Fundación Teletón (5 mil 500 millones de pesos), los recursos del Gobierno Central equivalen a veintiuna veces ese monto (lo indicamos como cifra referencial).

A partir de la página 49, los señores Senadores pueden ver cómo los distintos Ministerios se ocupan de la discapacidad y cuánto destinan en los

programas, con la salvedad hecha al comienzo respecto de los problemas de identificación de las partidas.

Parece interesante consignar algunas cifras de la información ministerial que recoge el presente informe.

En materia de exenciones arancelarias para la importación de vehículos -lo tomamos a modo de ejemplo-, el decreto supremo N° 940, del Ministerio de Hacienda, de 1994, modificó el decreto que reglamenta la importación de vehículos para personas lisiadas. A la fecha no se han recibido los informes con el detalle de las exenciones arancelarias otorgadas durante 1999. El promedio de exenciones arancelarias concedidas para vehículos importados para personas con discapacidad entre 1995, 1996 y 1997 ascendió a 75 vehículos por año. Con los límites existentes, se puede proyectar un aprovechamiento anual de la exención arancelaria cercano a 40 mil dólares, lo que equivale a 20,4 millones de pesos.

Claramente, lo anterior revela que, teniendo en cuenta la cantidad de discapacitados existentes en nuestro país y los medios automotrices actualmente disponibles, esa exención podría funcionar con mayor fluidez, aliviando muchísimo

más el problema de dichas personas. Igualmente, sería factible estudiar, por ejemplo, la posibilidad de que, tratándose de un discapacitado que no pudiera postular a un vehículo, de algún modo la franquicia se hiciera extensiva a quien lo asiste o lo acompaña habitualmente.

Sobre este mismo punto, el artículo 40 de la Ley para la Plena Integración de Personas con Discapacidad (N° 19.284) establece un sistema de reintegro de gravámenes por importación de ayudas técnicas tales como prótesis auditivas, visuales y físicas; equipos y medicamentos para rehabilitación; equipos y material pedagógico para educación, capacitación y recreación de las personas con discapacidad, entre otros. La franquicia se comenzó a utilizar en 1995 y su demanda ha sido irregular a lo largo del tiempo. El promedio entre 1995 y 1997 ascendió a 2,6 millones de pesos por año. Y se podría estimar que en 1999 su uso creció debido a una mayor utilización, llegando a tres millones de pesos. Ello indica que este tipo de franquicias no está siendo debidamente utilizado, pese a que podría ir en ayuda de vastos sectores que requieren esa clase de ayuda.

En la página 52 del informe se encuentran las cifras del Ministerio del Trabajo. En líneas generales, puede expresarse que en 1999 se otorgaron 187 mil 407 pensiones asistenciales de invalidez, de las cuales 91 por ciento corresponde a declaraciones de invalidez, y 17 mil 3, a personas con discapacidad mental. El gasto estimado por este concepto llega -como señalé- a alrededor de 67 mil millones de pesos, que es la cifra más relevante de todo el ítem estatal.

Es importante destacar que el Ministerio de Vivienda y Urbanismo incluye la variable “integrante del grupo familiar con discapacidad” en su índice de nivel socioeconómico para la asignación de viviendas básicas. Este beneficio otorga un puntaje adicional de 10 puntos para postular. El Programa presenta una muy baja cobertura, que no tiene relación con la representatividad de personas discapacitadas, debido probablemente al desconocimiento del mecanismo pertinente por parte de los usuarios.

En tal sentido, es muy relevante que se realicen todos los esfuerzos requeridos para difundir ese tipo de beneficios.

En 1999, el Programa otorgó 261 subsidios básicos o progresivos a grupos familiares que incluían uno o más miembros acreditados con algún tipo de discapacidad. Claramente, estamos frente a una insuficiencia del sistema para dar a conocer las bondades y beneficios que ofrece a los efectos de aliviar la discapacidad.

Por último, con respecto a la información ministerial que proporciona el informe, quiero señalar que durante 1999 el Fondo Nacional de la Discapacidad destinó 2 mil 181,8 millones de pesos para financiar sus distintas líneas programáticas que favorecen a personas discapacitadas e instituciones que trabajan con éstas en prevención, diagnóstico, rehabilitación e integración social. Las Transferencias al Sector Privado y Público alcanzaron al 89 por ciento del presupuesto ejecutado, orientándose fundamentalmente a los 82 proyectos aprobados y a las 3 mil 41 ayudas técnicas entregadas. Pero claramente, al decir de la señora Directora, es un presupuesto a todas luces insuficiente para las urgentes necesidades que hay en el país y para la acción que ese Fondo debiera realizar.

Llamamos la atención sobre este punto, señor Presidente, pues deseáramos que en la Ley de Presupuestos de la Nación se contemplara un aumento sustantivo de recursos orientados a tal finalidad.

Por otra parte, la Comisión consideró algunas ideas sobre fuentes de financiamiento de las acciones para prevención, atención y rehabilitación de personas con discapacidad.

Según un informe técnico preparado por la Oficina de Informaciones del Senado a petición de la Comisión de Salud, los ingresos brutos por ventas de las apuestas hípcas alcanzan a 110 mil millones de pesos anuales y muestran una tendencia creciente: a octubre del año recién pasado representaban 54,4 por ciento del conjunto del mercado de juegos de azar y apuestas.

En ese orden de cosas, se tuvo presente que el número 6° del artículo 20 del D.L. N° 824, de 1974, Ley de Impuesto a la Renta, grava con impuesto de Primera Categoría y una tasa de 15 por ciento los premios de lotería. En cambio, las apuestas hípcas están afectas a un impuesto fiscal único, con una tasa de 3 por ciento, por disposición de la letra a) del artículo 1° del D.L. N° 2.437, de 1978.

Cabe hacer notar que, hasta que entró en vigor el nuevo sistema previsional, los hipódromos estaban gravados, además, con una cotización de 3,88 por ciento, que fue derogada por el artículo 32 del D.L. N° 3.501, de 1980.

Según el informe técnico ya mencionado, elevar la imposición fiscal en un porcentaje similar a la referida cotización para previsión social proveería recursos frescos del orden de 4 mil millones de pesos, que podrían contribuir a solventar las necesidades del mundo de la discapacidad. Y si se gravaran las apuestas hípcas con una tasa igual a la de las loterías, de 15 por ciento, la mayor recaudación podría ascender a 11 mil millones de pesos.

Dicho análisis se hizo como contribución para explorar si por los referidos caminos u otros se puede encontrar el financiamiento para abordar este problema.

En seguida señalaré los planteamientos formulados en la Comisión por las personas y entidades recibidas en audiencia.

El cambio cultural

-El mecanismo auténticamente eficaz para promover la plena integración educacional, laboral y social de las personas con discapacidad es el cambio cultural, el tránsito desde la visión en boga a aquella que se postula hoy como objetivo.

-El enfoque actual es asistencial, paternalista, centrado en los aspectos biomédicos. Se requiere modificar la actitud de la sociedad ante el fenómeno de la discapacidad. Esto es más importante que cualquier cambio normativo que se proponga. La discapacidad y la respuesta de la sociedad se enmarcan en la esfera de los derechos de las minorías. El cambio debe traducirse en educar para la tolerancia, el respeto por las diferencias, la integración y la no discriminación, reconociendo en el discapacitado su condición primaria de persona y de ciudadano y asegurándole la oportunidad de ejercer en plenitud sus derechos y deberes.

-Por otra parte, se debe reconocer que la discapacidad es una realidad social que impacta a la familia y a la comunidad, lo que genera la necesidad de definir políticas públicas a niveles nacional y comunal.

-Es necesario divulgar los derechos, acciones y medios existentes para la plena integración de los discapacitados y los recursos judiciales y administrativos disponibles, particularmente el recurso especial de protección ante los juzgados de policía local del artículo 48 de la ley N° 19.284, y difundir casos que sensibilicen a la opinión pública, sin violar el respeto a la privacidad de los afectados.

-Se debe hacer un catastro de entidades que financian acciones integradoras y difundir sus respectivos manuales de procedimiento.

Integración educacional

-El principio rector en esta materia debe ser más integración y menos segregación. Habrá que decidir rangos de edad y límites de permanencia para cada curso.

-Se postula desincentivar las escuelas diferenciales para alumnos con trastornos del habla y reforzar el apoyo para que se integren a la educación común.

-Aumentar los cupos para personas con discapacidad en la educación común, en todos los niveles.

-Cuando la integración no sea posible, reconocer la educación especial para discapacitados como una categoría específica, distinta de la educación general básica.

-Dotar a los establecimientos de accesos y mobiliario adecuados.

-Las subvenciones, por otra parte, son insuficientes; no deben caducar por alcanzar el educando una edad determinada, sino cuando éste haya completado sus estudios; ha de asegurarse que con ellas se financien profesores de educación diferencial y material didáctico apropiado, lo que hoy día no ocurre.

-Es apremiante establecer subvenciones y becas para la educación superior de personas cuya discapacidad no incide en las funciones intelectuales.

-Subvencionar a los educandos de la enseñanza parvularia, a los que permanecen hospitalizados por más de tres meses, a los que deben quedarse en sus hogares y al transporte escolar de personas con discapacidad (es otra de las necesidades que emergen con urgencia).

-Formar equipos multiprofesionales de apoyo a la integración educacional a nivel local, conformados por asistente social, kinesiólogo,

fonoaudiólogo, psicólogo, psicopedagogo y terapeuta ocupacional. Su actual ubicación a nivel provincial o regional no basta y no hay financiamiento para que exista uno en cada establecimiento. Si se opta por mantener los actuales equipos multiprofesionales del Ministerio de Educación que deciden sobre el acceso y permanencia en la educación básica diferenciada, incorporar en ellos a los profesores y demás profesionales que trabajan directamente con los menores en dichos planteles.

Señor Presidente, le ruego que me conceda diez minutos adicionales para terminar mi intervención, pues veo que me está urgiendo a que la finalice.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- El problema radica en que hay varios

Senadores inscritos para intervenir y debo darles la oportunidad de hacerlo.

Puede concluir, Su Señoría.

El señor BOMBAL.- Lo haré de inmediato, señor Presidente.

Siempre en materia educacional, se plantea flexibilizar el cumplimiento de los objetivos fundamentales y contenidos mínimos de la Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza para alumnos con discapacidad, porque de

otro modo no pueden ser promovidos de un curso a otro, y eximir de los cursos de idiomas extranjeros a los niños fisurados.

Integración laboral

-Subvencionar la capacitación, contratación de mano de obra y adecuación del lugar de trabajo, u otorgar franquicias tributarias a dichas actividades.

-Asegurar la continuidad entre capacitación e inserción laboral de las personas con discapacidad.

-Formar equipos multiprofesionales de apoyo a la capacitación laboral a nivel local.

-Canalizar la oferta de trabajo de acuerdo con las capacidades, nivel educacional del sujeto y necesidades del mercado de trabajo, y no únicamente hacia labores menores.

-La inserción laboral del discapacitado requiere seguimiento y apoyo.

-Establecer la discriminación positiva en empleos proporcionados por el Estado, asegurando un mínimo de cupos para personas con discapacidad.

-Asociar incentivos tales como subsidio o franquicias tributarias progresivas al número de personas discapacitadas contratadas por un mismo empleador.

-Establecer la jornada de trabajo flexible para los discapacitados, medida que podría extrapolarse a mujeres, estudiantes y personas de la tercera edad, y reconocerles la posibilidad de jubilar anticipadamente.

-Crear un fondo para dar financiamiento a microempresas de personas discapacitadas.

-Consagrar la licencia laboral para los padres o guardadores del discapacitado por enfermedad de éste.

-Otorgar franquicias aduaneras y tributarias respecto a computadores personales destinados a personas con discapacidad. Hoy día los no videntes pueden expresarse de manera más eficaz mediante un computador, pero muchos de ellos no cuentan con medios para adquirirlo.

-Subsidiar talleres protegidos para adultos discapacitados.

Integración social

-Fomentar mediante cofinanciamiento y asesoría la constitución y gestión de organizaciones sociales dedicadas a la integración de personas con discapacidad.

-Participación de esas organizaciones sociales y de discapacitados en la elaboración de políticas, planes y programas relativos a la discapacidad y en la evaluación de su ejecución.

-Convocar al sector privado para que apoye iniciativas de integración y concurra a financiarlas.

-Crear casas de acogida para asegurar una residencia digna a personas con discapacidad que no puedan procurársela.

-Incentivar a las municipalidades para que aceleren la eliminación de barreras arquitectónicas y urbanas y reducir los plazos para llevar esto a la práctica. Ellas deben asumir también su deber de instalar semáforos audibles, con tiempos adecuados para las personas con discapacidad, señalética en braille, elevadores o rampas para uso de pasarelas peatonales.

-Imponer a los medios de comunicación social televisivos no sólo la recomendación, sino también la obligación de incluir en sus noticiarios un recuadro con lenguaje de señas y la verbalización de informaciones que aparecen escritas en pantalla, como la hora, la temperatura, los servicios ofrecidos, los nombres de quienes son entrevistados y otros subtítulos.

-El transporte público es inadecuado para las personas con discapacidad: los accesos no están adaptados con pasamanos, rampas o elevadores, y los cobradores automáticos son un estorbo adicional para un discapacitado; es preciso proporcionar en ellos indicaciones e instrucciones escritas, en lenguaje de señas (en braille o sonoras). Se puede invertir la circulación interna en los buses, de modo que el descenso pueda hacerse por la puerta delantera a la vista del conductor. ¡Cuántos discapacitados perecen o sufren todavía peores mutilaciones al no advertir el conductor cuando bajan por la puerta trasera!

-Asegurar la atención prioritaria a las personas con discapacidad en entidades estatales y privadas que atienden público. Además, se deben habilitar en todos los servicios públicos accesos, lugares y funcionarios para la atención de

personas con discapacidad, así como indicaciones e instrucciones en lenguaje de señas, en braille y sonoras. La readecuación de los locales de servicios públicos es demasiado lenta, por lo que se debe imponer a sus responsables plazos precisos y, si es menester, sanciones por incumplimiento. La ley establece una cantidad de indicaciones en esta materia que no se respetan.

-Eleva el puntaje que otorga la discapacidad para obtener subsidio habitacional y no exigirles ahorro previo o pago de una cuota inicial o de enganche en los créditos hipotecarios con fines habitacionales.

Prevención

Sobre el particular, se debe:

-Aumentar el número de profesionales en especialidades vinculadas a la discapacidad, la mayoría de las cuales son deficitarias.

-Poner fin al monopolio universitario en la formación y certificación de especialidades médicas.

-La formación de profesionales del área de la salud y de profesores que trabajan con personas con discapacidad debe incorporar técnicas de relaciones

interpersonales con éstas basadas en el respeto; ofrecer incentivos en materia de capacitación y perfeccionamiento de estos profesionales.

-Fomentar la investigación científica en el área de la discapacidad y de las enfermedades que generan discapacidad, incluyéndola en el artículo 13 de la ley N° 19.284.

-Combate a la drogadicción y al alcoholismo, que son la antesala de discapacidades adquiridas. Incluso se dice hoy día que las personas que han caído en el mundo de la droga deben ser tratadas dentro del mundo de la discapacidad.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Ya expiró su tiempo, señor Senador.

El señor BOMBAL.- Estoy concluyendo, señor Presidente.

-Prohibir el uso de pesticidas que generan discapacidades y fiscalizar el acatamiento de tal prohibición.

Evaluación y Certificación de la Discapacidad

En materia de evaluación y certificación de la discapacidad, una tarea muy importante es traspasar o extender las funciones de evaluar y certificar la discapacidad a otros organismos públicos y privados, además de las COMPIN; entre

otros, a FONASA. Alternativa: modificar los artículos 6° y 7° de la ley N° 19.284 para que se pueda realizar la evaluación y certificación mediante certificado médico; simplificar los procedimientos que son lentos y engorrosos; diferenciar entre discapacidades congénitas y adquiridas; suprimir la exigencia de reevaluar las discapacidades irreversibles e irrecuperables.

Señor Presidente, el último punto es demasiado central, por lo que solicito se me dispensen algunos minutos más.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Hay varios inscritos y es preciso darles tiempo para intervenir.

El señor BOMBAL.- De acuerdo, señor Presidente. Pero se trata del trabajo de un año de la Comisión.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Entonces, le pido agilizar su intervención.

El señor BOMBAL.- Restan pocas páginas del informe, señor Presidente. A lo mejor podría omitirlas, pero estoy cierto de que los señores Senadores, debido a sus múltiples obligaciones, no tendrán tiempo de leerlas. Por lo menos, he realizado los extractos respectivos.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Puede continuar, señor Senador, pero le solicito ir concretando las ideas.

El señor BOMBAL.- La Comisión, señor Presidente, pidió que, específicamente en estos puntos, se efectuara la relación completa del testimonio presentado por la gente ante la Comisión. De manera que no sólo estoy dando lectura al informe, sino también exponiendo ante la Sala lo que en la Comisión se planteó. Nada más.

Como decía, en materia de evaluación y certificación, la discapacidad debe ser evaluada después del tratamiento y el suministro de ayudas técnicas. La evaluación previa mide el déficit anatómico.

-Sustituir el parámetro porcentual de las limitaciones o disfunciones que permiten calificar la discapacidad por otro conceptual, tal como “sensible”, “importante” o “determinante”.

-Incorporar en el diagnóstico de la discapacidad mental a los que trabajan con la persona evaluada.

-Estudiar el impacto de la calificación de la discapacidad en el afectado, su familia y la sociedad.

Atención de Salud

Respecto de atención de salud, las propuestas son las siguientes:

-Incluir en el sistema de la ley sobre discapacidad a enfermedades discapacitantes como autismo, fibrosis quística, esclerosis múltiple, hemofilia, espina bífida y enfermedades metabólicas, que hoy día no se consideran parte de la discapacidad.

-Discernir e implementar medidas de apoyo a la madre del discapacitado recién nacido. No existen normas sobre la materia.

-Extender los programas de salud escolar por sobre la edad de 15 años cuando se trate de personas con discapacidad.

-Eliminar el copago de prestaciones directamente asociadas a la discapacidad del cotizante o beneficiario.

-Modificar los planes de salud de las Instituciones de Salud Previsional y del FONASA para exceptuar las limitaciones en el número de prestaciones psicológicas y psiquiátricas de personas con discapacidad, y para financiar

prestaciones, ayudas técnicas, medicamentos y alimentos especiales requeridos por ellas.

-Fiscalizar eficazmente que las Instituciones de Salud Previsional no discriminen a las personas con discapacidad por la vía de ofrecerle planes más gravosos o entabando su ingreso o permanencia en el sistema.

-Fomentar la fabricación de ayudas técnicas en Chile y ejercer un control de calidad sobre ellas, cualquiera que sea su procedencia; no privilegiar el factor costo por sobre la calidad a la hora de otorgar financiamiento.

-Considerar ayudas técnicas los “beepers”, computadores, teléfonos y fax adaptados a las personas con discapacidad, así como las prótesis peneanas para parapléjicos. Financiar la actualización de ayudas técnicas, tales como anteojos y audífonos, cuya eficacia en el tiempo varía.

-Prohibición de encarcelar enfermos mentales y de aplicar “electroshock”. Modernizar la ley de salud mental.

-El control de natalidad o esterilización de personas con discapacidad impedidas de adquirir hábitos. Es un tema que está siendo debatido y respecto del cual sólo hacemos mención.

Rehabilitación

Finalmente, señor Presidente, en cuanto a rehabilitación:

-Creemos que el Estado debe asumir la parte que le toca, que se encuentra entregada casi exclusivamente al sector privado.

-Se debe paliar la escasez de centros de rehabilitación para adultos.

-Hay que dar a conocer el deporte competitivo y de alto rendimiento de las personas con discapacidad, para que puedan acceder a los beneficios de la ley del deporte.

-Es preciso fiscalizar a las entidades que otorgan prestaciones de rehabilitación.

-Se debe eliminar la exigencia de presentar tres cotizaciones para adquirir ayudas técnicas, así como los coportes exigidos por FONADIS cuando se trate de personas de escasos recursos.

Dejo para la consideración de los señores y señoras Senadores el marco jurídico general (páginas 64 y 65 del informe), su relación con la estructura del Estado (página 65), y su relación con la acción del Estado (página 66).

Conclusión

La Comisión de Salud ha consignado sistematizadamente todas las recomendaciones y propuestas recibidas de las personas, organizaciones y servicios escuchados en estos meses, y cumple con entregarlas al Senado para que, si lo tiene a bien, las ponga en conocimiento de las entidades señaladas al comienzo de mi exposición.

Al concluir el presente informe, pido nuevamente excusas por haberme extendido, pero la naturaleza del tema a nuestro juicio así lo ameritaba, y agradezco en nombre de la Comisión la atención prestada por esta Sala.

Agradezco del mismo modo a los Senadores señores Enrique Silva Cimma y Enrique Zurita Camps su valerosa participación como miembros titulares de la Comisión. Su experiencia y activa colaboración resultaron determinantes a la

hora de concluir nuestra labor. Ellos, entretanto, dejaron de pertenecer a la Comisión de Salud y pasaron a incorporarse a otras Comisiones de este Senado.

Agradecemos a todas las personas e instituciones que nos prestaron valiosos testimonios, los cuales hemos procurado estampar en este informe; y a la Secretaría de la Comisión, por su encomiable trabajo, que hoy día ha quedado a vuestra disposición, Honorables colegas, esperando contar con su aprobación, para que el aporte del Senado de la República llegue a todos aquellos que enfrentan responsabilidades en el tema de la discapacidad, pero sobre todo a quienes con buena voluntad reciban las propuestas, a fin de que los afectados encuentren así un alivio a su condición y puedan sentirse plenamente incorporados con mayor dignidad a la vida de nuestra sociedad.

Reitero mis disculpas por lo extenso de mi exposición.

He dicho.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Senador señor Ruiz-

Esquide. A Su Señoría le corresponde el tiempo normal de una intervención en la discusión general.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- Señor Presidente, intentaré ser breve, en la medida en que el informe del señor Presidente de la Comisión ha sido extraordinariamente exhaustivo y claro en relación con un asunto que de repente parece muy lejano pero que el día menos pensado termina por ser algo que a todos nos toca y nos puede complicar la vida.

Juzgo valeroso que hayamos realizado un diagnóstico demostrativo de la insuficiencia de las cifras actuales, y, por ende, de la forma en que se enfoca la situación, y, por ende, de la incapacidad de dar mayores recursos y enfrentar la cuestión de una manera más global. No se puede concluir que existe una cierta relación entre lo que encontramos como porcentaje de discapacitados y lo que hoy registran las cifras medianamente oficiales u oficiosas de que disponemos.

A mi juicio, ha sido extraordinariamente útil -y ello se debe valorar y señalar- que el Senado aborde un aspecto humano como el que nos ocupa, el cual tiene que ver con 10 por ciento de los chilenos y nada con las discusiones materiales en que muchas veces nos enfrascamos.

Me sumo, también, al reconocimiento por el modo como trabajó el personal de la Comisión.

En ese cuadro, no efectuaremos más diagnóstico que lo ya expresado, y tampoco es posible discutir en detalle cada uno de los veintitantos planteamientos contenidos en el informe. Sólo deseo enfatizar algunos de ellos.

En los números 1 y 2 se exhibe un enfoque distinto de lo actual, como ha dicho el señor Presidente de la Comisión. Es decir, la discapacidad no se debe entender sólo como una enfermedad, ni sólo como una consecuencia necesaria para ejercer la solidaridad o la pura caridad: debe enmarcarse en lo que hoy se entiende como la igualdad de los derechos humanos, cualquiera que sea la condición de las personas. Y, como lo hemos aseverado muchas veces en lo relativo a las políticas sobre la infancia, se debe considerar a quienes sufren discapacidad como sujetos de derecho y no sólo como objeto de ciertas y determinadas conductas.

En lo atinente al N° 2, cabe enfatizar cuando se hace referencia a la participación. O sea, la Comisión estima –y ha sido el resumen de lo que también ha consignado su Presidente- que no sólo se trata de puntualizar, como sociedad o

como autoridad, lo que se debe hacer con la gente, sino que son los propios afectados en un momento determinado por una minusvalencia los que deben exponer: “Queremos caminar por el largo camino que tiene por delante la discapacidad en Chile y éstas son las ideas centrales en que debemos trabajar.”.

Aun en democracia, señor Presidente, mantenemos cierta tendencia a caer en una suerte de “democratismo ilustrado”, como si a las autoridades nos asistiera realmente, desde el punto de vista técnico o político, el conocimiento como para definir lo que se debe hacer. Ése es un enfoque totalmente obsoleto. Y hoy el mundo se mueve al respecto de otra manera. En ese sentido, pienso que la Comisión informante se sitúa en la correcta política que se debe seguir.

En los números 4 y 5 se observa un tema central cuando se mencionan los cambios que se deben introducir en la educación. Y sólo deseo destacar lo siguiente. El contenido del informe no sólo dice relación al grupo de chilenos de que se trata: debe ser, también, la base fundamental de la manera en que se debe enfocar la educación. Y a ello apuntan las modificaciones efectuadas en los últimos años, en lo que todavía queda mucho por caminar, desgraciadamente.

Aprovecho la oportunidad para recordar, una vez más, que cuando se ha discutido respecto de la educación parvularia, ámbito básico para una enorme cantidad de personas con dificultades de aprendizaje, se ha subrayado que no se va por el camino correcto si no se otorgan los recursos necesarios y no se percibe que ello es lo esencial. El desarrollo del niño en los dos primeros años es la base del que experimentará en el futuro. Podrá ser objeto de esfuerzos espectaculares a los 7, 8 ó 10 años, pero se perderá el tiempo si no han sido desplegados antes de los dos años.

También aprovecho para hacer constar, en relación con el N° 6, que cuando se debatió sobre la evasión tributaria le manifestamos al señor Ministro de Hacienda el interés en que parte de los recursos se destinaran a la educación y el financiamiento universitarios. Dicho número se refiere a becas para la educación superior de los discapacitados. Ese Secretario de Estado señaló a varios de los Senadores presentes que el objetivo aludido contará con al menos 20 por ciento de lo que se generará en el marco de los cinco años contemplados en relación con el proyecto respectivo. Pensamos que asimismo debe incorporarse en ello lo comprendido en los números 7, 8 y 9.

Para ahorrar tiempo, señor Presidente, sólo precisaré que en las proposiciones incluidas en los números 10, 11 y 12 hay algo que vale la pena mencionar. Ellas tienden a la concreción de franquicias aduaneras, de fondos para microempresas y de jornadas flexibles. Me parece que esto último se explica por sí solo, porque son condiciones que se deben buscar para que se materialice lo que los beneficiarios pueden rendir.

Pero, además, deseo formular un llamado a la señora Ministra de Salud, aquí presente, con relación a las políticas a las que permanentemente se ha debido recurrir. En efecto, numerosas enfermedades que hoy enfrentan los discapacitados no se pueden tratar oportunamente por dificultades de financiamiento y muchos de sus costos provienen de impuestos de internación. En la actualidad, una enorme cantidad de medicamentos pudiera prevenir ciertas consecuencias. Y, considerado el punto no sólo en cuanto a la solidaridad y al derecho humano involucrados en la perspectiva en que planteo el tema, sino también en el sentido de la más pura práctica económica, al Estado le resulta más conveniente dejar de percibir esos recursos tributarios y no enfrentar después el imperativo de gastar ante

el agravamiento de las mismas personas cuya situación hubiera podido ser precavida a través de un mejor financiamiento. Ésa es una de las cuestiones de la reforma de la salud y de los conflictos originados que es preciso resolver, lo que dice relación precisamente a las enfermedades catastróficas, muchas de las cuales se encuentran ligadas a los puntos discutidos.

Igualmente consigno otro aspecto que me parece absolutamente pertinente, relativo a los números 16 y 17. En ellos se hace referencia, respectivamente, a “Aumentar el número de profesionales en especialidades médicas vinculadas a la discapacidad” y a “Fomentar la investigación científica en el área de la discapacidad”, etcétera. Ello resulta esencial. Hoy, uno de los grandes obstáculos en la atención de salud y, por lo tanto, en la que se debe otorgar a personas que, además, son minusválidas en su capacidad de vivir en la sociedad, es el costo brutal de los tratamientos. Cualesquiera de ellos, en el caso de uno de esos pacientes, en especial de un niño, es del orden de 500 mil, 600 mil u 800 mil pesos mensuales. Y eso es algo que no se puede solventar si no aumentamos la capacidad de tratamiento de la pirámide de la salud con respecto a ellos.

Lo anterior se relaciona con la forma como debemos planificar la prevención y la atención de salud en el país, lo cual debe hacerse de una manera diferente de la que existe hoy día. Porque -querámoslo o no- cualquiera que sea la opinión que se tenga para resolver el asunto, actualmente se centra más bien en la curación, y no en la prevención; en la especialización, y no en el modo de analizar lo concerniente a la salud familiar; en la aglutinación de profesionales de la salud en grandes ciudades, dejando a la ruralidad absolutamente al margen de su capacidad.

Es pertinente que nos aboquemos al problema, lo cual creo que es muy valorado por la señora Ministra.

Señor Presidente, en el poco tiempo que me queda, sólo deseo referirme a lo ya manifestado en lo que dice relación a modernizar la ley de salud mental.

Hace muchos años que en Chile, a raíz del accionar de la sociedad, de la manera como se establecen los valores, del modo en que a la gente se le presenta una utopía y luego la misma sociedad no es capaz de darle forma para que pueda

hacerse realidad o alcanzarla, hemos venido sosteniendo que existe un acrecentamiento de los problemas vinculados a la salud mental.

Los señores Senadores conocen los distintos planteamientos realizados en tal sentido por diversas instituciones. En verdad, existe determinado porcentaje de personas con conflicto de salud mental, grave o menos grave, y que de algún modo las transforma en discapacitadas. Su forma de enfrentar la vida es insuficiente e inapropiada, y deriva de que la sociedad chilena se ha convertido, como ocurre en todo el mundo occidental, en algo inadecuado para vivir, siendo su mayor síntoma precisamente lo que los psiquiatras llaman “anedonia”, o falta de alegría para vivir en una sociedad que, en gran medida, se libera de compromisos de esa naturaleza.

Para enfrentar lo anterior se requiere de más recursos, de un enfoque distinto de lo que significa la prevención de la salud mental, como también se necesita levantar la mirada para luchar contra algo que nada tiene que ver con los problemas más cercanos al aspecto material de la salud. Esperamos que ello sea posible. No lo digo con el ánimo de entrar en una discusión de otra naturaleza.

Si pretendemos ser consecuentes con lo que estamos haciendo hoy, es necesario apoyar toda idea tendiente a generar recursos frescos, los que seguramente provendrán de un proyecto que se encuentra en trámite en el Senado. Asimismo, espero que se puedan obtener fondos, entre otros mecanismos, a través de la iniciativa sobre evasión tributaria y mediante la inversión en salud que el Estado y el país en su conjunto necesariamente deberán realizar, por cuanto no es posible enfrentar el perfil epidemiológico -donde se incluye este tipo de problemas- si no aumentamos al doble, a lo menos, el porcentaje del producto interno bruto destinado a dicha área.

Por otra parte, con respecto a los números 25 y 26 del informe, hay un aspecto donde hemos puesto mucha fuerza. Me refiero a las medidas que debe adoptar el Ministerio de Vivienda y Urbanismo. Sobre el particular, debo señalar con franqueza que no se trata de algo que haya surgido hoy o ayer, sino que data desde hace muchos años. Y, a mi juicio, debe ser enfrentado tanto por las autoridades de Gobierno como por el sector privado.

Mi observación apunta a lo siguiente. En Chile no se construyen casas para que sirvan de hogares, sino casas que inducen a que los padres, sus hijos y los miembros de la familia vivan fuera de ellas, sin que exista posibilidad alguna de transformarlas en un “nido” saludable para quien las habita. En una casa pequeña no hay espacio para los niños, ni para atender a una persona discapacitada como corresponde.

Entiendo los problemas que existen, como también a los señores arquitectos y las políticas aplicadas por esa Secretaría de Estado. Pero, para ser franco, si el problema no se soluciona no habrá familia. Y en la medida en que no ayudemos a construirla, no existirá gente sana para enfrentar la vida.

Ahí radica el problema de los discapacitados y de los accidentes familiares o domésticos, que generan un porcentaje no menor de lisiados.

Por eso, estimo que es necesario mirar de otra manera la construcción de las ciudades en Chile, porque de lo contrario -como lo dijo hace muchos años un gran arquitecto, y lo sostuvo también un connotado sociólogo-, llegaremos a tener

ciudades hechas para las paredes de los edificios, donde las personas no podrán realmente desarrollarse en mejor forma.

Si pretendemos evitar la existencia de más discapacitados y si deseamos desarrollo material y crecimiento para que la gente progrese conforme al viejo concepto maritainiano, me parece que este problema debe ser abordado con mucha fuerza.

Por último, señor Presidente -y con esto termino, pues no deseo cansar a Sus Señorías-, considero que debemos hacer un esfuerzo, sobre la base de lo manifestado en esta Sala y en la Comisión, para que el Senado adopte el acuerdo final de solicitar al Gobierno que ponga urgencia a los proyectos pendientes -he tenido el honor de presentar varios de ellos junto a otros señores Senadores y Diputados-, con el objeto de construir de a poco la fórmula que planteamos y acercarnos así a tratar un problema que no se resuelve con veinticinco medidas, sino fundamentalmente con un gran debate, el cual debe llevarse a cabo sin conmiseración, pues, sobre todo, debemos considerar que los discapacitados son

chilenos como nosotros, a quienes Dios, por el momento –insisto, por el momento-, ha tenido la gentileza de permitirnos vivir sin minusvalía.

Muchas gracias.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Ríos.

El señor RÍOS.- Señor Presidente, tanto el Senador señor Bombal como el Honorable señor Ruiz-Esquide han proporcionado amplia información sobre un problema que fue analizado con mucho entusiasmo y con bastante profundidad en la Comisión de Salud.

Ya se han comentado los aspectos más esenciales sobre la materia.

Sólo deseo destacar cuatro o cinco puntos de interés.

En primer lugar, con respecto al informe que los señores Senadores y la señora Ministra tienen en sus escritorios, a lo mejor lo establecido en el número 1 implica avanzar en todo cuanto resulta necesario para el mundo de los discapacitados en Chile, cuya situación hemos venido conociendo específicamente a partir de la creación del FONADIS. Dice el numeral: “Recomendar la incorporación de la idea de cambio cultural en las políticas, planes, programas y acciones de los

organismos del sector público y entidades del sector privado, incluidos los medios de comunicación social.”.

En el fondo, ese texto lo dice todo, señor Presidente. Porque ciertamente, en materia de discapacitados, al margen de las ignorancias que tenía la sociedad chilena -tanto en lo referente a la cantidad de personas que se encuentran en esa situación, a las características de ellas, a los problemas sociales que deben enfrentar, como a su vida académica, educacional, cultural, de ciudadanos, laboral, etcétera-, nos encontramos con un país realmente admirable, en el que existe un ánimo fantástico para salir adelante con los problemas, y donde se pide una sola gran cosa: comprensión de la sociedad por una forma de vida no escogida por ellos, pero que deben enfrentarla conforme a sus propias características físicas, psíquicas, intelectuales o de cualquier orden.

El segundo punto que, a mi juicio, es importante resaltar se refiere a las universidades chilenas, las cuales presentan algunos grados de discriminación positiva al establecer de pronto puntajes especiales para el ingreso de estudiantes

con capacidad deportiva. Esto lo hacen para ir conformando una actividad deportiva importante al interior de sus aulas.

En ese sentido, es evidente lo señalado en el número 9, que consagra la discriminación positiva en empleos proporcionados por el Estado, y también por el sector privado. En efecto, no se deben establecer diferencias, pues en materia de discapacidad la responsabilidad es un problema de todos los chilenos; por lo que resulta necesario asegurar un mínimo de cupos para las personas que se encuentran en esa condición, como asimismo la existencia de elementos y caminos para ello. Siguiendo un poco el mismo ejemplo que acabo de mencionar respecto de los deportistas, efectivamente se hace todo lo contrario: se termina premiando las capacidades físicas, en una discriminación positiva; sin embargo, no se da fuerza a las discapacidades, que es el otro lado de la medalla y que desde el punto de vista social obliga a tener mayores consideraciones.

Algo muy importante en el sistema laboral -lo he vivido personalmente en mis actividades empresariales- es la necesidad de poner fin a la incompatibilidad entre subvenciones asistenciales y remuneraciones, que impide la inserción en el

trabajo; o bien, darle carácter transitorio, para cuyo efecto debería modificarse el decreto ley N° 869. ¡Esto es básico!

El resolver ese aspecto significa dar vuelta la página a un problema laboral que afecta a miles y miles de personas discapacitadas.

Es preciso reconocer que la contratación de muchos trabajadores con discapacidad se efectúa en el más absoluto silencio. Ambas partes la mantienen en secreto a fin de que el interesado no pierda la subvención asistencial que percibe. ¡Eso es real! Quiero ser muy franco y confesar que yo también lo he hecho, en complot -por así decirlo- con el propio discapacitado. Porque si uno diera cuenta de ese hecho se suspendería la subvención, y volver a obtenerla implica para él o ella un problema tremendamente complicado, largo, caro, tedioso y difícil, y muchas veces no la consiguen de nuevo.

Por tal motivo, sería útil zanjar el punto. Y digo “útil” porque al Estado no le significará desembolso; en cambio, la persona discapacitada sí dispondrá de más recursos para financiar su sistema de vida, que por lo general es más caro que el del resto de la población.

Tiempo atrás conversábamos sobre la encarcelación de los enfermos mentales. La Comisión examinó el tema y en sus conclusiones sugiere prohibir la reclusión de ellos. Sin embargo, el asunto requiere un análisis más profundo. No resulta tan fácil cumplir esa recomendación cuando en el exterior de los recintos penitenciarios no existen edificios con infraestructura adecuada, ni los técnicos ni las capacidades necesarias para atender el problema. Además, no corresponde extender la labor de las cárceles a un asunto inherente al campo de la salud.

Hay algunas cosas que ya se encuentran resueltas. El Senador señor Ruiz-Esquide se refirió al tema de la vivienda. En la actualidad, existe una disposición que obliga al SERVIU a construir casas para gente con discapacidad. Pero hay ignorancia al respecto, tanto entre los funcionarios de dicho Servicio que deben aplicar la norma, como de los eventuales beneficiarios del mundo social.

En virtud de esa disposición, la persona afectada por algún grado de discapacidad motriz u otra debe dar a conocer su condición antes de iniciarse las obras de la nueva población, para que la respectiva vivienda se construya teniendo

presentes las características de esa limitación, y no haya de adecuarse posteriormente.

Lo expuesto retrotrae a la recomendación N° 1: a la idea de un cambio cultural, pero no sólo en las políticas y los planes, sino también en la actitud del país, que en definitiva es lo más relevante.

A propósito de lo anterior, en una reunión efectuada en la provincia de Arauco, que contó con la presencia del Director del FONADIS anterior al actual, hubo un intenso debate entre la representante del SERVIU y el Senador que habla. Ella sostenía que la norma a que me referí hace algunos momentos no existía. Fue necesario enviarle copia, y entonces comprendió que debía asumir la responsabilidad de hacerla cumplir en forma apropiada, en beneficio de los discapacitados de la zona.

Con relación a los consejos comunales de la discapacidad, una de las más grandes sorpresas que tuvimos en la Comisión de Salud fue enterarnos de que en alrededor de 300 comunas ellos no se encuentran conformados. ¡En 300 comunas

-de un total nacional de 341-, cada una con su alcalde y concejales, no se han constituido los consejos!

Aquí se han entregado varias cifras acerca del número de discapacitados. Hay una en la que todos concordamos, tanto desde la perspectiva nacional como internacional: el 4 por ciento de toda población o asentamiento humano existente en cualquier lugar de Chile -en las montañas, en el desierto, en la costa- es discapacitado o padece algún grado de limitación.

Por eso, el hecho de que no se hayan formado los consejos de discapacidad a lo largo del territorio es, simplemente, una actitud negativa de la autoridad comunal, la que ha dado vuelta la espalda a un grupo significativo de la población al no dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 1° de la Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades, según el cual éstas son corporaciones de derecho público cuya finalidad es hacer partícipes del desarrollo económico, social y cultural a los habitantes de la comuna.

Por lo tanto, el hecho de que se estén marginando las posibilidades de actuar en la materia me hace suponer que ésa fue una de las razones por las cuales en 1997, 1998 y 1999 los recursos del FONADIS no se ocuparon en su totalidad.

Cada uno de esos años el FONADIS devolvió una cifra cercana a 240 millones de pesos. Dichos fondos no se utilizaron. Tal vez no se elaboraron programas o hubo falta de capacidad administrativa. No sé. Lo cierto es que no se ocupó el ciento por ciento de los recursos destinados a los discapacitados de Chile. Entiendo que el Director del FONADIS de la época no contó con los aliados que se requieren para poder actuar, entre los cuales figuran en primer término los concejos comunales, o sea, básicamente las municipalidades.

Nosotros consultamos en los 341 municipios si se había conformado el Consejo Comunal de la Discapacidad. Nos contestó sólo el 32 por ciento de ellos. De ese porcentaje, 20 por ciento (menos de un tercio) respondió de manera afirmativa. Imagino que el resto no demostró interés, por falta de conocimiento sobre el particular.

Eso es inmensamente delicado, porque si las municipalidades no actúan se producirá un retroceso en este aspecto y se perderá el esfuerzo realizado para crear y alentar diversas acciones mediante la dictación de una ley porque ésta no se cumple cabalmente.

De otro lado, señor Presidente, me impresiona la gran cantidad de oficinas, recintos públicos y otros que no lo son pero que también atienden gente, como las notarías y conservadores de bienes raíces (no sé exactamente qué son desde el punto de vista jurídico, pero en algunas partes existe sólo uno de cada uno), ubicados en los pisos superiores de un edificio, a donde se llega por una escalera difícil de subir incluso por la gente mayor. Se ha sugerido, por ejemplo a los conservadores de bienes raíces, instalarse en un primer piso, dado que quienes acuden a esas oficinas son principalmente personas de edad, pero han hecho caso omiso. Es decir, no les interesa. No hay una cultura, actitud ni disposición para resolver este tipo de problemas.

Por eso, señor Presidente, de aprobarse el informe de la Comisión de Salud, que en términos globales explicitó su Presidente, Senador señor Bombal, en

atención a la trascendencia de los temas abordados en él no debe transformarse en un acuerdo más del Senado. Éste debe expresar su voluntad de hacer un seguimiento de cada uno de los puntos, a fin de ir conociendo paulatinamente, semana tras semana, o mes a mes, la respuesta a las inquietudes planteadas.

Para ese efecto, propongo que la Comisión de Salud -si así lo estima la Sala- se encargue de lo siguiente: conocer los avances en esos acuerdos; combinar con el Ejecutivo las acciones que correspondan; resolver los problemas legislativos indicados, y avanzar en aquellas formas de acción y ejecución que es necesario aplicar en todos los lugares de nuestra tierra.

En definitiva, la acción que estamos iniciando hoy deberá cambiar fundamentalmente la actitud de los chilenos, que es el principal problema para enfrentar de modo adecuado el mundo de los discapacitados de Chile.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Viera-Gallo.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, todos entendemos la importancia de esta materia, porque afecta a un número muy considerable de nuestros conciudadanos.

Como aquí se ha dicho, según la encuesta CASEN de 1996, ese número alcanza a 616 mil personas, equivalente a 4,3 por ciento de la población. Pero, si nos atenemos a las cifras de la Organización Mundial de la Salud, en realidad se trataría de 1 millón 400 mil individuos. Estos resultados dependen mucho del modo en que se realice la correspondiente encuesta: cómo se pregunta, y qué es lo que se entiende por discapacidad.

En la Comisión todos estuvimos muy de acuerdo en cuanto a las medidas tendientes a resolver el problema, o a contribuir a la formulación de una política que lo enfrente de modo adecuado, conforme a la filosofía que data desde la Declaración sobre Derechos de la Discapacidad, de las Naciones Unidas, de 1975. Tal declaración fue recogida en la ley que creó el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS).

El problema es siempre el mismo, y en torno de él hemos estado dándonos vueltas: de dónde obtener los recursos para implementar las correspondientes políticas. Porque poco sacamos con definir políticas abstractas, de buenas intenciones, si después faltan los dineros para su realización.

Nosotros, al redactar el informe, nos preocupamos de ese aspecto.

Rogaría a los señores Senadores que reparen en lo que se dice en la página 56 del documento en cuestión, donde hay algo que es muy importante al respecto. Existe, además, un trabajo que no fue incorporado al informe, pero que tengo en mis manos, que preparó la Oficina de Informaciones del Senado a nuestra petición, en el cual se señala de dónde se podría obtener al menos una parte de los recursos necesarios para llevar adelante las políticas pertinentes.

Estamos todos conscientes de que la Constitución impide establecer impuestos para determinados gastos. No sé si será un buen principio, porque, por otra parte, muchas veces lo hemos hecho, aunque en forma disfrazada.

Pero la situación es la siguiente: si tomamos en cuenta los juegos de azar existentes en el país, veremos que hoy día el correspondiente a las apuestas hípcas, sumado el Teletrak, abarca el 47,4 por ciento de ese mercado. O sea, es mucho más que la Lotería, mucho más que la Polla Chilena de Beneficencia, y otros.

Los premios de las loterías están afectos al 15 por ciento de Impuesto de Primera Categoría; en cambio, los de la híptica lo están a un gravamen único de

beneficio fiscal, cuya tasa es de 3 por ciento sobre las apuestas mutuas realizadas en cada hipódromo, incluyendo el sistema de Teletrak. Cabe precisar que hasta 1981 el sistema de apuestas mutuas de los hipódromos debía contribuir, además de la mencionada tasa de 3 por ciento, con el 3,88 por ciento destinado a financiar la previsión social, lo que fue derogado con posterioridad.

Por último, existe un impuesto por el ingreso a las salas y recintos de máquinas de juego de los casinos de Arica, Coquimbo, Viña del Mar y Puerto Varas, el que asciende a 0,07 unidades tributarias mensuales; aunque por su alta especificidad es de muy bajo rendimiento.

Sucedo que hoy día ha aumentado enormemente el mercado de la hípica por la tecnificación del Teletrak. De hecho, todos los días hay carreras de caballos, en las cuales se puede apostar. Eso está gravado con un impuesto de 3 por ciento. En cambio, los premios de las loterías lo están con 15 por ciento. Ello no parece razonable desde ningún punto de vista. Entonces, ¿qué se podría hacer?

Hasta 1981, el sistema de apuestas mutuas de los hipódromos contribuía al financiamiento de la previsión social con una tasa de 3,88 por ciento.

Bajo el supuesto del rendimiento más bajo de los últimos años, de 17 mil 500 millones en 1999, restablecer un gravamen de esa misma naturaleza arrojaría una recaudación estimada adicional de 4 mil millones de pesos. Si Sus Señorías tienen presente cuánto es el fondo del FONADIS, establecido en un cuadro sobre cuánto gasta cada institución, el Ministerio de Planificación, a través del FONADIS, desembolsa 2 mil 181 millones.

Por lo tanto, reponer el impuesto que gravaba la hípica hasta 1981, significaría doblar el fondo de FONADIS. Si además, siendo razonables, impusiéramos la misma carga fijada a las loterías -es decir el impuesto único de 15 por ciento, igualando el de los juegos de azar-, obtendríamos una recaudación de 11 mil millones. Evidentemente, eso nos dejaría en condiciones de implementar muchos de los mecanismos hoy día planteados en el informe de la Comisión.

Señor Presidente, soy de los que piensan que los problemas sociales de nuestro país no pueden enfrentarse en general con aumento de los impuestos. Al contrario, opino que hemos llegado a un punto en que topamos fondo, al menos durante el Gobierno del Presidente Lagos, muy probablemente; y que, en

consecuencia, los compromisos sociales se tendrán que cumplir de manera diferente al alza de impuestos. Pero aquí estamos evidentemente ante un vacío, porque nadie puede sostener que, con la tecnificación de la hípica y el hecho de que se corran carreras todos los días, además del funcionamiento del Teletrak como está, sea justo que a la hípica la afecte un tributo cinco veces inferior al establecido para las loterías.

Entonces, de lo que se trata, creo yo, es de que el Senado tome conciencia, aprovechando la presencia en la Sala de dos señoras Ministras de Estado. Y pido hacer llegar al señor Ministro de Hacienda un oficio, en mi nombre, para darle a conocer el informe financiero elaborado por la Oficina de Informaciones del Senado para la Comisión. Así el Ministro y el Gobierno podrían estudiar la posibilidad de hacer justicia en lo atinente a los juegos de azar. Si así ocurriera, podríamos contar con una disponibilidad de recursos que podemos calcular en 4 mil millones en un caso, y en 11 mil millones en el otro.

Si pasáramos revista a las principales conclusiones del informe en lo referente a la acción del Estado, nos daríamos cuenta de que algunas de ellas se podrían implementar. Muchas de las cosas aquí señaladas respecto de las construcciones fiscales; de la educación; del perfeccionamiento del personal docente; de la posibilidad de que el Estado reserve una cuota dentro de su dotación de trabajadores que capaciten a personas con discapacidad; de levantar un catastro único, auténtico y actualizado de la población con discapacidad, requiere dinero y recursos. Entonces, o se obtienen nuevos fondos, o éstos se sacan de otras partes que se supone que están bien asignados. Si queremos ser consecuentes con el propósito de dar a la discapacidad la prioridad que aquí se ha señalado (figura en el informe), la única manera que me parece razonable para lograrlo es con el incremento de los recursos, sin apelar a un alza global de impuestos, o a una reforma tributaria, o a procedimientos que pueden perturbar la economía, o a dar una mala señal a la inversión y al ahorro, todo lo cual no es del caso discutir en el día de hoy en el país. Creo que a eso nadie se podría oponer, salvo tal vez los aficionados a la hípica, o

quienes tienen algún interés particular en esa actividad específica, que hoy día tiene una tasa de impuestos cinco veces inferior a la de los juegos de loterías.

Quiero señalar además que debiéramos avanzar con el proyecto de ley relativo a los casinos. Esa iniciativa, si entiendo bien, está durmiendo en la Cámara de Diputados. También la actividad de los casinos permanece hoy día sujeta a una tributación mucho menor de la que le corresponde. A menudo esas empresas muestran balances que no dejan utilidades, y solamente las afecta el impuesto de 0,07 UTM por el ingreso a las salas y recintos de máquinas de juego. No sería razonable que en Chile hubiera un desarrollo mucho más moderno y tecnificado de los casinos, como ocurre con los de Viña del Mar, Puerto Varas, Coquimbo, Arica o el de Pucón, sin una tributación adecuada a esa nueva y moderna situación.

Para concluir, señor Presidente -porque no quiero reiterar las ideas-, solicito el envío de un oficio, en mi nombre, al titular de la Cartera de Hacienda -a las señoras Ministras aquí presentes se lo puedo entregar personalmente-, para hacerle ver que, por esa vía, el Gobierno podría conseguir fondos adicionales para destinarlos a una política más eficaz en favor de la discapacidad, en concordancia

con el cambio cultural que el informe propicia, que la ley de FONADIS ha sancionado y que las políticas oficiales tanto del Gobierno del ex Presidente Frei como del Presidente Lagos han pretendido impulsar.

Por tanto, debe existir una cierta coherencia en el planteamiento, porque sin más recursos todas estas proposiciones serían sólo letra muerta.

El señor RÍOS (Vicepresidente).- El señor Bombal le solicita una interrupción, señor Senador.

El señor VIERA-GALLO.- Con mucho gusto.

El señor BOMBAL.- Simplemente deseo precisar que fue el Senador señor Viera-Gallo quien planteó a la Comisión la idea de que esta materia presentaba ciertos reparos constitucionales -de ahí que se hiciera el estudio- lo que no necesariamente significa que todos los señores Senadores estuvieron de acuerdo en su momento con la propuesta. Sí hubo concordancia en consignarla en el informe, porque parecía de alto interés el planteamiento a que hago referencia. Hago la precisión para los efectos del problema constitucional ahí planteado.

El señor RÍOS (Vicepresidente).- Puede continuar el Honorable señor Viera-Gallo.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, me parece importante lo consignado en la página 56 del informe de la Comisión de Salud, porque, en mi opinión, precisa lo que acaba de manifestar el Presidente de la misma, en cuanto a que “La Comisión consideró algunas ideas sobre fuentes de financiamiento de las acciones para prevención, atención y rehabilitación de personas con discapacidad.”. Se entiende que las consideró con una cierta simpatía, porque, de no ser así, no las habría incluido. Por cierto, ello no significa que se comprometa a cada uno de los Senadores.

El señor BOMBAL.- La idea era simplemente destacar que Su Señoría fue uno de los impulsores; nada más.

El señor VIERA-GALLO.- ¡Soy!

A mi juicio, el problema de constitucionalidad puede obviarse con mucha facilidad, como hemos hecho en múltiples ocasiones, por ejemplo, al tratar una iniciativa que aumenta el impuesto a la bencina y, al mismo tiempo, otorga un beneficio. Nadie dice que una cosa está ligada a la otra. Pero todos saben que así es.

Los recursos van a fondos generales y el Estado financia después los gastos correspondientes con ese aumento.

No voy a discutir aquí sobre si ese principio de la Constitución del 80 es positivo o negativo. Lo único que afirmo es que me parece responsable que, si estamos propiciando un mayor gasto público -eso es lo que estamos haciendo en el informe- indiquemos por lo menos al señor Ministro de Hacienda una posibilidad de obtener recursos sin alterar los equilibrios macroeconómicos ni aumentar la carga global tributaria, sino, por el contrario, estableciendo una simplificación de los tributos aplicables a los juegos de azar, para que sean parejos.

El señor RÍOS (Vicepresidente).-Señor Senador, existe la siguiente alternativa:

simplemente, enviar el oficio solicitado por Su Señoría, seguramente con la adhesión de otros señores Senadores; o preguntar a la Sala si aprueba el informe, teniendo en cuenta que en él se consigna lo planteado por Su Señoría, lo que permitiría una aprobación más global, según el contexto del informe de la Comisión de Salud.

Si le parece, señor Senador, podríamos esperar algunos minutos antes de enviar el oficio, a fin de obtener la aprobación global del informe.

El señor VIERA-GALLO.- Señor Presidente, sólo quiero destacar que un resumen del informe de la Oficina de Informaciones del Senado figura en la página 56; pero a los señores Senadores se les puede distribuir sin ningún problema, para que tengan toda la documentación a la vista, con gráficos y una precisión mayor.

El señor RÍOS (Vicepresidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Muñoz Barra.

El señor MUÑOZ-BARRA.- Estimados colegas, la Organización Mundial de la Salud estima que en los países en desarrollo entre el 7,5 y el 10 por ciento de la población tiene alguna discapacidad. En Chile ello significaría que tenemos entre 1 millón 125 mil y 1 millón 500 mil personas con minusvalías, que las afectan en aspectos físicos, mentales y sensoriales, si bien es necesario reconocer que el país no dispone de estadísticas censales confiables sobre esta materia. La encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), a partir de 1996, incorporó una variable destinada a determinar la población que presenta algún tipo de discapacidad. Según tal encuesta, aplicada a una muestra representativa de los

hogares del país, en aquel año en Chile existían 616 mil 434 personas con algún tipo de discapacidad. Es decir, el 4,3 por ciento de la población total. Sin embargo, es necesario considerar que por su limitación los discapacitados involucran directamente a sus familiares, incidencia que según documento del Colegio Médico, se calcula, al menos, en el 25 por ciento de la población. Este porcentaje permite tener una apreciación de la magnitud social del fenómeno de la minusvalía.

Creo importante reconocer que en nuestro país carecemos de un buen diagnóstico nacional de la discapacidad, limitante que obstaculiza una respuesta más eficaz para el sector poblacional afectado. Los recursos destinados por el Estado para atender a los discapacitados son además escasos. Por ejemplo, los municipios destinan un promedio a los discapacitados de un millón y medio de pesos. Pero existe un número muy importante de municipios rurales que no dispone de recursos, como se ha señalado en esta misma sesión, para atender a los discapacitados de sus jurisdicciones. Tales recursos se concentran, como en otros aspectos, en las municipalidades pertenecientes a comunas de gran magnitud.

Desde otra perspectiva, el personal a cargo de programas para discapacitados carece en su mayoría de la especialización necesaria, como también se ha señalado en algunas de las intervenciones precedentes.

Según la encuesta CASEN, que tiene la limitación de no ser un censo, de los 616 mil 434 casos de discapacidad, el 27,3 por ciento tiene discapacidad auditiva; el 26,9 por ciento, discapacidad visual; el 21,2 por ciento, discapacidad física; el 13,1 por ciento, discapacidad mental, y el 5,9 por ciento, discapacidad psiquiátrica.

La información disponible demuestra que los discapacitados más pobres son los más afectados en materia de educación, salud, trabajo e ingresos. Asimismo, la discapacidad aumenta en número en relación con la mayor edad de las personas. Es decir, obedece al proceso de envejecimiento.

Las causas médicas de incapacidad, según un estudio de la Organización Mundial de la Salud, se encuentran en perturbaciones congénitas, en enfermedades transmisibles, en enfermedades somáticas no transmisibles, en

trastornos psíquicos funcionales, alcoholismo crónico y uso indebido de drogas, traumas y lesiones producidas por accidentes y por nutrición deficiente.

Sin embargo, es necesario considerar que las causas que obedecen a accidentes, desnutrición y ciertas enfermedades van más allá del ámbito de la medicina y requieren de investigaciones de diagnóstico de carácter interdisciplinario, porque existen factores económicos y socioculturales que enriquecen la percepción de este fenómeno, permitiendo la formulación de mejores políticas nacionales y de mejores planes, proyectos y programas. Por ejemplo, la violencia y los conflictos son fuentes generadoras de incapacidad.

Las Naciones Unidas han dividido en cuatro categorías no excluyentes las causas de las incapacidades. Ellas son:

- Causas genéticas o hereditarias;
- Factores biológicos (enfermedades);
- Accidentes, y
- Causas socioculturales.

Existe evidencia estadística según la cual en los países con mayor desarrollo o industrializados se incrementan las enfermedades mentales crónicas, lo que obedecería, según las Naciones Unidas “al estado de tensión y otros problemas psicosociales que entraña el paso de una sociedad tradicional a una moderna”. Según datos de la OIT, más de la tercera parte de quienes acuden a centros de rehabilitación profesional de esa entidad tienen alguna incapacidad mental. En Chile estamos viviendo el mismo fenómeno, según las estadísticas de organismos internacionales y nacionales. Recordemos -como situación preocupante- que Santiago es la ciudad que tiene el mayor porcentaje de enfermos mentales en el mundo. Repito: Santiago es la ciudad que tiene el mayor porcentaje de enfermos mentales en el mundo. Eso debemos tenerlo muy presente.

Una breve reflexión cabe al respecto. La modernidad que estamos construyendo gradualmente atenta contra el ser humano, constituyéndose en causa del incremento de las enfermedades mentales, además de ser uno de los factores del deterioro del medio ambiente.

En Chile, hasta el año 1990 la discapacidad fue tratada como un tema asistencial. Después de esa fecha, el enfoque que ha prevalecido ha estado orientado a la integración social de los discapacitados. Sin embargo, los resultados han sido insuficientes.

Al abordar este tema, es necesario diferenciar entre:

a) “Deficiencia”, que es toda pérdida o anormalidad de la estructura y de la apariencia corporal y de la función psicológica, fisiológica o anatómica.

b) “Discapacidad”, que se refiere a las consecuencias de la deficiencia desde el punto de vista del comportamiento y la actividad funcional de las personas, las cuales presentan perturbaciones a nivel individual.

c) “Minusvalía”, que dice relación con las desventajas que afectan a la persona como consecuencia de deficiencias e incapacidades. Refleja, por consiguiente, la interacción con el entorno de la persona y su adaptación a él. Limita o impide el desempeño de roles normales en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales.

Tales conceptos son orientadores para la formulación de leyes, políticas, planes, proyectos y programas que sirvan de verdad a la solución de los problemas que afectan a los minusválidos, los cuales estamos hoy tratando en el Senado.

Es interesante la definición que han dado las Naciones Unidas sobre la minusvalidez. El Organismo Internacional señala que ésta "constituye una función de la relación entre las personas impedidas y su ambiente. Ocurre cuando esas personas enfrentan barreras culturales, físicas o sociales que les impiden el acceso a los diversos sistemas de la sociedad que están a disposición de los demás ciudadanos. La minusvalidez es, por lo tanto, la pérdida o la limitación de las oportunidades de participar en la vida de la comunidad en un pie de igualdad con los demás."

A partir de tal marco conceptual, se puede dar origen a acciones de prevención de la minusvalidez, como también de rehabilitación y de equiparación de oportunidades. Estas acciones significan llevar la rehabilitación más allá de las personas afectadas. Significa aceptar que es necesario hacer ajustes en la sociedad

misma, en sus normas jurídicas, en sus instituciones y en su cultura para terminar con toda discriminación contra este sector de nuestra sociedad.

Cuando hablamos de equiparar oportunidades para los minusválidos, nos estamos refiriendo concretamente a las oportunidades de educación y trabajo, de servicios sociales, de salud, de vivienda, de deportes y de recreación.

Diversos organismos del Estado, iglesias y entidades privadas se han hecho cargo de acciones de diagnóstico, rehabilitación y equiparación de oportunidades para los discapacitados, además de realizar actividades de información y sensibilización sobre esta materia ante la opinión pública, tarea encomiable pero aún insuficiente.

Respecto al informe que nos ha entregado la Comisión de Salud del Senado, mi opinión es que se trata de un documento completo y valioso cuyas conclusiones apoyo. En este texto se señala la coincidencia que existe en nuestro país respecto a que es fundamental un cambio cultural para enfrentar eficazmente la situación de los discapacitados. Tal vez este enunciado tenga la particularidad de ser fácil de expresar pero difícil de implementar. Un cambio cultural está vinculado a la

modificación de las formas de pensar y de hacer. Está vinculado, por lo tanto, a valores. Y esta materia nos lleva a hacer una apreciación crítica respecto a como los chilenos estamos impulsando la gradual transformación de nuestra sociedad. Considero que no lo estamos haciendo bien. La falta de preocupación por el ser humano, el individualismo, el exitismo y la competitividad entendida, no como superación personal para el engrandecimiento colectivo, sino que expresada en la fórmula de cómo aniquilo al competidor o potencial competidor para ganar, es fuente de enfermedades e incapacidades en las personas y en la sociedad. La alternativa, expresada en términos esenciales, la encuentro en el predominio cultural de una ética de la solidaridad. Pienso que en ese sentido debemos orientar nuestros esfuerzos.

Es cuanto quiero decir, señor Presidente.

El señor RÍOS (Vicepresidente).- Solicito la autorización del Senado para abrir la votación sobre el informe de la Comisión de Salud, independientemente de los discursos que falta por pronunciar.

Si le parece a la Sala, se procederá en esos términos.

Acordado.

Se procederá a tocar los timbres.

El señor BOMBAL.- Señor Presidente, en el informe de la Comisión de Salud se pide dirigir oficio a diversas autoridades; en especial, en el acápite final, referente a las Conclusiones.

Una segunda solicitud, aparte de lo que Su Señoría ya propuso como seguimiento del proyecto, dice relación con la posibilidad de que por acuerdo de la Sala se coloque en Internet del Senado el mencionado informe. De modo que solicitaríamos que los oficios fuesen enviados con la venia de la Sala.

El señor RÍOS (Vicepresidente).- Hay tres señores Senadores inscritos.

Debo expresar, en todo caso, que la Mesa entiende que la aprobación del informe significa a su vez entregar a la Comisión de Salud la responsabilidad de llevar el seguimiento de lo acordado por la Sala, con el objeto de que dé cuenta en el transcurso de los próximos meses del cumplimiento de ellos.

Si le parece al Senado, así se acordará.

Acordado.

El señor RUIZ-ESQUIDE.- ¡Ha estado usted lúcido, señor Presidente! Yo comparto su criterio.

El señor RÍOS (Vicepresidente).- Antes de dar la palabra al Honorable señor Silva, quiero otorgársela por tres minutos al Honorable señor Urenda para que formule una precisión.

Tiene la palabra el Honorable señor Urenda.

El señor URENDA.- Señor Presidente, desde luego debo expresar mi adhesión al excelente trabajo realizado por la Comisión de Salud con respecto a un problema que debiera interesarnos a todos los chilenos y que, por lo demás, lo apreciamos en toda su magnitud, sin necesidad de mirar muy lejos, porque siempre hay casos cercanos que se encuentran en esa situación.

Por ello, no deseo que mis palabras se tomen en absoluto como una objeción a los fines que persigue el informe, ni mucho menos al brillante trabajo efectuado por dicho órgano técnico. Pero sí quiero hacer un alcance a ciertos aspectos tributarios, en razón de haber estado ligado por muchos años a la hípica en mi calidad de director ad honorem del Valparaíso Sporting Club durante 22 años.

Debo señalar sobre el particular que la forma de financiamiento que se propone –que aparentemente es buena-, en la práctica, conduciría simplemente al cierre de los hipódromos y tal vez a la cesantía de 20 ó 30 mil personas más. Digo esto, porque yo no creo que se pueda comparar el simple juego de azar de la Lotería con la hípica. El juego de azar no tiene otro gasto que su organización de venta y los cuantiosos y exagerados gastos en propaganda. En cambio, la hípica mantiene un espectáculo tremendamente atrayente y del cual viven directa o indirectamente cerca de 30 mil chilenos.

Cabe agregar además que los hipódromos centrales que conozco, que son instituciones que poseen grandes capitales inmobiliarios, no obtienen ningún beneficio de ellos.

Se trata de una actividad que se mantiene porque existe una vieja afición en el pueblo y en nuestro país, que da lugar, entre otras actividades conexas, a los cuidadores de caballos. Pero fuera del personal administrativo y de juego, el hipódromo requiere contar con preparadores, jinetes, ayudantes y un numeroso personal.

A lo dicho debo agregar que, a pesar de las cifras que aquí se han dado, en lo que concierne al hipódromo que yo conozco directamente –el Valparaíso Sporting Club-, su balance está a la vista: cerca de 900 millones de pesos en pérdida, no obstante tener un patrimonio que si se loteara en terrenos para la venta valdría miles de millones de pesos.

Entonces, creo que la posibilidad de adoptar medidas tributarias por esta vía con instituciones que viven apenas en equilibrio y que dan trabajo a tantas personas, simplemente podría significar la desaparición de ellas, como sucedió en el pasado. En cuanto al impuesto que se aplicó en su tiempo, éste era destinado a la previsión del propio personal, conforme a modalidades anticuadas que hoy no se emplean.

Por ello, coincidiendo plenamente con que el país debe hacer los sacrificios necesarios para procurar solucionar los problemas de los discapacitados, tengo la impresión de que la fuente de financiamiento, en primer lugar, no parece comparable a la de un simple juego de azar, porque la hípica, por ejemplo, da espectáculo y, en segundo término, porque los resultados que se pueden recoger de

los balances de sociedades que cuentan con grandes patrimonios, demuestran que impuestos de esa naturaleza podrían significar en el corto plazo la desaparición de dicha actividad con la consiguiente cesantía adicional.

Con la reserva antes señalada, daré mi voto favorable al informe en análisis. Aplaudo a los señores Senadores que lo elaboraron y les agradezco ese tremendo esfuerzo. Estoy dispuesto, cuando esté en mis manos, a idear o a contribuir al financiamiento respectivo, pero me da la impresión de que el camino que se nos presenta -que, aparentemente, aparece muy adecuado-, a lo único a que puede conducir, según lo saben quienes lo conocen en el terreno, es a que tengamos todos los hipódromos convertidos en loteos, lo cual haría que cese una actividad que da trabajo a muchas personas y que constituye una atracción muy importante en el país.

El señor RÍOS (Vicepresidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Silva.

El señor SILVA.- Señor Presidente, en verdad, creo que el Senado tal vez ni siquiera puede palpar en toda su amplitud la enorme proyección del informe que hoy nos ha sido entregado.

Tengo la convicción de que son cientos de miles los chilenos que, en mayor o menor medida, van a agradecer lo que nuestra Corporación ha sido capaz de producir.

Recuerdo que el informe sometido a nuestra consideración se originó con motivo de un proyecto, tal vez relativamente pequeño, que presentamos los entonces miembros de la Comisión de Salud del Senado para solucionar un problema específico acerca de la discapacidad mental. Ahora bien, precisamente en la Cuenta de hoy he podido observar que dicha iniciativa llegó de la Cámara de Diputados al Senado aprobada con algunas modificaciones, lo que va a significar un nuevo pronunciamiento de nuestra Corporación.

A raíz de ese proyecto –como digo-, el Senado tomó la determinación, bastante afortunada, de pedir a la Comisión de Salud, por unanimidad, que se abocara a estudiar en plenitud una materia de tanta relevancia como la que decía relación con la discapacidad en sentido genérico.

Ése es el contenido del informe que la Comisión, por intermedio de su digno Presidente, nos ha entregado en el día de hoy.

Permítame, señor Presidente, entregarle mis más calurosas felicitaciones.

Como yo conozco el problema de la discapacidad por haber trabajado en torno a él durante muchos años, puedo afirmar categóricamente que estamos en presencia del estudio más completo que se haya evacuado en Chile sobre una materia respecto de la cual era necesario un informe de la magnitud del que se elaboró. Y este informe era imprescindible, porque, de las mismas consideraciones que el señor Presidente de la Comisión nos ha dado a conocer, se deduce cuántos grados de anarquía, de un conjunto de buenas intenciones acumuladas con finalidades distintas y a veces contradictorias, se han ido formando en torno al problema de la discapacidad en Chile.

El informe es una pieza que considera la discapacidad en los distintos estamentos en los cuales es posible concebirla, según la ciencia lo ha determinado actualmente.

Deseo señalar a mis distinguidos colegas que, durante el año que demoró la preparación del informe de la Comisión de Salud, tiempo en el cual ésta

trabajó muy intensamente, nos correspondió, tal vez en unas tres o cuatro oportunidades, asistir a reuniones de discapacitados y de representantes de ellos, que se reunían, ante todo, expresando su anhelo de justicia en cuanto a que los órganos del Estado emitiesen juicios integrales en su beneficio. Ellos no pedían protección ni dádivas ni caridad, sino justicia, en orden a que se reconociera justificadamente el sentido de integridad con que reclamaban que se abordase el problema de sus distintas discapacidades.

Señores Senadores, este informe es el primero que entrega conclusiones diáfanas, definidas sobre esta materia. Sería, tal vez, simplemente cansador analizarlo en todas sus instancias y sus vastas proyecciones cuando el señor Presidente de la Comisión lo ha hecho de manera tan clara y definida.

Deseo dejar constancia de lo valioso de esta iniciativa. Tengo la convicción absoluta de que, en los términos en que la materia acaba de aprobarse, el Ejecutivo valora lo que este estudio, materializado por el Senado de la República, le entrega, y, en tal virtud, deberá naturalmente abocarse a estudiar una legislación integral sobre la materia.

Sin embargo, el señor Presidente de la Comisión de Salud del Senado ha señalado, con fundamento, que muchas de estas iniciativas –es verdad- pueden surgir de la actividad legislativa en sí, sin que sea menester recurrir al Ejecutivo. Efectivamente, eso es cierto en todos los casos en que no sea necesario plantear problemas de índole financiera.

El seguimiento que se ha aprobado -entiendo que así lo ha resuelto el señor Presidente-, en el sentido de que la Comisión de Salud continúe preocupada de esta materia, nos permitirá obtener dentro de poco un proyecto de ley que aborde integralmente el problema de la discapacidad, partiendo de algunas bases fundamentales que, afortunadamente en términos muy claros, están contenidas en el informe o en las conclusiones finales de éste. Ello, naturalmente, a partir del supuesto de la integración. Hoy ya nadie discute, desde el punto de vista científico o social, que la discapacidad debe abordarse sobre la base de la integración y no desde otras perspectivas, las que, de alguna manera, conducirían a crear criterios discrepantes en un ámbito donde ello no es conveniente.

Por otra parte, hay algo que fluye por entero del informe que se nos ha entregado por intermedio de las palabras del señor Presidente de la Comisión de Salud. Me refiero a algo que, a mi modesto juicio, vale inclusive más que la necesidad de preocuparse de las cuestiones financieras. Para que en esta materia logre hacerse luz en definitiva, en un ámbito donde Chile, sin duda, se va a colocar como estandarte en América Latina –en un campo en que es fundamental que lo sea, dada la proyección enorme que tiene desde el punto de vista social-, evidentemente se requiere la formación de una conciencia colectiva sobre la materia, en el sentido de que el problema de la discapacidad no admite postergaciones de ninguna especie, como tampoco el que pueda tratarse sobre la base de iniciativas parcializadas, ya que es preciso, por tratarse de un problema de Estado, que se produzca aquí una verdadera constelación de las áreas privada y pública.

Con razón, la doctrina ha establecido hoy lo que se denomina “las sociedades, las corporaciones o los actos de gestión pública o semipública”, vale decir, las entidades que, naciendo en el campo de lo privado, están llamadas a cumplir una acción complementaria de la que podría hipotéticamente corresponder

al Estado. Éste prefiere -reconociendo un principio de Estado subsidiario, auténticamente concebido- que ese campo quede en manos de particulares, pero bajo su tutela y supervigilancia. ¿En qué sentido? En el sentido de que aquello se vaya cumpliendo en función del fin eminentemente público para el cual este tipo de entidades han sido concebidas.

Afortunadamente, puedo decir que hay numerosas instituciones relacionadas con la discapacidad, considerada de manera global, que abordan esta cuestión desde ese punto de vista finalista, esencialmente de interés colectivo, donde está de por medio el interés común para que muchos contingentes de chilenos puedan entregar su sacrificio y esfuerzo en función de una actividad de tanta relevancia para el país.

En suma -con esto concluyo-, estamos en presencia de una iniciativa meritoria, que hace bien y que corresponde a lo que debe ser la acción permanente del Senado de la República. Pienso que la Cámara Alta ha obrado de una manera que la hace acreedora a la gratitud de muchos chilenos al evacuar un informe de esta índole.

Sin duda, parto del supuesto de que este documento ya ha sido aprobado, como Su Señoría lo hizo constar hace un instante. Por lo tanto, sólo me resta reiterar mis felicitaciones a los miembros de la Comisión, que trabajaron con tanta intensidad y cariño.

El señor BOMBAL.- Usted incluido, señor Senador.

El señor RÍOS (Vicepresidente).- Tiene la palabra el Honorable señor Prat.

El señor PRAT.- Señor Presidente, considero muy positivo que el Senado haya efectuado la evaluación de un texto legal que cumple diez años de funcionamiento. Me estoy refiriendo a la ley N° 19.284, que procuraba la plena integración social de las personas con discapacidad. Creo que fue uno de los primeros cuerpos normativos que aprobó el nuevo Congreso Nacional acorde con la Constitución Política de 1980.

Tuve el placer de participar en la Comisión de Salud de aquella época - la presidía el doctor Nicolás Díaz-, que realizó un estudio muy acabado sobre la materia, con la intervención de distintos actores.

Representó al Gobierno la señora Liliana Mahn, quien desplegó ingentes esfuerzos para producir una ley eficaz en la finalidad que se perseguía.

Colaboraron también muchísimas organizaciones, y tuvieron destacada participación entidades empresariales animadas del propósito de integrar socialmente a los discapacitados. En esa oportunidad, la referida Comisión pudo apreciar los logros de tales entidades, que mostraban en la práctica el mejoramiento de las condiciones laborales, el espíritu con que trabaja el grupo cuando en su seno existen personas con discapacidad que, a través de su esfuerzo de integración, movilizan al conjunto hacia objetivos superiores.

Analizar después de diez años cómo ha funcionado la ley y de qué manera ha evolucionado nuestra sociedad para producir la ansiada integración plena en el ámbito social de las personas con discapacidad, es un ejercicio que enaltece al Senado, y particularmente a la Comisión de Salud, que preside el Honorable señor Bombal.

Las conclusiones alcanzadas luego de este largo trabajo, en mi opinión, son del mayor interés. Deseo destacar algunas y, de cierta manera, procurar

sintetizarlas en aspectos que observo a diario en las comunas de la Novena Región de La Araucanía, que represento en el Senado.

En el ámbito laboral, a mi juicio, debe darse mayor énfasis a la creación de canales especiales de capacitación.

Soy escéptico respecto de las medidas que buscan la discriminación positiva en los cupos laborales. En general, no son buenas las experiencias existentes sobre la materia. La discriminación por ley siempre termina siendo negativa.

La señora Ministra de MIDEPLAN, presente en la Sala, puede dar testimonio de que, en los temas étnicos, las discriminaciones positivas que hemos introducido han terminado siendo negativas para aquellos a quienes deseábamos beneficiar.

En cambio, la creación de canales especiales que favorezcan la capacitación de las personas con discapacidad es una vía realmente efectiva y necesaria para nivelar y fortalecer las habilidades laborales, que se desarrollan con mucho mayor fuerza en los discapacitados. Ello está médicamente comprobado. Y

en la medida en que haya una capacitación que canalice estas potencialidades fortalecidas en el ámbito laboral de las personas que sufren discapacidad se avanzará eficazmente hacia su plena integración.

Asimismo, como señala el informe, avanzar hacia la jornada flexible es extremadamente valioso. Sin duda, ayudará a las madres que deben amamantar a sus hijos y, también, a las personas de la tercera edad. Pero, sobre todo, favorecerá a los discapacitados, quienes se ven afectadas por las jornadas rígidas que hoy existen en virtud de la inflexibilidad de nuestras normas laborales.

En el ámbito educacional, constituye una necesidad vital ayudar a las entidades educativas, a los municipios, a las escuelas particulares, para integrar plenamente a sus aulas a los niños con discapacidad. Y me parece muy bien que el informe lo identifique y lo enfatice.

Observamos que en numerosas escuelas, especialmente de nuestras regiones agrícolas, muchas veces no se integra a los niños discapacitados por falta de vehículos para transportarlos. ¿Cuántos menores quedan en sus hogares sin acceder a la educación por no tener cómo movilizarse a los establecimientos

educacionales? Por tanto, es vital, esencial, dotar de vehículos especiales a las escuelas que no cuentan con ellos para trasladar a los niños con discapacidad.

Coincidimos plenamente con la necesidad de procurar eliminar las escuelas especiales, pues finalmente provocan una segregación negativa. Es preciso integrar a todos los niños; pero ello exige que las escuelas tengan profesores especializados en reforzamiento de la educación especial. Normalmente, eso no existe en los municipios, o bien, existe en cantidad insuficiente para atender a todas las escuelas. De modo que, si queremos realmente generar la integración, debemos proveer de esos profesionales a todas las escuelas.

En el ámbito de la facilitación de la vida cotidiana, el informe hace presente la conveniencia de crear casas de acogida. Observamos muchas veces en las poblaciones de mayor marginalidad situaciones dramáticas de personas que llevan una subvida, pues sufren una discapacidad que afecta la convivencia, no sólo del hogar donde están inmersas, sino también de todo el barrio.

En ciertas ocasiones, la vida en el hogar resulta materialmente imposible; en esas circunstancias, la casa de acogida es una solución efectiva. Pero

en muchos casos es factible la vida en el seno del hogar; sin embargo, ello requiere un grado de atención que el dueño de casa no puede procurar, pues está sumido en atender al resto de los integrantes del hogar o en su trabajo procurando el sustento para el grupo familiar. En ese caso sería conveniente, por ejemplo, establecer subsidios familiares especiales. Hoy día los hay -es cierto-, pero los cupos son escasos e insuficientes en monto. Sin duda, el atender tal tipo de situaciones, en que habitualmente es necesario comprar elementos de uso diario caros, tiene un costo que no es ponderado de manera debida en el monto de los subsidios familiares especiales. Por ello, hay que avanzar fuertemente tanto en aumentar dicho monto como en extender el beneficio a familias donde existen personas con discapacidad.

Es dable también analizar la posibilidad de otorgar subsidios a los voluntariados. Hay aquí una fuente de voluntariado riquísima, dedicada a la atención domiciliaria de personas que en una comunidad sufren enfermedades de esta índole. Es menester fomentar esas acciones. Y hay allí una tarea inmensa y valiosísima en manos de los municipios. Éstos pueden incentivar voluntariados orientados a dicho

fin. Y ojalá se les proveyera de recursos para establecer subsidios que permitieran el funcionamiento de las entidades respectivas.

En lo referente a la atención de salud, el informe hace muy bien en promover la incorporación de enfermedades que significan discapacidad y que no fueron consideradas -quizá por incapacidad en su momento para ser lo suficientemente extensivo en el análisis- en la ley N° 19.284. Es el caso del autismo, la fibrosis quística, la esclerosis múltiple, la hemofilia, la espina bífida y los trastornos metabólicos.

También se avanza al considerar ayudas técnicas para los discapacitados elementos como los beepers, computadores, teléfonos y fax. Si la ley N° 19.284 toma en cuenta para esos efectos a los automóviles, ¿por qué no considerar también a los computadores, por ejemplo, elementos de trabajo que permiten integrarse plenamente al mundo laboral o, a veces, a las actividades más esenciales de la vida diaria?

Coincido con el señor Presidente de la Comisión de Salud en su cuestionamiento -y quiero enfatizarlo como un rechazo- a que se proponga el

“Control de natalidad o esterilización de personas con discapacidad incapaces de adquirir hábitos”.

En realidad, habría que preguntar a quién se va a entregar la tan delicada responsabilidad de calificar esos elementos. Creo que ni la ley ni organismo público alguno pueden avanzar en arrogarse decisiones de tal gravedad. No existe ninguna comisión médica que pueda calificar quién tiene o no tiene discapacidad en ese caso, o capacidad o incapacidad para formar hábitos, que sería la condición para proceder de tal manera.

Se ha hablado aquí del financiamiento. En mi concepto, éste debe ser derechamente con cargo a los Fondos Generales de la Nación. El curso que ha seguido el financiamiento con cargo a leyes o a mecanismos especiales muestra la inconveniencia de insistir en este procedimiento.

En el caso de las Fuerzas Armadas, por ejemplo, hay un fuerte cuestionamiento sobre el funcionamiento de la llamada “ley del cobre”.

Aquí vemos la curva de recaudación de los mecanismos existentes para estos fines específicos, y observamos que es desfavorable.

En definitiva, los mecanismos especiales rígidos, artificiales al final, para financiar determinadas necesidades sociales terminan yendo en contra de ellas mismas.

Por lo tanto, postulo que lo más sano y sabio es, como dije, un financiamiento con cargo a Fondos Generales de la Nación. Así veremos año tras año de qué manera los recursos que se aportan son suficientes o insuficientes, de qué manera hay en el área necesidades emergentes, de qué manera en algunas ocasiones existen proyectos interesantísimos que a menudo duermen en la oscuridad o en una nebulosa porque hay un financiamiento automático que motiva que el Congreso Nacional -como ha sucedido en este caso- deje pasar a veces diez años para revisar temáticas tan importantes como la que ahora nos ocupa. Felizmente, la Comisión de Salud asumió esta tarea tras un decenio y hemos llegado a estas conclusiones, que, a mi entender, permitirán avanzar con mayor eficacia en la solución del problema en comento.

Concedo una interrupción al Honorable señor Bombal, con la venia de la Mesa.

El señor ZALDÍVAR, don Andrés (Presidente).- Tiene la palabra Su Señoría.

El señor BOMBAL.- Señor Presidente, sólo quiero precisar que, en lo atinente al control de natalidad o esterilización de discapacitados incapaces de adquirir hábitos -materia que fue abordada en la Comisión; que se consigna en el informe, y que, por ende, debí tocar en la relación que efectué a la Sala como Presidente de aquella-, hago expresa reserva en cuanto soy absolutamente contrario al control de la natalidad y a la esterilización de dichas personas.

Muchas gracias.

El señor RÍOS (Vicepresidente).- Entendemos que el Honorable señor Prat no va a retomar el uso de la palabra, porque su tiempo terminó.

El señor PRAT.- Señor Presidente, sólo deseo agregar que ojalá dentro de los oficios que se enviarán se consideren puntos muy específicos relativos a los municipios, porque en el ámbito de su gestión hay en la materia que nos ocupa un sinnúmero de tareas que podrían abordar, como la de promover voluntariados, iniciativas y facilitación, sobre todo respecto de las escuelas, como señalé en mi intervención.

He dicho.

El señor RÍOS (Vicepresidente).- ¿Cómo vota, Su Señoría?

El señor PRAT.- Con las observaciones hechas, voto en forma afirmativa.

El señor RÍOS (Vicepresidente).- Tiene la palabra la señora Ministra.

La señora KRAUSS (Ministra de Planificación y Cooperación).- Señor Presidente, en nombre del Ejecutivo, quiero agradecer a la Comisión de Salud del Senado, y especialmente a su Presidente, por la elaboración de este informe, que de alguna manera recoge también el sentir del Gobierno del Presidente Lagos. Tan así es que hace un par de meses, por expresa indicación del Primer Mandatario, se convocó a una Comisión Mixta, presidida por MIDEPLAN, a la que se invitó a Senadores y Diputados, más FONADIS, a fin de enfrentar el tema de la discapacidad en forma abierta y con una nueva mirada. Porque efectivamente, al cabo de diez años de vigencia, la ley en vigor requiere necesariamente una evaluación y la adecuación de sus normas.

Muchas veces nuestro país tiende a mirar a sus pares o hacia abajo. Sin embargo, olvidamos observar qué está ocurriendo en naciones desarrolladas, donde

la persona que sufre algún tipo de discapacidad tiene un rol que cumplir y es actor pleno en la comunidad. Y a eso apostamos como país, como sociedad desarrollada.

Por consiguiente, el tema de la discapacidad requiere una nueva mirada.

En tal sentido, acogemos gratamente este informe, que esperábamos para continuar nuestro trabajo, y reiteramos la invitación a participar en la iniciativa del ya citado organismo que preside MIDEPLAN.

Por otra parte, debo excusar la ausencia de la Ministra de Salud, señora Bachelet, quien debió abandonar esta sesión para concurrir a la Cámara de Diputados, en cumplimiento de una citación que se le cursó con antelación, lo cual le impide hacerse cargo de lo planteado aquí por los diversos señores Senadores. Empero, hago presente el interés del Ministerio de Salud en la materia, manifestado en un trabajo conjunto que estamos realizando desde esa Secretaría de Estado, FONADIS y MIDEPLAN.

Asimismo, debo recordar que la Cámara Baja, con ocasión del trabajo conjunto efectuado en la ya referida Comisión Mixta, a la cual se invitó a Senadores

y Diputados, constató la cantidad mociones, originadas en ambas ramas del Congreso, de idéntico texto y objetivo, lo que hacía necesario refundirlas para así conformar una mirada conjunta. La Comisión se estableció el 20 de marzo con ese propósito y permitirá avanzar rápidamente en los proyectos actualmente en trámite legislativo.

Sin embargo, quisiera señalar -tal como lo expresó el Senador señor Viera-Gallo- nuestro propósito de que no queden en el papel los planteamientos formulados por la Comisión de Salud. Enfrentar el tema de la discapacidad requiere no sólo de voluntad política, sino de mayores recursos. Y, en ese sentido, más allá de nuestras ideologías y de las miradas particulares acerca del país, debemos ser capaces de dejar de lado esas diferencias. Lo merecen quienes sufren algún tipo de discapacidad.

Tampoco se trata de abordar esta materia movidos por el hecho de que algunos tengamos un familiar, un amigo o un conocido con discapacidad. Se trata de situaciones que no se buscaron, pero a las que se debe hacer frente por ser una

necesidad de país. Por consiguiente, no debemos entraparnos en cuestiones cuya solución nos engrandecerá como nación y como sociedad.

Me parece que esta oportunidad es única. Nosotros la enfrentaremos con seriedad y, con esa misma mirada, nos haremos cargo de cada una de las conclusiones que se nos haga llegar, para así trabajar en conjunto en la Comisión que se ha formado.

Por último, debo señalar que difiero del criterio del Senador señor Prat en cuanto al tema étnico. Probablemente, por mi testimonio personal y la experiencia adquirida en este año y un mes trabajando en torno a nuestros pueblos originarios, cada día me convengo más de que la discriminación positiva -nazca de una iniciativa legal o de una voluntad política o de una mirada social- es necesaria en este país. Así se lo ratifico a Su Señoría, por mi propia vivencia en el tema. Sobre la base de ambas visiones se hará posible que nuestros pueblos aborígenes tengan una oportunidad real. Son válidos los puntos de vista de unos y de otros, pues nadie es dueño de la verdad absoluta.

Reitero que mi propia experiencia me hace invitar al Senador señor Prat a construir en conjunto este país y las alternativas reales de los pueblos originarios.

Agradezco la posibilidad de dirigirme a los señores Senadores, y los convoco a enfrentar el tema de la discapacidad con amplia mirada.

El señor RÍOS (Vicepresidente).- Terminada la discusión.

En votación el informe.

--(Durante la votación).

El señor ZURITA.- Señor Presidente, he escuchado tanto a Sus Señorías que tengo derecho a que me presten un poco de atención.

Haré referencia a dos situaciones.

La primera se refiere a la afirmación apocalíptica del Senador señor Muñoz Barra, lo que me hizo sentir temor. Señaló que Santiago -donde yo vivo- es la ciudad que tiene más locos en el mundo. ¡No sé de dónde sacó tal estadística! Pero, al respecto, siempre recuerdo que hay dos mentiras: las mentiras propiamente tales y las estadísticas.

En cuanto a la segunda cuestión que quiero tocar, lamento mucho disentir del Honorable señor Viera-Gallo, quien pretende sacar de la hípica los recursos para financiar la atención de los discapacitados. Estoy más de acuerdo con el Honorable señor Prat, que señaló que los fondos hay obtenerlos del bolsillo de todos los chilenos. La hípica no es lo que el Senador señor Viera-Gallo cree, como tampoco lo es la Lotería de Concepción, creada para la Universidad de Concepción, juego que hoy día no le sirve de nada, y es el Estado -como mencionó el Senador señor Prat- el que debe mantener esta universidad.

¿Qué pasa con las apuestas de la hípica? Por ser vicioso de este juego puedo decir que se trata de un juego de azar especial basado en las llamadas “apuestas mutuas”. O sea, hay apostadores y un administrador. Este último dice: “De cada 100 pesos que se juegue me quedo con 30 y los otros 70 se reparten entre quienes ganaron sus apuestas”. Y esto se va repitiendo en las 18 carreras del día. Al final, ¿qué recauda el hipódromo? El 30 por ciento de las apuestas brutas. Y eso es lo que hace creer al Senador señor Viera-Gallo la ilusión de que con estos 400 millones que se juegan por reunión, que sumados hacen miles de millones, se va a

financiar la atención de todos los discapacitados. ¡Van a estar más cojos que antes!

Sencillamente, del 30 por ciento, al que se grava con el 3 por ciento fiscal, quedan

27 por ciento para regar la pista, pagar a los empleados y afrontar las pérdidas.

Porque, aun cuando el Honorable señor Viera-Gallo no lo crea, sé muy bien -como

señaló el Honorable señor Urenda, que ha sido director del Sporting- que los

hipódromos están todos quebrados y los ha salvado en parte la ampliación del juego

a través del teletrak, pero este sistema también tiene un límite.

En todo caso, felicito a la Comisión -en la cual tuve un paso fugaz- por

este hermoso trabajo.

Voto a favor.

El señor BOMBAL.- Señor Presidente, sólo quiero consignar que hoy día al Congreso

Nacional ha llegado a solicitar ayuda para seguir viviendo un conjunto de personas

discapacitadas con enfermedades terminales.

Ha sido una dramática coincidencia.

Asimismo, cabe señalar el caso de la niña que ayer, junto a su padre,

buscó refugio en la Embajada de Dinamarca. La pequeña se encuentra aquejada de

fibrosis quística, enfermedad a la cual su familia no puede hacer frente y que, justamente, el informe evacuado por la Comisión de Salud pretende que sea incorporada entre las discapacidades.

Señalo estos dos hechos como testimonios muy elocuentes de lo que es una dramática realidad.

Valoro de manera muy especial las expresiones de la señora Ministra al acoger con tanta generosidad el informe que presentamos, en la línea de lo que, precisamente, se busca hoy día: mirar la discapacidad como en los países desarrollados, incorporando plenamente a la sociedad a quienes hoy día, en Chile, desgraciadamente, viven en condición subhumana. Ojalá que el llamado que hace el Senado, esta expresión solidaria que pretendemos manifestar con el informe, llegue a los hogares más modestos, donde se esconde a quienes padecen discapacidad, se les guarda en la parte trasera de la casa y se teme mostrarlos. Hay una crueldad enorme en la forma en que se mira a un discapacitado. No escapa al conocimiento de los señores Senadores la actitud de los que -entre comillas- se dicen sanos respecto del discapacitado. Lo primero que señalan es: “¡Miren, ahí va el enfermito! ¿Qué

tiene el enfermito?” Y cruelmente se les emplaza, cruelmente se les castiga, cruelmente se les posterga.

Por eso, creo que la expresión de la señora Ministra con que se cierra esta sesión -“Tenemos que mirar con dignidad a aquel que sufre una discapacidad”- es el mejor broche de oro de lo que siempre pretendimos hacer cuando quisimos dar esta mirada a la discapacidad. No lo hicimos para enrostrar a nadie lo que haya hecho mal o a medias o lo que haya dejado de hacer, sino para decir que 10 años es tiempo suficiente para revisar comportamientos y conductas. Estamos muy claros que estas situaciones no se resuelven con leyes, sino con actitudes humanas. Al menos hoy día, en el Senado, al efectuar este trabajo, hemos querido decir a toda la sociedad: “Atrevámonos a mirar de modo distinto a los discapacitados”, y no esperemos que sólo un Mario Kreutzberger, a quien rendimos nuestro homenaje, sea el que nos lo recuerde una vez al año.

Apruebo el informe, señor Presidente.

El señor LARRAÍN.- Señor Presidente, quiero felicitar a los integrantes de la Comisión de Salud por la reflexión a que nos ha invitado con el trabajo expuesto hoy día por su Presidente, sus integrantes y quienes han participado de este debate.

La verdad es que he seguido muy atentamente la discusión, tanto en la Sala como también desde mi oficina, y he quedado muy sorprendido, particularmente considerando que, de acuerdo con los antecedentes entregados, la Séptima Región es la que presenta el más alto índice de discapacitados en su población, lo cual me hará mirar con especial interés las medidas que puedan promoverse a partir de este estudio.

Por lo mismo, hago más las 28 recomendaciones y propuestas que formula la Comisión para implementar una política, una actitud, una forma distinta de aproximarnos a esta situación en el futuro, y en la medida de nuestras limitadas disponibilidades financieras poder afrontar los mayores gastos que se requieren para superar estas dificultades.

Con mucha admiración por el trabajo realizado por nuestros Honorables colegas de la Comisión de Salud, doy mi más entusiasta aprobación al informe.

El señor MARTÍNEZ.- Señor Presidente, considero importantísimo el estudio expuesto en el Senado sobre una realidad social que, no hay duda, debe impulsar a toda la sociedad a participar en su solución. Por tal razón, creo que éste es un problema que merece un enfoque nacional, y todas las ideas que se puedan aportar a fin de perfeccionar la legislación y, sobre todo, para la creación de fondos que hagan más operativa la rehabilitación de estas personas -la que es posible- constituyen pasos positivos.

Al respecto, y a pesar de que se menciona en algunas partes del informe, es necesario preocuparse especialmente de las condiciones socioeconómicas que inciden en el nacimiento de niños con discapacidad cerebral o que sean oxígeno dependientes. Creo que una de las soluciones para este problema pasa por prevenir los efectos de la discapacidad producto de la mala alimentación o de falta de oxígeno en el cerebro, situación que puede controlarse en los primeros

dos años después del nacimiento y que, indudablemente, una vez corregida, hará que la carga que soportaría la sociedad sería bastante menor que la actual.

Por otra parte, podría aparecer la tentación de algunos de proponer la esterilización especialmente para los discapacitados que presentan síndrome de Down y otras enfermedades similares. Al respecto, hago reserva absoluta respecto de esa postura, por considerarla no ética. De hecho, hay planteamientos -por ser católico, tengo el deber de decirlo- muy precisos sobre el particular de Su Santidad el Papa rechazando ese tipo de solución para el problema del nacimiento de hijos de personas con síndrome de Down y males similares, porque desde la visión cristiana ello es absolutamente contrario a la ética. Y lo hago presente por considerarlo un deber y para aclarar la posición del Senador que habla.

Por todos estos antecedentes y con la reserva que expresamente he planteado, doy mi voto favorable a este extraordinario informe, en la esperanza de que sirva para solucionar el problema o para avanzar en su solución.

El señor HOFFMANN (Secretario).- ¿Algún señor Senador no ha emitido su voto?

El señor RÍOS (Vicepresidente).- Terminada la votación.

A la señora Ministra de Salud y al señor Intendente de la Undécima Región, acerca de DEFICIENCIAS EN ATENCIÓN DE URGENCIA EN HOSPITAL DE COIHAIQUE, y al señor Ministro de Agricultura, respecto de ANTECEDENTES SOBRE ENFERMEDAD VIRAL DE OVINOS E INDEMNIZACIÓN A AFECTADOS (ambos de Undécima Región).

)-----(-

El señor RÍOS (Vicepresidente).- En atención a que ningún Comité hará uso de la palabra, y habiéndose cumplido su objetivo, se levanta la sesión.

--Se levantó a las 19:29.

Manuel Ocaña Vergara,
Jefe de la Redacción

D O C U M E N T O S

1

PROYECTO DE ACUERDO DE LA HONORABLE CÁMARA DE DIPUTADOS QUE APRUEBA EL CONVENIO ENTRE CHILE Y PERÚ PARA LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN RECÍPROCA DE INVERSIONES (2639-10)

Con motivo del Mensaje, Informe y demás antecedentes que tengo a honra pasar a manos de V.E., la Cámara de Diputados ha tenido a bien prestar su aprobación al siguiente

PROYECTO DE ACUERDO:

"Artículo único.- Apruébanse el "Convenio entre el Gobierno de la República de Chile y el Gobierno de la República del Perú para la Promoción y Protección Recíproca de las Inversiones" y su Protocolo, suscritos en Lima, Perú, el 2 de febrero de 2000."

Dios guarde a V.E.

(FDO.): FELIPE VALENZUELA HERRERA, Primer Vicepresidente de la Cámara de Diputados.- CARLOS LOYOLA OPAZO, Secretario de la Cámara de Diputados

2

PROYECTO DE LEY, EN TERCER TRÁMITE, SOBRE DISCAPACITADOS MENTALES (2192-11)

La Cámara de Diputados, en sesión de esta fecha, ha dado su aprobación al proyecto de ley de ese H. Senado sobre discapacitados mentales (boletín N° 2192-11), con las siguientes enmiendas:

Artículo único

Número 2

Ha reemplazado el inciso segundo del artículo 2°, por el siguiente:

"Se entiende disminuida en un tercio la capacidad educativa, laboral o de integración social de la persona cuando, considerando en conjunto su rendimiento en las áreas intelectual, emocional, conductual y relacional, se estime que dicha capacidad es igual o inferior al setenta por ciento de lo esperado para una persona de igual edad y condición social y cultural, medido por un instrumento validado por la Organización Mundial de la Salud y administrado individualmente."

Número 3

Lo ha reemplazado por el siguiente:

"3) Modifícase el artículo 3° en el siguiente sentido:

- a) Sustitúyese la expresión "deficiencia mental", las siete veces que aparece, por "discapacidad mental".
- b) Suprímese, en el inciso final, la palabra "psicométrica".

Número 4

Ha reemplazado en el artículo 4°, la palabra "esta" por "ésta" y ha eliminado la voz "discapacidad" la segunda vez que aparece en el texto.

Ha consultado el siguiente número 6, nuevo:

"6) Sustitúyese el artículo 7° por el siguiente:

"Artículo 7°.- Las acciones de prevención se desarrollarán en los siguientes niveles: prevención primaria con detección de casos de alto riesgo; prevención secundaria con tratamiento temprano, y prevención terciaria con programas de rehabilitación e integración social. En todos estos niveles confluirán acciones interministeriales, coordinadas por el Ministerio de Salud."

Número 6

Ha pasado a ser 7, sin enmiendas.

Número 7

Ha pasado a ser 8, sustituyendo el punto y coma (;) que figura a continuación de la palabra "aplicadas", por una coma (,) agregando en seguida la expresión "entre otras,".

Números 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15.

Han pasado a ser 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16, sin enmiendas.

Número 16

Ha pasado a ser 17, reemplazando en la letra a) del número 1 del inciso primero del artículo 18 bis, la palabra "alimenticia", por "alimentaria".

Número 17
Ha pasado a ser 18, sin otra enmienda.

Lo que tengo a honra comunicar a V.E., en respuesta a vuestro oficio N° 15.439, de 14 de marzo de 2009.

Acompaño la totalidad de los antecedentes.

Dios guarde a V.E.

(FDO.): FELIPE VALENZUELA HERRERA, Primer Vicepresidente de la Cámara de Diputados.- CARLOS LOYOLA OPAZO, Secretario de la Cámara de Diputados

3

INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD, RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY, DE LA HONORABLE CÁMARA DE DIUTADOS, SOBRE SISTEMAS DE PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN CAUSADA POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (2020-11).

HONORABLE SENADO:

Vuestra Comisión de Salud tiene el honor de informaros acerca del proyecto de ley del rubro, iniciado en moción de los HH. Diputados señoras Fanny Pollarolo y María Antonieta Saa y señores Jaime Naranjo e Ignacio Walker y del ex Diputado señor Vicente Sota.

A las sesiones en que tratamos este asunto asistieron, además de los miembros de la Comisión, el H. Senador señor Carlos Cantero Ojeda; las HH. Diputadas señoras Fanny Pollarolo y María Antonieta Saa; la señora Ministra de Salud, Doctora Michelle Bachelet Jeria; el Subsecretario de Justicia, señor Jaime Arellano; la Doctora Raquel Child, Coordinadora Ejecutiva de la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) del Ministerio de Salud; el Director Nacional de Gendarmería de Chile, señor Hugo Espinoza; la señora Alejandra Sepúlveda, Directora Nacional del Servicio de Registro Civil e Identificación; la Doctora Anabella Arredondo, Epidemióloga de CONASIDA; las señoras Danae Frings y Adriana Maturana, asesoras legales de la Ministra de Salud; el señor Julio Abelleira, asesor de la Ministra de Salud; el Doctor Reinaldo Bustos, Presidente del

Departamento de Ética del Consejo General del Colegio Médico de Chile A.G.; la señora Rosa Leyton, Directora del Colegio Regional de Enfermeras Valparaíso - San Antonio; el señor Rodrigo Pascal, Presidente de la asociación "Vivo Positivo"; la señora Loreto Olivares, Coordinadora de "Mujeres viviendo con el VIH" (BELONA); el Doctor Alvaro Llancaqueo, del Servicio de Salud Talcahuano; la Doctora Marie Charlotte Bouésseau, asesora de la División Salud de las Personas del Ministerio de Salud; la señora Beatriz de Gregorio y el señor Marcos Lizama, asesores del Servicio de Gendarmería.

La Comisión ofició a la Corte Suprema en conformidad con lo que disponen el artículo 74 de la Constitución Política de la República y el artículo 16 de la ley N° 18.918, orgánica constitucional del Congreso Nacional, a fin de recabar su opinión sobre esta iniciativa. Dicho Tribunal estimó que sólo le cabía informar respecto del artículo 15, formulando diversas observaciones que fueron acogidas por la Comisión a la hora de resolver sobre el particular.

Habida consideración de que en este trámite hemos agregado dos artículos transitorios sobre gasto y financiamiento, la Comisión de Salud se permite proponer al Senado que el proyecto pase también a la Comisión de Hacienda, en el trámite de segundo informe.

OBJETIVOS FUNDAMENTALES

La iniciativa en informe, tal como fuera concebida en el primer trámite constitucional, persigue los siguientes objetivos fundamentales:

Impedir y controlar la extensión del SIDA en Chile, mediante la difusión de información adecuada, la participación y aporte de organizaciones sociales y de la comunidad internacional, la promoción de la investigación científica y la elaboración de políticas públicas.

Asegurar el respeto del derecho a la honra y la dignidad de personas y grupos afectados y proscribir cualquier forma de discriminación basada en esta pandemia, en los ámbitos laboral, educacional y de atención de salud.

Otorgar especial protección a los menores y las mujeres afectados.

Establecer el carácter siempre confidencial y voluntario del examen de detección del virus de inmunodeficiencia humana.

Sancionar con multas las infracciones a las normas de la ley y otorgar competencia para aplicarlas a los jueces civiles y del trabajo.

ANTECEDENTES DE HECHO

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), como todo virus, sólo puede vivir al interior de una célula.

Tiene la particularidad de atacar preferentemente a un tipo de glóbulos blancos, los linfocitos T4, que dirigen el sistema inmunitario. El virus inserta su código genético en los linfocitos y se multiplica en ellos hasta destruirlos.

La infección puede evolucionar de dos formas: el virus habita al interior del T4 sin que el enfermo presente síntomas; los linfocitos infectados pueden transmitir el virus a otras células, y a otras personas por la sangre o las secreciones sexuales. O bien se activa y manifiesta destruyendo las células en que habita y propagándose a otras T4. Cuando la destrucción de glóbulos blancos alcanza un nivel crítico las defensas del individuo están debilitadas y queda propenso a desarrollar enfermedades infecciosas, y aún ciertos tipos de cáncer, que definen el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

No todas las personas infectadas desarrollan el SIDA. La OMS estima que el 60% de los portadores enferma de SIDA dentro de los 10 años siguientes a la infección, un 20% muestra alteraciones leves de salud y otro 20% no presenta síntomas.

De acuerdo con el Programa de Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA), a fines de 2000 había 36,1 millones de personas viviendo con VIH/SIDA en todo el mundo. El total acumulado de defunciones registradas por esta causa alcanzó en 2000 a 21,8 millones de personas; sólo el año indicado fallecieron por la pandemia 3 millones y se infectaron 5,3 millones de individuos. Ver al final anexo "A" ¹.

El primer caso de SIDA en Chile se notificó en 1984. Hasta junio de 2000 se habían informado 3.741 enfermos y 4.392 portadores asintomáticos ². Se agrega al final un anexo signado con la letra "B", que ilustra la evolución en el tiempo de la pandemia en nuestro país, su distribución por regiones y comunas, por sexo, por modo de transmisión y por Servicios de Salud ³.

La transmisión se produce por vía sexual, sanguínea o vertical. La primera, que ocurre con ocasión de relaciones hetero u homosexuales, alcanza al 92% de los casos; la segunda, provocada con ocasión de transfusiones de sangre y hemoderivados y por el uso de drogas intravenosas, representa un 6%, y la última, en que la infección se transmite de la madre al hijo, es el 2% del total de casos.

ANTECEDENTES DE DERECHO

¹ Ver www.unaids.org

² Fuente: Boletín Epidemiológico Semestral de Conasida, N° 12, junio 2000, en www.minsal.cl

³ Fuente: Boletín Epidemiológico Trimestral de Conasida, N° 10, septiembre 1999.

Artículo 19 N° 9° de la Constitución Política de la República, que garantiza a todas las personas el derecho a la protección de la salud.

Código Sanitario, D.F.L. N° 725, de 1968 del Ministerio de Salud. Ver especialmente los artículos 20 y 21, sobre declaración obligada de enfermedades transmisibles, y artículos 38 a 41, sobre enfermedades venéreas.

Ley N° 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud, más conocida como ley de Isapres.

D.L. N° 2.763, de 1979, reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

D.S. N° 362, de 1984, del Ministerio de Salud, reglamento sobre enfermedades de transmisión sexual (ETS).

D.S. N° 466, de 1987, del Ministerio de Salud, que imparte normas para la aplicación de un Programa de Vigilancia Epidemiológica del SIDA.

D.S. N° 1, de 1990, del Ministerio de Salud, que crea la Comisión de Entidades Privadas y ONG para la Prevención y Control del SIDA.

D.S. N° 6, DE 1990, del Ministerio de Salud, que crea la Comisión Nacional del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

D.S. N° 385, de 1990, del Ministerio de Salud, que designa una Comisión Permanente Intersectorial para establecer una política nacional de prevención y control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

DISCUSION GENERAL

El proyecto aprobado en primer trámite constitucional está estructurado en 16 artículos permanentes.

Sus autores y las funcionarias que se han sucedido en la dirección de CONASIDA, Dras. Raquel Child y Anabella Arredondo, estiman que su contenido es un avance respecto de la situación actual.

Fundamentan su apreciación en que la iniciativa de ley enfrenta el problema en una perspectiva multidisciplinaria, puesto que él tiene connotaciones de salud pública, económicas, sociales, culturales, psicológicas e incluso de seguridad nacional. Por otra parte, el SIDA es en nuestro país, si bien no alcanza el contorno de una epidemia, es un

fenómeno creciente, aunque controlado, que afecta cada vez más a personas en plena etapa reproductiva y productiva y cuya propagación avanza también entre las mujeres.

El proyecto tiene como centro de gravedad las acciones preventivas y educativas, aptas para provocar una toma de conciencia en la población de que la verdadera causa de la pandemia son las conductas de riesgo. Es necesario erradicar muchos mitos y una buena dosis de ignorancia en torno a las formas de contraer la infección y a la auténtica prevención. Además, la iniciativa hace una opción fundamental, como es la voluntariedad del examen para pesquisar el mal, el cual debe ir indisolublemente asociado a la consejería previa y posterior. A mayor abundamiento, manifestaron que es necesario legislar para hacer eficaz la prohibición de discriminar en base a la condición de portador o enfermo.

Las representantes de CONASIDA hicieron presente que el examen no es medida de prevención puesto que no incide en la propagación de la enfermedad, que la infección se produce como consecuencia de determinadas conductas y que la no obligatoriedad del examen respeta la libertad y la autonomía de las personas.

Informaron que el personal de la salud está protegido por la reglamentación existente, particularmente por las Medidas de Precaución Universales puestas en vigor mediante Circulares N° 3F/17, de 1988, y N° 3F/68, de 1989, de la Subsecretaría de Salud. El Ministerio de Salud informó a la Comisión que en Chile no se ha notificado ningún caso en que se haya contraído la infección por exposición laboral.

Aseveraron las funcionarias del Ejecutivo que el examen puede ser un arma de doble filo, pues no es poco frecuente que dé falsos resultados, tanto positivos como negativos. A mayor abundamiento, existe un lapso, denominado período ventana, en que el examen no revela la condición de portador del virus, a pesar de estar la persona ya infectada. Esta etapa abarca alrededor de 8 semanas desde que se contrae la infección.

Explicaron también que en Fonasa el examen no tiene costo para el cotizante y sus beneficiarios y que en las Instituciones de Salud Previsional el precio oscila entre \$ 2.000 y \$ 16.000; sin embargo, se dijo, en estas últimas no está asociado a la consejería que permite al paciente enfrentar y asumir el examen mismo y un posible resultado positivo.

Agregaron que es recomendable evitar en este caso el uso de la palabra "contagio", porque da la idea de transmisión de un germen de modo involuntario, principalmente por vía aérea. En cambio, en el caso del VIH/SIDA lo usual es que se contraiga en razón de una conducta libre y voluntaria pero arriesgada.

Por lo que hace al tratamiento, se informó que la denominada "triterapia", que es el más moderno, significa un gasto mensual del orden de \$ 360.000 por enfermo, que debe ser asumido de por vida.

El Dr. Reinaldo Bustos, Presidente del Departamento de Ética del Consejo General del Colegio Médico de Chile A.G., manifestó que su representada juzga que los lineamientos del proyecto son pertinentes y adecuados a la coyuntura actual, dado que se pone el énfasis en la educación y la prevención, antes que en las pruebas de

detección, y que se ajusta al principio de un examen basado en el consentimiento informado y asociado a la consejería.

Considera el Colegio que la prevención enfocada a los enfermos y portadores del virus debe propender a buscar el compromiso de éstos en orden a cuidarse a sí mismos y proteger a los demás. Agregó que respecto a la discriminación en materia laboral hay que ser cautelosos, pues puede haber casos en que ella sea justificada, como por ejemplo un cirujano enfermo, el cual no debería operar.

El Presidente de la asociación Vivo Positivo, don Rodrigo Pascal, expresó que la organización que representa agrupa a 14 asociaciones chilenas y forma parte de las redes continental y mundial de personas viviendo con el virus.

Declaró que los principios constitucionalmente consagrados han demostrado no ser suficientes para evitar las actitudes discriminatorias contra portadores y enfermos de VIH/SIDA y para asegurarles efectivamente sus derechos a la vida, a la salud, a la educación y al trabajo. Por vía de ejemplo se refirió al artículo del proyecto que prohíbe la discriminación -7º en nuestro proyecto- aduciendo que la regla puede ser burlada por la vía de "solicitar" el examen para acceder a un puesto, en lugar de "exigirlo". Dijo también que es muy importante que en la elaboración de políticas sobre estos tópicos participen personas que viven con el VIH, pues ellas pueden aportar el importante factor de su experiencia psicológica, social y emocional.

También resaltó la importancia crucial de la consejería asociada al examen, ya que quienes la han tenido se convierten en agentes de prevención convencidos y tenaces. Concordó en que el examen no es una herramienta preventiva y que sí lo son el cambio de las conductas de riesgo y el uso de preservativo.

Solicitó la formación de un Fondo para financiar las políticas públicas de prevención y tratamiento, en cuya administración debieran tener cabida personas que viven con el VIH. En el mismo ámbito, propuso que las normas fueran más específicas a la hora de asignar responsabilidades en el cumplimiento de los objetivos de la política nacional a autoridades y servicios determinados, y que exista un esfuerzo focalizado en grupos más vulnerables, como son mujeres, niños, minorías sexuales, trabajadoras sexuales, usuarios de drogas y población internada.

Reclamó también que el ordenamiento jurídico otorgue reconocimiento a las uniones y situaciones de hecho que rodean a los enfermos, sobre todo en la fase terminal, en materia patrimonial y de guardas. Y llamó a proteger a los enfermos de los abusos que en ocasiones sufren de parte de laboratorios y empresas que experimentan con ellos nuevos medicamentos; sucede que cuando termina la fase experimental el sujeto queda abandonado a su suerte y sin tratamiento; en otras ocasiones sufren graves daños a su salud como consecuencia de los ensayos a que son sometidos. Todo ello justifica, concluyó, la intervención en dichas actividades de comités de ética.

La Comisión ofició a los señores Ministros de Educación, de Salud, de Justicia y de Defensa Nacional y al Director Nacional de Gendarmería, para conocer los

criterios con que se enfrenta el problema del VIH/SIDA en las instituciones y establecimientos de sus respectivas áreas en lo referente a prevención y control.

La señora Ministra de Educación comunicó que los Objetivos Fundamentales y Contenidos Mínimos de los niveles 5° básico a 4° medio incluyen temas como conocimiento y comprensión de la sexualidad y la reproducción, en sus aspectos biológico, sanitario, psicológico, ético, social y cultural.

Mediante Circular N° 875, de 1994, dicho Ministerio impartió instrucciones acerca del ingreso, permanencia, asistencia y evaluación a establecimientos del sistema regular de alumnos portadores y enfermos de VIH/SIDA; está fundamentada en la igualdad ante la ley y el derecho a la educación garantizados por la Constitución Política de la República. En síntesis, se propende a evitar la discriminación, reforzar la prevención de riesgos, respetar la confidencialidad de la información, apoyar a los afectados y mantener una comunicación fluida con su familia.

El Ministerio de Salud se refirió más concretamente a una serie de puntos determinados por la Comisión en su consulta; expondremos a continuación aquellos aspectos que no están tratados en otros acápite del presente informe.

La detección del VIH de toda sangre destinada a transfusión es obligatoria desde 1987.

No es necesario penalizar el contagio doloso o culposo del VIH, estima el Ministerio, porque esas conductas son actualmente perseguibles en base a las figuras existentes. Desde otro ángulo, la experiencia nacional e internacional demuestra que más eficaz que la mirada penalizadora es aquella que privilegia la relación médico-paciente y pone el énfasis en la observancia de una conducta responsable.

Sobre la posibilidad de extender el recurso de amparo de las garantías constitucionales al derecho a la protección de la salud, indicó el Ministerio que en doctrina los derechos y libertades amparados por esa vía son aquellos que pueden ser exigidos por el sólo hecho de existir el individuo, sin que medie la prestación de algún servicio por parte de terceros, sean éstos el Estado o los particulares.

El señor Ministro de Justicia remitió a la Comisión el "Programa Nacional de Control y Prevención ETS-VIH-SIDA" que Gendarmería de Chile aplica al interior de los recintos penales desde 1990. En el se regula la prevención, detección y tratamiento de la infección, así como de otras enfermedades de transmisión sexual. Por su parte, el señor Director Nacional de Gendarmería complementó lo anterior mediante oficio que además actualiza la información estadística. Ambos documentos se agregan al final, como anexos.

El señor Ministro de Defensa Nacional informó mediante oficio reservado, que queda depositado en la Secretaría a disposición de los señores Senadores.

En un primer análisis la Comisión detectó obstáculos que dificultaban la aprobación general de la iniciativa tal como venía formulada. En efecto, surgieron en el

debate dudas en cuanto a la necesidad de legislar en muchas de las materias que el proyecto abarca, que fueron consideradas más propias de una normativa de tipo reglamentario, o bien ya están reguladas en otras normas, como es el caso de la prohibición constitucional de discriminar arbitrariamente; además, el tenor de varias disposiciones aparecía más declarativo que regulatorio.

Con todo, la Comisión sopesó también el argumento de que el proyecto trata sobre un tema nuevo, con un fuerte componente social, psicológico y cultural, como es la necesidad del cambio de conductas que son riesgosas, por lo que su rol didáctico en la formación de la opinión pública no debía desdeñarse. Por otro lado, la destinación de fondos del presupuesto sí requiere ley. Su alcance multisectorial es otro argumento a favor del establecimiento de una legislación específica.

En el orden del gasto en salud, la Comisión fue del parecer que el Estado debería asumir su rol de garante y asegurar la triterapia a todos los enfermos que de otro modo estarían irremediablemente condenados a morir. Este criterio fue compartido por el Ministerio de Salud, que gestionó ante el de Hacienda una asignación de fondos para tal fin, a la que nos referiremos en la discusión particular.

Ante semejante disyuntiva, la Comisión optó por solicitar a la sala que la autorizara a estudiar también en particular el proyecto durante este primer trámite reglamentario, teniendo especialmente en cuenta que el H. Senador señor Viera-Gallo formuló una indicación de texto alternativo. El Senado accedió a lo solicitado por acuerdo adoptado en sesión de 13 de marzo de este año, comunicado por oficio N° 17.441, de la misma fecha.

Puesta en votación la idea de legislar, fue aprobada por 3 votos a favor y uno en contra. Expresaron su voto favorable los HH. Senadores señores Bombal, Cordero y Viera-Gallo; estuvo por el rechazo el H. Senador señor Ríos.

La mayoría consideró que la propuesta alternativa formulada por el H. Senador señor Viera-Gallo y la indicación del Ejecutivo para financiar la triterapia hacen viable el proyecto, por lo que estuvieron por legislar al respecto.

El autor del voto minoritario, por su parte, señaló que no le motiva por cierto ninguna animadversión respecto de las personas afectadas por este mal, sino que le mueve el propósito de ser coherente con lo sostenido respecto de esta y otras iniciativas excesivamente reglamentarias e innecesarias, porque el marco jurídico para poner en práctica todo lo que se propone en el proyecto ya existe. El apoyo del Congreso a lo que se está haciendo en el área de la salud queda sobradamente comprobado por la aprobación sin reparos del presupuesto fiscal respectivo, concluyó su Señoría.

- - - - -

DISCUSION PARTICULAR

ARTÍCULO 1°

Prescribe que es deber del Estado elaborar políticas y promover condiciones de todo orden tendientes a impedir y controlar la extensión de la infección causada por el VIH, así como asegurar a quienes viven con él el goce y ejercicio igualitario de sus derechos, con proscripción de cualquier forma de discriminación en su contra.

La Comisión reformuló las ideas en un artículo similar, que dispone que la prevención, diagnóstico, asistencia y control de la pandemia, y el aseguramiento de la igualdad ante la ley de los portadores y enfermos, sin discriminaciones, constituyen un objetivo sanitario, cultural y social de interés nacional.

Acordado por unanimidad por los HH. Senadores señores Bombal, Cordero y Ruiz-Esquide.

ARTÍCULO 2°

Establece un marco de referencia para la elaboración, contenido, ejecución y evaluación de políticas públicas intersectoriales en el ámbito en que incide el proyecto.

La Comisión redactó el precepto en términos semejantes, aunque más simples y breves, eliminando la referencia a resoluciones y recomendaciones de organizaciones internacionales, puesto que lo que es jurídicamente vinculante en nuestro país, conforme al artículo 5° de la Constitución Política de la República, son los tratados relativos a los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana.

En el texto que proponemos al final para los dos primeros artículos del proyecto queda en claro que los objetivos enunciados en ellos son nacionales, por lo que al Estado sólo compete una parte, no exclusiva, de la responsabilidad en su consecución; por consiguiente, las personas, las asociaciones intermedias y el sector privado deben asumir su cuota.

Acordado por unanimidad por los HH. Senadores señores Bombal, Cordero y Ruiz-Esquide.

ARTÍCULOS 3° y 4°

Consagran reglas adicionales para las políticas públicas en lo referente a menores de edad y a la mujer.

La Comisión, teniendo en cuenta que las reglas generales que establece el proyecto son aplicables a todas las personas sin discriminación alguna, rechazó por unanimidad estos artículos, con los votos de los HH. Senadores señores Bombal, Ríos, Ruiz-Esquide, Viera-Gallo y Zurita.

ARTÍCULO 5°

Estipula que es deber del Estado divulgar las características, medios de prevención y tratamiento del VIH/SIDA y los programas públicos de asistencia y prevención. En el proyecto que proponemos al final pasa a ser artículo 3°.

La Comisión aprobó una nueva redacción para las mismas ideas, con la votación unánime de los HH. Senadores señores Bombal, Ríos, Viera-Gallo y Zurita.

ARTÍCULO 6°

Dispone que es deber del Estado velar por la atención de salud a las personas portadoras y enfermas con el VIH.

La Comisión lo aprobó con algunas correcciones en la redacción, por la unanimidad de los HH. Senadores señores Cordero, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

ARTÍCULO 7°

Estatuye que el Estado debe promover la investigación científica como un medio más para la controlar la extensión de la pandemia. En el proyecto que proponemos al final pasa a ser artículo 4°.

La Comisión reemplazó el texto con el propósito de aclarar que los resultados de la investigación servirán de base a las acciones de salud, en lugar de a la elaboración de políticas. El acuerdo se adoptó por unanimidad por los HH. Senadores señores Bombal, Cordero y Ruiz-Esquide.

ARTÍCULO 8°

Declara que el Estado de Chile reconoce y acoge la cooperación internacional en pro de la prevención y control de la pandemia.

La Comisión lo rechazó por innecesario, con la votación unánime de los HH. Senadores señores Bombal, Cordero y Ruiz-Esquide.

ARTÍCULO 9°

Se refiere al examen de detección del VIH y establece su carácter siempre confidencial y voluntario. Preceptúa además que el examen debe estar asociado a una consejería previa y ulterior. En el proyecto que proponemos al final pasa a ser artículo 5°.

La Comisión lo reemplazó por otro que mantiene la consagración como regla general de la confidencialidad y voluntariedad del examen y precisa lo relativo a la consejería asociada a él. Además, hace aplicable en la especie la ley N° 19.628, sobre protección de datos personales y explicita formalmente que los resultados que detecten la infección serán comunicados a la autoridad sanitaria, al igual que se hace hoy en día respecto de ésta y de cualquier otra enfermedad transmisible. Así se evita que la consagración legal de la reserva impida notificar los casos de infección detectados.

La innovación más importante que introdujo la Comisión en este artículo son las excepciones a la regla general del carácter voluntario del examen. Es así que se optó por permitir que reglamentos dictados por la autoridad respectiva faculden hacerlo obligatorio respecto de determinados grupos de personas que, en razón de su trabajo y de las condiciones de vida en que se desenvuelven ordinariamente, se consideró más expuestas a la transmisión. Es el caso de las personas privadas de libertad, del personal de salud que deba estar en contacto con portadores o enfermos del VIH/SIDA y de quienes están regidos por los estatutos del personal de las Fuerzas Armadas y de Orden, incluido el contingente de reclutas. La Comisión adoptó estos resguardos por razones de prudencia y teniendo especialmente en consideración que en caso de conflicto entre las garantías individuales y el bien común es necesario decidir cuál debe prevalecer.

Lo anterior se acordó por unanimidad de los HH. Senadores señores Bombal, Cordero, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, salvo la primera oración del inciso segundo del artículo, que es la que introduce las excepciones a que acabamos de referirnos; en ese punto la votación se dividió.

Por lo que hace referencia a las personas reclusas en establecimientos carcelarios y al personal de las Fuerzas Armadas y de Orden, la aprobación fue también unánime y concurrieron a ella los mismos cuatros señores Senadores ya nombrados.

En lo tocante al personal de salud, estuvieron por la aprobación los HH. Senadores señores Cordero, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo y se abstuvo el H. Senador señor Bombal.

Las representantes de Conasida hicieron ver su desazón ante esta modificación, porque el enfoque esencial en que la autoridad sanitaria fundamenta su visión del problema y su actuar frente a él se inspira en que la causa de la infección no son las funciones que desempeñan determinadas personas sino las conductas de riesgo que ellas puedan tener.

Por su parte, la señora Ministra de Salud sostuvo que el Ejecutivo es partidario sin ambages de la voluntariedad de este examen en todo caso y sin excepciones.

ARTÍCULO 10

Proscribe la discriminación de portadores y enfermos del VIH/SIDA en los ámbitos laboral, educacional y de salud. En el proyecto que proponemos al final pasa a ser artículo 7°.

La Comisión introdujo un nuevo inciso segundo que contempla una excepción para el caso del ingreso del personal de las Fuerzas Armadas y de Orden. Lo mismo que en el artículo anterior, la Comisión obró movida por razones prudenciales. Sin embargo, mantuvo respecto de esos personales el principio general que impide removerlos de un cargo que desempeñen, o apartarlos de sus funciones, o negarles el derecho a ascenso en razón de haberse infectado con la pandemia, porque estimó que obrar en un sentido diverso sería injusto.

El acuerdo se adoptó por unanimidad de los HH. Senadores señores Cordero, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

ARTÍCULO 11

Sanciona con multa a beneficio fiscal de 3 a 10 unidades tributarias mensuales la infracción a las disposiciones del artículo que consagra la confidencialidad y voluntariedad del examen para detectar el VIH/SIDA. En el proyecto que proponemos al final pasa a ser artículo 8°.

La Comisión lo aprobó redactado en otros términos, por la unanimidad de los HH. Senadores señores Cordero, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

ARTÍCULO 12

Castiga con multa a beneficio fiscal de 10 a 50 unidades tributarias mensuales la transgresión del artículo que prohíbe la discriminación basada en la condición de portador o enfermo de VIH/SIDA. En el proyecto que proponemos al final pasa a ser artículo 9°.

La Comisión lo aprobó eliminando la responsabilidad solidaria que el precepto imponía a los directores y propietarios de las entidades o establecimientos laborales, educacionales o sanitarios en que se cometiere la discriminación. Concurrieron a la unanimidad los HH. Senadores señores Cordero, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

ARTÍCULO 13

Duplica las multas en caso de reincidencia. En el proyecto que proponemos al final pasa a ser artículo 10.

La Comisión lo aprobó por unanimidad, con los votos de los HH. Senadores señores Cordero, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

ARTÍCULO 14

Expresa que los funcionarios de la administración del Estado que infrinjan las normas de este proyecto, además de las multas establecidas en los artículos precedentes, responderán administrativamente conforme a sus respectivos estatutos. En el proyecto que proponemos al final pasa a ser artículo 11.

La Comisión lo aprobó por unanimidad, con los votos de los HH. Senadores señores Cordero, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

ARTÍCULO 15

Otorga competencia al juez civil del domicilio del afectado para conocer y resolver los procesos por infracciones a las disposiciones del proyecto, conforme al procedimiento sumario del Código de Procedimiento Civil, sin perjuicio de la que corresponda a los jueces del trabajo en casos de terminación del contrato laboral. En el proyecto que proponemos al final pasa a ser artículo 12.

La Comisión acogió en esta parte las sugerencias hechas por la Corte Suprema y reemplazó el artículo por uno que dispone que el tribunal competente respecto de las infracciones al Capítulo IV del proyecto será el de policía local y deja a salvo en lo demás la competencia de los tribunales civiles, penales, laborales y aduanero. Nada se dice sobre procedimiento, ya que en cada caso se aplicará el que sea pertinente conforme a las reglas generales y especiales existentes.

Este acuerdo fue adoptado unánimemente por la Comisión, concurriendo con su voto los HH. Senadores señores Bombal, Cordero, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

ARTÍCULO 16

Ordena que el gasto generado por la aplicación de los preceptos de este proyecto sea financiado con los recursos asignados en los presupuestos anuales del Ministerio de Salud y de los Servicios de Salud.

La Comisión lo rechazó unánimemente, con los votos de los HH. Senadores señores Bombal, Cordero, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo, en atención a la indicación hecha por el Ejecutivo que agrega dos artículos transitorios, sobre gasto y financiamiento.

Durante la discusión general los miembros de la Comisión hicieron ver al Ejecutivo que poco se obtendrá de un proyecto eminentemente declarativo y didáctico si no se le asocia una asignación de recursos importante para acudir en ayuda de los portadores y enfermos de VIH/SIDA, que por lo general no tienen medios para solventar de su peculio el costoso tratamiento denominado "triterapia", medicación que deben consumir por el resto de su vida. En otros términos, la ley debe además ser eficaz, esto es, debe producir los efectos deseados en la materia sobre la cual ella versa.

La señora Ministra de Salud explicó que esta necesidad ha sido detectada por la Cartera a su cargo pero que la endémica escasez de fondos asignados al sector, así como otras prioridades de igual o mayor urgencia que interesan a segmentos considerables de la población, no han permitido hasta ahora hacer frente en su integridad al tratamiento de estos enfermos y de los portadores; acotó que han preferido invertir en tratamientos en vez de hacerlo en campañas publicitarias preventivas, porque éstas son de muy alto costo. Informó que la decisión sobre qué enfermos reciben cuál tratamiento con los medios actualmente disponibles está regulada por un acuerdo alcanzado entre las organizaciones representativas de ellos y las autoridades pertinentes del Ministerio. Con todo, comprometió un nuevo intento ante el Ministerio de Hacienda, el que en definitiva dio

frutos y se concretó en la indicación del Presidente de la República a que ya hemos hecho referencia.

En el presupuesto del Fonasa se destina la suma de \$ 43.632.142.000 que se traspasan a los Servicios de Salud para solventar programas de prestaciones complejas, entre los cuales se halla la triterapia para atender a enfermos y portadores del VIH/SIDA ⁴

El primer artículo transitorio que incorpora al proyecto dicha indicación insta una bonificación de cargo fiscal que reembolsa los derechos e impuestos pagados en la importación de medicamentos de alto valor utilizados en el tratamiento del SIDA y otras enfermedades de costo económico catastrófico, dolencias que serán determinadas por decreto del Ministerio de Salud.

A solicitud del H. Senador señor Bombal, la Comisión acordó dejar constancia de que en el término "medicamentos" quedan comprendidos aquellos alimentos especiales que tienen dicho carácter para algunos enfermos y personas con discapacidad, pues sin ellos no pueden gozar de un estado saludable o simplemente no sobreviven. La señora Ministra de Salud estuvo de acuerdo en que la norma tiene este sentido y alcance.

El beneficio se otorga por un plazo que corre desde la publicación del reglamento a que se refiere el propio artículo, hasta el 31 de diciembre de 2004. El precepto define lo que se entenderá por "enfermedades catastróficas" y fija los requisitos que deberán reunir las personas que aspiren a la bonificación, así como la forma jurídica, condiciones, registro y formalidades a que deberán sujetarse quienes efectúen la importación de los bienes que dan origen al derecho.

La bonificación está limitada a lo efectivamente pagado por concepto de derechos e impuestos a la importación y a la disponibilidad de recursos presupuestarios asignados anualmente al efecto; además, lo percibido por este concepto no constituye renta, por lo que no está afecto a tributo ni descuento alguno.

La señora Ministra de Salud hizo ver que no se restringe el beneficio a personas de escasos recursos, a las que se otorga solamente una preferencia, porque el costo de estos tratamientos resulta oneroso para casi todas las personas.

El segundo de los artículos transitorios dispone que la bonificación se pagará con cargo al Programa 04 del presupuesto de la Subsecretaría de Salud, "Campañas Sanitarias y Auxilios Extraordinarios" y asigna para el presente año \$ 700 millones, con cargo a la Partida Tesoro Público.

Ambos artículos fueron aprobados por unanimidad por los HH. Senadores señores Bombal, Cordero, Ruiz-Esquide y Viera-Gallo.

⁴ Item 16.02.01.25.32, glosa 06.

Finalmente, la Comisión aprobó por unanimidad la división del proyecto en Capítulos, en la forma que se consigna más adelante en el articulado.

MODIFICACIONES

En mérito de las consideraciones expuestas, vuestra Comisión de Salud tiene el honor de proponeros aprobar las siguientes modificaciones al texto del proyecto de ley aprobado en el primer trámite constitucional:

Anteponer al artículo 1º el epígrafe "Capítulo I. Disposiciones generales.". (3 x 0)

Artículo 1º

Sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 1º.- La prevención, diagnóstico y control de la infección provocada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), como asimismo la asistencia y el libre e igualitario ejercicio de sus derechos por parte de las personas portadoras y enfermas, sin discriminaciones de ninguna índole, constituyen un objetivo sanitario, cultural y social de interés nacional.

Corresponde especialmente al Estado la elaboración de las políticas que propendan hacia dichos objetivos, procurando impedir y controlar la extensión de esta pandemia, así como disminuir su impacto psicológico, económico y social en la población.". (3 x 0)

Artículo 2º

Reemplazarlo por el que se indica enseguida:

"Artículo 2º.- El Ministerio de Salud tendrá a su cargo la dirección y orientación técnica de las políticas públicas en la materia.

Estas políticas deberán elaborarse, ejecutarse y evaluarse en forma intersectorial, con la participación de la comunidad, recogiendo los avances de la investigación científica y considerando la realidad epidemiológica nacional, con el objeto de establecer políticas específicas para los diversos grupos de la población y en especial para aquéllos de mayor vulnerabilidad.". (3 x 0)

Intercalar después del artículo 2º el siguiente epígrafe: "Capítulo II. De la prevención, diagnóstico, investigación y atención de salud.". (3 x 0)

Artículos 3º y 4º

Rechazarlos. (5 x 0)

Artículo 5º

Pasa a ser artículo 3º, reemplazado por el siguiente:

"Artículo 3º.- El Estado arbitrará las acciones que sean necesarias para informar a la población acerca del virus de inmunodeficiencia humana, sus vías de transmisión, sus consecuencias, las medidas más eficaces para su prevención y tratamiento y los programas públicos existentes con dichos fines.

Tales acciones se orientarán además a difundir y promover los derechos y responsabilidades de las personas portadoras y enfermas.". (4 x 0)

Artículo 6º

Sustituirlo por el siguiente:

"Artículo 6º.- El Estado deberá velar por la atención de las personas portadoras o enfermas con el virus de inmunodeficiencia humana, en el marco de las políticas públicas definidas en los artículos 1º y 2º de esta ley.

En todo caso, deberán proporcionarse las prestaciones de salud que requieran los beneficiarios de la ley N° 18.469, de acuerdo con lo previsto en dicho cuerpo legal.". (3 x 0)

Agregar luego del artículo 6º el siguiente epígrafe: "Capítulo III. De la no discriminación.". (3 x 0)

Artículo 7º

Pasa a ser artículo 4º, reemplazado por que el que se estampa a continuación:

"Artículo 4º.- El Estado promoverá la investigación científica acerca del virus de inmunodeficiencia humana, la que servirá de base para la ejecución de acciones públicas y privadas en la materia, y sobre las vías de transmisión de la infección, características, evolución y efectos en el país. Impulsará asimismo las medidas dirigidas a su prevención, tratamiento y cura.

Del mismo modo fomentará la creación de centros públicos o privados orientados a la prevención e investigación de la enfermedad.". (3 x 0)

Artículo 8°

Suprimirlo. (3 x 0)

Artículo 9°

Pasa a ser artículo 5°, sustituido por el siguiente:

"Artículo 5°.- El examen para detectar el virus de inmunodeficiencia humana será siempre confidencial y voluntario, debiendo constar por escrito el consentimiento del interesado o de su representante legal. El examen de detección se realizará previa información a éstos acerca de las características, naturaleza y consecuencias que para la salud implica la infección causada por dicho virus, así como las medidas preventivas científicamente comprobadas como eficaces

Sin perjuicio de ello podrá ser obligatorio, en la forma que establezcan los reglamentos respectivos, respecto de quienes se hallaren privados de libertad; del personal que trabaje en establecimientos hospitalarios o de salud, y de los personales regidos por el D.F.L. N° 1, de 1997, del Ministerio de Defensa Nacional, por el D.F.L. N° 2, de 1968, del Ministerio del Interior, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el D.S. N° 412, de 1992, del Ministerio de Defensa Nacional y por el D.F.L. N° 1, de 1980, del Ministerio de Defensa Nacional. Asimismo deberá practicarse siempre en los casos de transfusiones sanguíneas, elaboraciones de plasma, trasplantes y cualesquiera otras actividades médicas que pudieren contagio.

Sus resultados se entregarán en forma personal y reservada, a través de personal debidamente capacitado para ello, sin perjuicio de la información confidencial a la autoridad sanitaria respecto de los casos en que se detecte el virus, con el objeto de mantener un adecuado control estadístico y epidemiológico.

Serán aplicables en esta materia las disposiciones de la Ley 19.628 sobre protección de datos personales.

El reglamento establecerá las condiciones bajo las cuales se realizará el examen, la entrega de sus resultados, las personas y situaciones que ameriten la pesquisa obligatoria y la forma en que se entregará la información de los casos detectados a la autoridad sanitaria."

(4 x 0, excepto frase sobre personal de salud en inciso 2°, aprobada 3 x 1 abstención)

Artículo 10

Pasa a ser artículo 7°, reemplazado por el que sigue:

"Artículo 7°.- No podrá condicionarse la contratación de trabajadores, tanto en el sector público como privado, ni la permanencia o renovación de sus empleos, ni su promoción, a los resultados del examen destinado a detectar la presencia del virus de inmunodeficiencia humana, como tampoco exigir para dichos fines la realización del mencionado examen. En el caso de los personales regidos por el D.F.L. N° 1, de 1997, del Ministerio de Defensa Nacional, por el D.F.L. N° 2, de 1968, del Ministerio del Interior, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el D.S. N° 412, de 1992, del Ministerio de Defensa Nacional y por el D.F.L. N° 1, de 1980, del Ministerio de Defensa Nacional, se estará a lo que dispongan para el ingreso a las instituciones sus respectivos estatutos. Sin embargo, la permanencia de ellos en el servicio, la renovación de sus empleos y la promoción no podrán ser condicionadas a los resultados del examen. De igual manera, no podrá condicionarse el ingreso a un establecimiento educacional, ni la permanencia o promoción de sus alumnos, a la circunstancia de encontrarse afectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Tampoco podrá exigirse la realización o presentación del referido examen para tales efectos.

Asimismo, ningún establecimiento de salud, público o privado, cuando sea requerida su intervención de acuerdo con la ley, podrá negar el ingreso o atención a personas portadoras o enfermas con el virus de inmunodeficiencia humana o condicionar lo anterior a la realización o presentación de resultados del referido examen." (3 x 0)

Insertar entre los artículos 7° y 8° el siguiente epígrafe: "Capítulo IV. Sanciones y procedimientos." (3 x 0)

Artículo 11

Pasa a ser artículo 8°, sustituido por el que figura a continuación:

"Artículo 8°.- La infracción a lo dispuesto en el artículo 5° será sancionada con multa a beneficio fiscal de 3 a 10 unidades tributarias mensuales, sin perjuicio de la obligación de responder de los daños patrimoniales y morales causados al afectado, los que serán apreciados prudencialmente por el Juez.

Si la infracción fuese cometida por dos o más personas, podrá condenárselas a responder solidariamente de la multa y la indemnización." (3 x 0)

Artículo 12

Pasa a ser artículo 9°, reemplazado como sigue:

"Artículo 9°.- La infracción a lo dispuesto en el artículo 7° será sancionada con multa a beneficio fiscal de 10 a 50 unidades tributarias mensuales, sin perjuicio de la responsabilidad por los daños causados.".

Artículo 13 y 14

Pasan a ser artículos 10 y 11, respectivamente, sin otra modificación.
(3 x 0)

Artículo 15

Pasa a ser artículo 12, sustituido por el que sigue:

"Artículo 12.- Será competente para conocer de las infracciones tipificadas en este Capítulo el juzgado de policía local correspondiente al domicilio del afectado, sin perjuicio de la competencia que corresponda a los juzgados del trabajo y al tribunal aduanero o criminal respectivo, en su caso." (4 x 0)

Artículo 16

Rechazarlo. (4 x 0)

Agregar a continuación los siguientes artículos transitorios nuevos:

"Artículos Transitorios

Artículo 1º transitorio.- A contar de la fecha de publicación del reglamento a que se refiere el inciso quinto y hasta el 31 de diciembre del año 2004, las personas que reúnan los requisitos que más adelante se señalan podrán solicitar una bonificación fiscal. Dicha bonificación será equivalente hasta el monto de los derechos e impuestos que se hubieran pagado por la importación de los medicamentos de alto costo utilizados en el tratamiento específico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y de otras enfermedades catastróficas determinados mediante decreto supremo del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda.

Para los efectos señalados en el inciso anterior, se entenderá por enfermedades catastróficas aquellas con riesgo inminente de muerte y aquellas incurables y con dicho riesgo.

Podrán impetrar el beneficio establecido en este artículo, las personas que reúnan los siguientes requisitos:

a) que padezcan algunas de las afecciones señaladas en el inciso primero y para cuyo tratamiento los medicamentos determinados sean indispensables y ajustados en las dosis;

Lo anterior se acreditará mediante certificado emitido por un médico especialista, sin perjuicio de los informes y verificaciones adicionales que se dispongan en el reglamento.

b) que acrediten insolvencia económica en relación con el costo del tratamiento;

c) que no tengan acceso a los referidos medicamentos a través de los planes de salud públicos o del régimen de salud al que se encuentren afiliadas , y

d) que efectúen la importación a través de instituciones sin fines de lucro que se acrediten y registren ante el Ministerio de Salud y sus organismos competentes, quienes las representarán con las más amplias facultades conforme a lo que establezca el reglamento. La importación podrá ser considerada de despacho especial según lo determine el Servicio Nacional de Aduanas.

El beneficio podrá solicitarse respecto de los medicamentos determinados que se importen y sean prescritos a las personas beneficiarias a contar de la fecha de publicación del reglamento a que se refiere el inciso siguiente y su concesión sólo procederá hasta por el monto de recursos para su pago que se considere en el presupuesto correspondiente a la anualidad respectiva, debiendo darse prioridad a las personas de menores ingresos.

Un reglamento del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda, que se dictará dentro de los sesenta días siguientes a la fecha de publicación de esta ley, fijará los requisitos de constitución, objeto, finalidad, especialidad y demás que se estimen necesarios, que deberán reunir las instituciones señaladas en la letra d) anterior para su acreditación y registro y establecerá el modo de impetrar el beneficio, la documentación exigible, los criterios de prioridad en su otorgamiento, los procedimientos de concesión, pago y fiscalización de su uso y toda otra norma necesaria para la cabal aplicación de este artículo.

Con todo, la acreditación y registro de las referidas instituciones serán dispuestos mediante resolución conjunta de los Ministerios de Salud y Hacienda.

Los montos que perciban las personas por aplicación de este artículo no constituirán renta para ningún efecto legal y, en consecuencia, no serán tributables ni estarán afectos a descuento alguno.

Las instituciones acreditadas y registradas para representar a los beneficiarios serán excluidas de su reconocimiento como tales, por el sólo ministerio de la ley, cuando se compruebe que hubieren incurrido en contravención a este artículo y a la normativa legal y reglamentaria aplicable sobre la materia, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal, tributaria o aduanera de los representantes de dichas entidades, del beneficiario de la bonificación y de las demás personas involucradas y de la obligación de restituir las sumas indebidamente percibidas.

Artículo 2º transitorio.- El beneficio que se establece en el artículo anterior será de cargo fiscal y se financiará con los recursos que se contemplen al efecto en el programa 04 del presupuesto de la Subsecretaría de Salud. Durante el año 2001 se destinarán \$ 700.000 miles mediante transferencia del ítem 50-01-03-25-33.104 de la Partida Tesoro Público de la Ley de Presupuestos Vigente.". (4 x 0)

Si las modificaciones que proponemos son aprobadas, el proyecto que proponemos para aprobación general queda como sigue:

PROYECTO DE LEY

Capítulo I. Disposiciones generales.

Artículo 1º.- La prevención, diagnóstico y control de la infección provocada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), como asimismo la asistencia y el libre e igualitario ejercicio de sus derechos por parte de las personas portadoras y enfermas, sin discriminaciones de ninguna índole, constituyen un objetivo sanitario, cultural y social de interés nacional.

Corresponde especialmente al Estado la elaboración de las políticas que propendan hacia dichos objetivos, procurando impedir y controlar la extensión de esta pandemia, así como disminuir su impacto psicológico, económico y social en la población.

Artículo 2º.- El Ministerio de Salud tendrá a su cargo la dirección y orientación técnica de las políticas públicas en la materia.

Estas políticas deberán elaborarse, ejecutarse y evaluarse en forma intersectorial, con la participación de la comunidad, recogiendo los avances de la investigación científica y considerando la realidad epidemiológica nacional, con el objeto de establecer políticas específicas para los diversos grupos de la población y en especial para aquéllos de mayor vulnerabilidad.

Capítulo II. De la prevención, diagnóstico, investigación y atención de salud.

Artículo 3º.- El Estado arbitrará las acciones que sean necesarias para informar a la población acerca del virus de inmunodeficiencia humana, sus vías de transmisión, sus consecuencias, las medidas más eficaces para su prevención y tratamiento y los programas públicos existentes con dichos fines.

Tales acciones se orientarán además a difundir y promover los derechos y responsabilidades de las personas portadoras y enfermas.

Artículo 4º.- El Estado promoverá la investigación científica acerca del virus de inmunodeficiencia humana, la que servirá de base para la ejecución de acciones públicas y privadas en la materia, y sobre las vías de transmisión de la infección, características, evolución y efectos en el país. Impulsará asimismo las medidas dirigidas a su prevención, tratamiento y cura.

Del mismo modo fomentará la creación de centros públicos o privados orientados a la prevención e investigación de la enfermedad.

Artículo 5º.- El examen para detectar el virus de inmunodeficiencia humana será siempre confidencial y voluntario, debiendo constar por escrito el consentimiento del interesado o de su representante legal. El examen de detección se realizará previa información a éstos acerca de las características, naturaleza y consecuencias que para la salud implica la infección causada por dicho virus, así como las medidas preventivas científicamente comprobadas como eficaces

Sin perjuicio de ello podrá ser obligatorio, en la forma que establezcan los

reglamentos respectivos, respecto de quienes se hallaren privados de libertad; del personal que trabaje en establecimientos hospitalarios o de salud, y de los personales regidos por el D.F.L. N° 1, de 1997, del Ministerio de Defensa Nacional, por el D.F.L. N° 2, de 1968, del Ministerio del Interior, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el D.S. N° 412, de 1992, del Ministerio de Defensa Nacional y por el D.F.L. N° 1, de 1980, del Ministerio de Defensa Nacional. Asimismo deberá practicarse siempre en los casos de transfusiones sanguíneas, elaboraciones de plasma, trasplantes y cualesquiera otras actividades médicas que pudieren ocasionar contagio.

Sus resultados se entregarán en forma personal y reservada, a través de personal debidamente capacitado para ello, sin perjuicio de la información confidencial a la autoridad sanitaria respecto de los casos en que se detecte el virus, con el objeto de mantener un adecuado control estadístico y epidemiológico.

Serán aplicables en esta materia las disposiciones de la Ley 19.628 sobre protección de datos personales.

El reglamento establecerá las condiciones bajo las cuales se realizará el examen, la entrega de sus resultados, las personas y situaciones que ameriten la pesquisa obligatoria y la forma en que se entregará la información de los casos de contagio a la autoridad sanitaria.

Artículo 6°.- El Estado deberá velar por la atención de las personas portadoras o enfermas con el virus de inmunodeficiencia humana, en el marco de las políticas públicas definidas en los artículos 1° y 2° de esta ley.

En todo caso, deberán proporcionarse las prestaciones de salud que requieran los beneficiarios de la ley N° 18.469, de acuerdo con lo previsto en dicho cuerpo legal.

Capítulo III. De la no discriminación.

Artículo 7°.- No podrá condicionarse la contratación de trabajadores, tanto en el sector público como privado, ni la permanencia o renovación de sus empleos, ni su promoción, a los resultados del examen destinado a detectar la presencia del virus de inmunodeficiencia humana, como tampoco exigir para dichos fines la realización del mencionado examen.

En el caso de los personales regidos por el D.F.L. N° 1, de 1997, del Ministerio de Defensa Nacional, por el D.F.L. N° 2, de 1968, del Ministerio del Interior, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el D.S. N° 412, de 1992, del Ministerio de Defensa Nacional y por el D.F.L. N° 1, de 1980, del Ministerio de Defensa Nacional, se estará a lo que dispongan para el ingreso a las instituciones sus respectivos estatutos. Sin embargo, la permanencia de ellos en el servicio, la renovación de sus empleos y la promoción no podrán ser condicionadas a los resultados del examen.

De igual manera, no podrá condicionarse el ingreso a un establecimiento educacional, ni la permanencia o promoción de sus alumnos, a la circunstancia de encontrarse afectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Tampoco podrá exigirse la realización o presentación del referido examen para tales efectos.

Asimismo, ningún establecimiento de salud, público o privado, cuando sea requerida su intervención de acuerdo con la ley, podrá negar el ingreso o atención a personas portadoras o enfermas con el virus de inmunodeficiencia humana o condicionar lo anterior a la realización o presentación de resultados del referido examen.

Capítulo IV. Sanciones y procedimientos.

Artículo 8º.- La infracción a lo dispuesto en el artículo 5º será sancionada con multa a beneficio fiscal de 3 a 10 unidades tributarias mensuales, sin perjuicio de la obligación de responder de los daños patrimoniales y morales causados al afectado, los que serán apreciados prudencialmente por el Juez.

Si la infracción fuese cometida por dos o más personas, podrá condenárselas a responder solidariamente de la multa y la indemnización.

Artículo 9º.- La infracción a lo dispuesto en el artículo 7º será sancionada con multa a beneficio fiscal de 10 a 50 unidades tributarias mensuales, sin perjuicio de la responsabilidad por los daños causados.

Artículo 10.- En caso de reincidencia en las infracciones señaladas, los montos mínimos y máximos de las multas establecidas en los artículos precedentes se duplicarán.

Artículo 11.- Tratándose de los funcionarios de la Administración del Estado, las sanciones establecidas en los artículos anteriores se aplicarán sin perjuicio de la responsabilidad administrativa que pudiere corresponderles, conforme con el estatuto que los rija.

Artículo 12.- Será competente para conocer de las infracciones tipificadas en este Capítulo el juzgado de policía local correspondiente al domicilio del afectado, sin perjuicio de la competencia que corresponda a los juzgados del trabajo y al tribunal aduanero o criminal respectivo, en su caso.

Artículos Transitorios

Artículo 1º transitorio.- A contar de la fecha de publicación del reglamento a que se refiere el inciso quinto y hasta el 31 de diciembre del año 2004, las personas que reúnan los requisitos que más adelante se señalan podrán solicitar una bonificación fiscal. Dicha bonificación será equivalente hasta el monto de los derechos e impuestos que se hubieran pagado por la importación de los medicamentos de alto costo utilizados en el tratamiento específico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y de otras enfermedades catastróficas determinados mediante decreto supremo del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda.

Para los efectos señalados en el inciso anterior, se entenderá por enfermedades catastróficas aquellas con riesgo inminente de muerte y aquellas incurables y con dicho riesgo.

Podrán impetrar el beneficio establecido en este artículo, las personas que reúnan los siguientes requisitos:

a) que padezcan algunas de las afecciones señaladas en el inciso primero y para cuyo tratamiento los medicamentos determinados sean indispensables y ajustados en las dosis;

Lo anterior se acreditará mediante certificado emitido por un médico especialista, sin perjuicio de los informes y verificaciones adicionales que se dispongan en el reglamento.

b) que acrediten insolvencia económica en relación con el costo del tratamiento;

c) que no tengan acceso a los referidos medicamentos a través de los planes de salud públicos o del régimen de salud al que se encuentren afiliadas, y

d) que efectúen la importación a través de instituciones sin fines de lucro que se acrediten y registren ante el Ministerio de Salud y sus organismos competentes, quienes las representarán con las más amplias facultades conforme a lo que establezca el reglamento. La importación podrá ser considerada de despacho especial según lo determine el Servicio Nacional de Aduanas.

El beneficio podrá solicitarse respecto de los medicamentos determinados que se importen y sean prescritos a las personas beneficiarias a contar de la fecha de publicación del reglamento a que se refiere el inciso siguiente y su concesión sólo procederá hasta por el monto de recursos para su pago que se considere en el presupuesto correspondiente a la anualidad respectiva, debiendo darse prioridad a las personas de menores ingresos.

Un reglamento del Ministerio de Salud, suscrito además por el Ministro de Hacienda, que se dictará dentro de los sesenta días siguientes a la fecha de publicación de esta ley, fijará los requisitos de constitución, objeto, finalidad, especialidad y demás que se estimen necesarios, que deberán reunir las instituciones señaladas en la letra d) anterior para su acreditación y registro y establecerá el modo de impetrar el beneficio, la documentación exigible, los criterios de prioridad en su otorgamiento, los procedimientos de concesión, pago y fiscalización de su uso y toda otra norma necesaria para la cabal aplicación de este artículo.

Con todo, la acreditación y registro de las referidas instituciones serán dispuestos mediante resolución conjunta de los Ministerios de Salud y Hacienda.

Los montos que perciban las personas por aplicación de este artículo no constituirán renta para ningún efecto legal y, en consecuencia, no serán tributables ni estarán afectos a descuento alguno.

Las instituciones acreditadas y registradas para representar a los beneficiarios serán excluidas de su reconocimiento como tales, por el sólo ministerio de la ley, cuando se compruebe que hubieren incurrido en contravención a este artículo y a la normativa legal y reglamentaria aplicable sobre la materia, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal, tributaria o aduanera de los representantes de dichas entidades, del beneficiario de la

bonificación y de las demás personas involucradas y de la obligación de restituir las sumas indebidamente percibidas.

Artículo 2° transitorio.- El beneficio que se establece en el artículo anterior será de cargo fiscal y se financiará con los recursos que se contemplen al efecto en el programa 04 del presupuesto de la Subsecretaría de Salud. Durante el año 2001 se destinarán \$ 700.000 miles mediante transferencia del ítem 50-01-03-25-33.104 de la Partida Tesoro Público de la Ley de Presupuestos Vigente."

Acordado en sesiones de fechas 10 y 17 de mayo, 19 de julio, 30 de agosto, 6 de septiembre, 4 y 18 de octubre de 2000, 3 y 10 de enero, 14, 20 y 21 de marzo de 2001, con asistencia de los HH. Senadores señores Carlos Bombal Otaegui (Presidente), Fernando Cordero Rusque (Enrique Silva Cimma, Enrique Zurita Camps), Mario Ríos Santander (Carlos Cantero Ojeda), Mariano Ruiz-Esquide Jara y José Antonio Viera-Gallo Quesney.

Sala de la Comisión, a 10 de abril de 2001.

(FDO.): FERNANDO SOFFIA CONTRERAS
Secretario

Quincuagésimo quinto período de sesiones
Tema 179 del programa
Examen del problema del virus de la inmunodeficiencia
humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida
en todos sus aspectos

Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA)

Informe del Secretario General

Resumen

En sus dos decenios de existencia, la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ha seguido propagándose sin cesar en todos los continentes y, si bien más grave en algunos lugares que otros, ningún país está fuera de su alcance. En estos dos decenios se ha convertido en una verdadera emergencia mundial.

En la Declaración del Milenio (resolución 55/2 de la Asamblea General), adoptada por la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, celebrada en septiembre de 2000, se pone de manifiesto que el mundo ha reconocido finalmente la magnitud de la crisis. En la Declaración los líderes del mundo se comprometieron a poner término y comenzar a invertir la tendencia de la propagación del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) para el año 2015; a proporcionar ayuda especial a los niños que han quedado huérfanos como consecuencia de dicho virus, y a ayudar a África a adquirir capacidad para abordar el problema de la propagación de la pandemia del VIH/SIDA y de otras enfermedades infecciosas. La decisión tomada por la Asamblea General de convocar un período extraordinario de sesiones para revisar y abordar el problema del VIH/SIDA con carácter urgente tuvo lugar poco después de la Cumbre del Milenio y se considera el primer paso para la realización de los compromisos adoptados en la Declaración.

En el presente informe se examina la propagación de la epidemia y se pasa revista a sus efectos, demográficos, sociales y económicos, así como desde el punto de vista de la seguridad de los pueblos y naciones. La cuestión se examina en todos los planos, en reconocimiento de que, si bien un problema mundial requiere una acción mundial, también es indispensable movilizar a los pueblos y las comunidades. Es al nivel del hogar y la comunidad, con el apoyo de grupos de la sociedad civil, donde se puede entablar un diálogo franco sobre normas, valores, cuestiones de género, salud y sexualidad y pueda surtir verdaderos efectos para reducir la vulnerabilidad a la infección.

En el presente informe se reseñan las lecciones más importantes que se han aprendido, incluidos los éxitos alcanzados, desde el comienzo de la epidemia, a saber: que es posible prevenir en el futuro una epidemia mayor; que hay mayor capacidad para ello y un mayor empeño en lograrlo; que se están ampliando las estrategias para hacerle frente en

todos los sectores; que la prevención arroja frutos; que hay que redoblar los esfuerzos por dar acceso generalizado y de bajo costo a la atención y el tratamiento médicos, que la acción más positiva tiene su base en la comunidad; que es esencial dar más poder a los jóvenes y a las mujeres; que quienes viven con VIH o SIDA tienen un papel central en cuanto a las medidas que se han de tomar, y que hay que hacer frente a la epidemia en diversos frentes desde los puntos de vista de los riesgos que entrañan distintas conductas y situaciones, de la vulnerabilidad al riesgo de infección y de los efectos sobre la vida de las personas y sus comunidades.

En el presente informe se pasa revista a la reacción entre la epidemia desde un triple punto de vista, el liderazgo, la coordinación y la necesidad de recursos suficientes. El liderazgo, tanto a nivel mundial como de cada país, es el factor más importante de todos para poner coto a la epidemia.

Uno de los desafíos más importantes en este contexto consiste en aprovechar cabalmente el poder y la autoridad del Estado para hacer frente a la epidemia y, a esos efectos, movilizar a todos los sectores y niveles de gobierno, llevar a cabo las intervenciones en forma descentralizada, establecer sólidas asociaciones con entidades no gubernamentales, asegurar financiación suficiente en el presupuesto nacional y asignar adecuadamente recursos en todos los sectores y todos los niveles hasta el municipal o de distrito.

Un segundo factor para lograr resultados en la lucha contra el VIH/SIDA, tanto en el plano nacional como en el mundial, consiste en una mayor coordinación entre todos los sectores de la planificación económica y social, entre los gobiernos, entre entidades de gobierno y no gubernamentales y entre la sociedad civil internacional y nacional. En momentos en que aumentan los recursos y el número de participantes en la lucha contra el SIDA, la coordinación de las actividades cobra carácter aún más crítico. La coordinación, al alentar planteamientos colectivos para enfocar y resolver el problema, lo que es crucial en una cuestión como el SIDA que abarca tantos ámbitos, puede ayudar a centrar la energía y los recursos en objetivos concretos a fin de evitar la duplicación y lograr una mejor relación costo-eficacia. De esta manera, un planteamiento colectivo para enfocar el programa y resolverlo da mucho más peso a soluciones que, de lo contrario, cabría considerar fragmentarias. Se necesita una acción a gran escala sistemática, y sinérgica.

La necesidad de recursos suficientes constituye un tercer factor crítico. Los recursos financieros asignados en todo el mundo al VIH/SIDA, especialmente en las regiones más afectadas, no constituyen más que una fracción de los necesarios habida cuenta de la magnitud de la epidemia. Por ejemplo, para programas de prevención y atención básica en África únicamente se necesitarían por lo menos 3.000 millones de dólares EE.UU. al año, sin incluir la terapia antirretrovirus. Sin embargo, a pesar de que el compromiso y la voluntad política son cada vez más evidentes, únicamente se dispone de una fracción de esa suma.

Estos tres factores críticos se describen en un documento de sesión que se publicará como complemento del presente informe.

Se han logrado buenos resultados en el intento de hacer frente a la epidemia en muchas partes del mundo. El descenso de las tasas de infección con VIH en muchas

comunidades y, en algunos casos, muchos países, especialmente entre los jóvenes, ha demostrado que las estrategias de prevención sirven. El descenso de la tasa de mortalidad por SIDA en países industrializados y algunos países en desarrollo ha demostrado también que el cuidado y el tratamiento del VIH son eficaces.

Para hacer frente al reto del VIH/SIDA se requiere una combinación de medidas, entre ellas, un mayor liderazgo, reducir los efectos económicos y sociales de la epidemia, reducir la vulnerabilidad, intensificar la prevención, aumentar la atención y el apoyo, proporcionar bienes públicos internacionales y aumentar los recursos.

El VIH/SIDA constituye el obstáculo más formidable para el desarrollo en nuestros tiempos. Al convocar un período extraordinario de sesiones sobre el VIH/SIDA la Asamblea General ha reconocido este hecho, y con dicho período extraordinario intenta conseguir un compromiso mundial para intensificar y coordinar la acción a nivel mundial y nacional.

Índice

	Párrafos	Página
I. Introducción	1-3	5
II. Sinopsis		4-21 7
III. Consecuencias socioeconómicas del VIH/SIDA	22-40	13
A. Efectos demográficos		24-25
B. Efectos sociales		26-32
C. Efectos económicos		33-38
D. Efectos en cuanto a la seguridad		39-40
IV. Medidas adoptadas en los planos mundial, regional y nacional para hacer frente al SIDA		41-86
A. Medidas adoptadas en el plano mundial		41-49
B. Medidas adoptadas en los planos regional y nacional		50-86
Principal experiencia adquirida y elementos para el éxito de las actividades		87-108
VI. Las cuestiones comprendidas en una acción ampliada: el futuro		109-123
Anexos		
Metas establecidas en las conferencias mundiales y sus procesos de seguimiento		25
II. Respuesta del sistema de las Naciones Unidas		27

I. Introducción

1. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se ha convertido en una gran crisis de desarrollo; mata a millones de adultos en la flor de la vida, destruye y empobrece familias, debilita la fuerza de trabajo, deja en la orfandad a millones de niños y amenaza el

tejido económico y social de las comunidades y la estabilidad política de las naciones. Los efectos negativos del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el SIDA para el desarrollo, especialmente en el África meridional, pero cada vez más en regiones como el Caribe, el Asia meridional y el Asia sudoriental, se dejan sentir en todos los sectores del desarrollo y en toda la sociedad. El SIDA se propaga con rapidez y repercute en la fuerza de trabajo, en la productividad, en las exportaciones, en las inversiones y, en última instancia, en la economía nacional. De persistir la epidemia a su ritmo actual, las naciones más afectadas han de perder en los 20 próximos años hasta el 25% de su crecimiento económico proyectado.

2. En septiembre de 2000, la Asamblea General aprobó la Declaración de las Naciones Unidas para el Milenio (resolución 55/2), en la que se instaba a adoptar medidas concretas respecto del VIH/SIDA. Concretamente, la Declaración del Milenio compromete a los líderes mundiales a que pongan fin e inviertan la tendencia de la propagación del VIH/SIDA para el año 2015; a que presten ayuda especial a los niños que han quedado huérfanos a causa del VIH/SIDA, y a que ayuden a África a adquirir la capacidad necesaria para detener la propagación de la pandemia del VIH/SIDA y de otras enfermedades infecciosas. La Declaración fue aprobada tras una serie de reuniones de seguimiento de conferencias mundiales, entre ellas, la Cumbre Mundial para el Desarrollo Social, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (véase el anexo I) en que se fijaron prioridades respecto del VIH/SIDA. El año 2000 comenzó con un debate en el Consejo de Seguridad en que se reconoció que el SIDA era un problema de seguridad humana y que surtía efectos cada vez mayores en cuanto a una mayor inestabilidad regional y a mayores problemas de seguridad nacional.

3. Las Naciones Unidas, en reconocimiento de la gravedad de la epidemia, decidieron convocar con carácter de urgencia un período extraordinario de sesiones para examinar el problema del VIH/SIDA y hacerle frente. En el período extraordinario de sesiones se tratará de llegar a un compromiso mundial para aumentar la coordinación e intensificar la labor en los planos nacional, regional e internacional a fin de luchar contra la epidemia. En el presente informe se dará una breve visión general de la epidemia y se pasará revista a sus aspectos críticos. Asimismo, se analizarán las lecciones aprendidas en la lucha contra el SIDA hasta ahora y se destacarán las cuestiones sobre las que habrá que actuar de forma urgente en los años venideros.

II. Sinopsis

4. En diciembre de 2000, la secretaría del Programa conjunto de la Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunciaron que, a fines de 2000, vivían en el mundo 36,1 millones de hombres, mujeres y niños con VIH o SIDA y 21,8 millones habían muerto de resultas de la enfermedad. En el mismo año, se estima que hubo 5,3 millones de nuevos casos de infección en el mundo y que 3 millones de personas murieron de SIDA, la cifra anual más alta en la historia. La propagación del VIH entraña una epidemia mundial mucho más extensa de lo que se predecía hace un decenio y el número de personas que tienen VIH o SIDA en todo el mundo es un 50% más alto que el proyectado en 1991. Las formas de transmisión siguen siendo las relaciones sexuales sin

protección, la sangre y los hemoderivados no sometidos a análisis previo, las jeringas contaminadas, la transmisión de la madre al hijo y el amamantamiento.

África

5. Actualmente el SIDA está presente en todo el mundo, pero la zona más asolada es el África al sur del Sáhara. El 70% de los adultos y el 80% de los niños infectados con el VIH viven en África y también lo hacen las tres cuartas partes de los casi 22 millones de personas en todo el mundo que han muerto de SIDA desde que comenzó la epidemia. Se estima que en el año 2000 3,8 millones de personas quedaron infectadas con el VIH en el África al sur de Sáhara y 2,4 millones murieron. El SIDA es actualmente la principal causa de mortalidad en África. Se estima que unos 25,3 millones de africanos viven con VIH o SIDA y en 16 países están infectados más de una décima parte de todos los adultos (de 15 a 49 años de edad). El número cada vez mayor de niños huérfanos constituye un trágico aspecto de la epidemia; de los 13,2 millones de niños en el mundo que quedaron huérfanos de resultados del SIDA, 12,1 millones corresponden a África.

6. Dentro del África al sur del Sáhara, hay en el África meridional más portadores del VIH que en cualquier otra región. Una de cada cuatro mujeres de 20 a 29 años de edad está infectada. Las tasas de infección han subido en África occidental y siguen siendo elevadas en África oriental. Los países de África del Norte y el Oriente Medio han sido hasta ahora los menos afectados por la epidemia. Con excepción del Sudán y Djibouti, la prevalencia es de 1 por cada 1.000 adultos o menos. Sin embargo, hay datos recientes que indican que estos países no son inmunes a la epidemia y hay informes de una creciente prevalencia entre mujeres embarazadas en algunas zonas, así como entre grupos de alto riesgo en la población.

7. En el año 2000, y por primera vez, el número de infecciones nuevas en la región no fue más alto que en el año anterior y ello puede atribuirse a dos factores. En primer lugar la epidemia existe desde hace tanto tiempo que ha afectado ya a muchas personas sexualmente activas, con lo que son menos aquellas a las que todavía podría propagarse la infección. En segundo lugar, los buenos resultados de los programas de prevención en unos pocos países, especialmente Uganda, partes de Zambia y la República Unida de Tanzania, han reducido las tasas de infección, especialmente entre los jóvenes. En el Senegal, la prevalencia parece haberse estabilizado en el bajo porcentaje de 1,7% de la población general, y también parece haberse estabilizado en Sudáfrica y Kenya pero en proporciones mucho más elevadas, 19,9% y 13% respectivamente.

8. África hace frente a un triple desafío de proporciones alarmantes; debe reducir el número de infecciones nuevas dando posibilidades a cada uno de protegerse a sí mismo y proteger a otros; debe proporcionar atención de salud, apoyo y solidaridad a un número cada vez mayor de personas infectadas y debe superar los efectos sumados que tiene para los sobrevivientes, para la comunidad y para el desarrollo nacional la muerte por SIDA de millones de personas.

Asia y el Pacífico

9. Las elevadas tasas de infección registradas en África no se han repetido hasta ahora en Asia. Sólo en tres países, Camboya, Myanmar y Tailandia, la prevalencia supera el 1% en la población de 15 a 49 años de edad. Sin embargo, el número de infecciones va en aumento; en Asia meridional y Asia sudoriental 780.000 adultos quedaron infectados el año pasado y de ellos casi dos tercios eran hombres. En Asia oriental y el Pacífico hubo 130.000 nuevos casos de infección. En Tailandia, la prevalencia entre los jóvenes se redujo más del 50% en razón de los excelentes resultados de un programa de promoción para usar siempre condones en el comercio sexual.

10. La epidemia de VIH/SIDA es relativamente reciente en Asia y su dinámica varía considerablemente en el continente, entre países y dentro de ellos. Sin embargo, estas diferencias ocultan pautas en general reconocibles, que incluyen una considerable propagación del VIH entre la población heterosexual, una elevada concentración entre quienes se inyectan drogas y una elevada incidencia de VIH entre quienes se dedican al comercio sexual y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Las tasas de infección en la población general de países como la China y la India, a los que corresponde más de una tercera parte de la población total del mundo, por más que sean bajas, significan un gran número de personas infectadas. Los cambios demográficos que experimenta China no tienen precedentes en la historia. Tras haber prácticamente erradicado las infecciones de transmisión sexual en los años sesenta, actualmente se registra un marcado aumento de ellas, que puede dar lugar a una mayor propagación del VIH. En la India se ha determinado que la prevalencia del VIH supera el 2% entre las mujeres embarazadas en algunas regiones y va del 40% al 75% según los resultados de estudios realizados con quienes se inyectaban drogas en el Estado de Manipur.

Europa oriental y Asia central

11. En los países de la ex URSS se registran algunas de las tendencias más dramáticas de la epidemia de SIDA en el mundo. La región, que antes se caracterizaba por una prevalencia muy baja, registra ahora un aumento enormemente marcado del número de infecciones nuevas, de 420.000 a fines de 1999 a por lo menos 700.000 un año después. En el año 2000 únicamente hubo más infecciones nuevas en la Federación de Rusia que en todos los años anteriores sumados. De los 250.000 casos nuevos de infección en la región, la mayoría correspondió a hombres, en su mayor parte los que se inyectaban drogas. Sin embargo, según datos recientes se ha encontrado en Ucrania una mayor prevalencia entre mujeres embarazadas.

12. Una complicada combinación de crisis económica, rápido cambio social, aumento de la pobreza y el desempleo, aumento de la prostitución y cambios en las costumbres sexuales constituyen factores que han impulsado la rápida propagación del VIH en toda la región.

13. Hasta hace poco, las repúblicas de Asia central no habían sido mayormente afectadas por la epidemia de VIH/SIDA, pero hay datos recientes de algunos países que indican que el VIH ha comenzado a propagarse entre quienes se inyectan drogas.

América Latina y el Caribe

14. La epidemia en América Latina configura un complejo mosaico de pautas de transmisión en que el VIH sigue propagándose por conducto de relaciones sexuales entre hombres y entre hombres y mujeres y del consumo de drogas que se inyectan. Unos 150.000 adultos y niños quedaron infectados en el año 2000, con lo que el número total llegó a 1,4 millones. En el Brasil, el país con más habitantes de la región, se encuentra el mayor número de personas infectadas con el VIH (540.000). Al mismo tiempo, el número de casos de SIDA, especialmente el de muertes como consecuencia del SIDA, ha disminuido considerablemente al generalizarse el acceso a tratamientos que prolongan la vida. La mortalidad causada por el SIDA bajó en el Brasil en un 30% entre 1995 y 1998.

15. Corresponde al Caribe el índice más alto de infección por VIH en el mundo después del África al sur del Sáhara y el SIDA es ya la causa más importante de mortalidad entre jóvenes, hombres y mujeres, en la región. En Haití, el país caribeño más afectado, en torno al 8% de los adultos en las zonas urbanas y el 4% en las zonas rurales están infectados. En todo el Caribe la epidemia se propaga con particular rapidez por conducto de la transmisión heterosexual, como resultado de una actividad sexual más temprana sumada a cambios frecuentes de pareja y a distintas combinaciones de edad (mujeres más jóvenes que mantienen relaciones sexuales con hombres más viejos).

16. En los países de América Central, asolados por años de conflicto armado, destrucción ambiental y un desarrollo social desigual, la epidemia está concentrada entre poblaciones en situación desventajosa y poblaciones itinerantes, mientras aumenta la prevalencia en las mujeres.

17. Un importante problema en toda la región está constituido por la necesidad de programas de toma de conciencia para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y para quienes se inyectan drogas.

Países de altos ingresos

18. La mortalidad como consecuencia del SIDA bajó considerablemente en los países de altos ingresos en el decenio de 1990 en razón de la existencia de un tratamiento eficaz, básicamente la terapia antirretroviral, que prolonga la vida de los portadores. Sin embargo, contrarrestan esa buena noticia el estancamiento de la labor de prevención y el número de casos de nuevas infecciones cuyo ritmo no parece aminorar. A pesar de años de conciencia del SIDA, 30.000 personas quedaron infectadas en Europa occidental y 45.000 en América del Norte en el año 2000.

19. Las prácticas sexuales riesgosas entre hombres dieron lugar a miles de infecciones nuevas. En los últimos años, el número de jóvenes que han visto morir amigos de SIDA ha disminuido y muchos erróneamente piensan que la terapia antirretroviral es una cura, lo que hace que esta población de alto riesgo baje la guardia. Al mismo tiempo, persisten los estigmas contra la homosexualidad, lo que entraba la labor de prevención e intensifica las actitudes de discriminación.

20. Las relaciones heterosexuales constituyen ahora el principal modo de transmisión del VIH en algunos países de Europa. En los Estados Unidos, el VIH/SIDA afecta también desproporcionadamente a los grupos minoritarios de la población y los jóvenes afroamericanos en situación desventajosa de zonas rurales configuran uno de los grupos expuestos a alto riesgo de infección con el VIH.

21. En todo caso, la mayor parte de las infecciones nuevas sigue correspondiendo a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y a drogadictos que se inyectan. Por más que los programas de prevención consistentes en la educación sobre el SIDA, la promoción del uso de condones, el intercambio de jeringas y el tratamiento con medicamentos han resultado eficaces, se necesita ahora una firme determinación política para aplicar resueltas medidas de prevención que lleguen a la población marginada y sus parejas.

III. Consecuencias socioeconómicas del VIH/SIDA

22. El SIDA, si bien sigue siendo un importante problema de salud, se ha convertido en una compleja emergencia económica y social. El VIH afecta primordialmente a los adultos jóvenes, con lo que destruye tanto gran parte del estrato más productivo de la sociedad como a una generación de padres, cuya muerte deja atrás huérfanos, jóvenes marginados de la sociedad y niños en calidad de jefes de familia. El SIDA afecta considerablemente los segmentos más educados y calificados de la sociedad ya que el VIH infecta primordialmente a adultos jóvenes productivos, más que a niños y personas de edad. El estigma que llevan consigo el VIH y el SIDA se suma a la discriminación de que ya son objeto los infectados y constituye otro obstáculo para la acción en contra del SIDA. El VIH aumenta también la vulnerabilidad económica y social de la mujer.

23. En las regiones más afectadas, el SIDA está invirtiendo la tendencia de decenios de desarrollo. Cambia la composición de la familia y la forma en que funcionan las comunidades, afecta a la seguridad alimentaria y desestabiliza los sistemas tradicionales de apoyo. Destruye capital social al hacer desaparecer la base de conocimientos de la sociedad y debilitar los sectores de producción. Al inhibir el desarrollo de los sectores público y privado y repercutir en todos los sectores de la sociedad, debilita las instituciones nacionales. Al entorpecer con el tiempo el crecimiento de la economía, afecta a la inversión, el comercio y la seguridad nacional, con lo que la pobreza es aún más generalizada y extrema. En pocas palabras, el SIDA se ha convertido en un importante desafío a la seguridad del ser humano.

A. Efectos demográficos

24. Las muertes de resultas del SIDA son muertes prematuras. En los países en que el VIH se propaga básicamente por conducto de las relaciones sexuales riesgosas entre hombres y mujeres, la mayoría de los infectados con el VIH tienen 20 ó 30 años de edad y, en promedio, morirán de SIDA diez años después. En varios países, de resultas del SIDA ha aumentado la mortalidad de niños de menos de 5 años de edad, con lo que se borran 50 años de avance, incluido el aumento de la esperanza de vida al nacer, especialmente en el África meridional, en que aumentó de 44 años a principios del decenio de 1950 a 59 a principios

del de 1990. Entre 2005 y 2010 se espera que disminuya a 45 años e incluso menos en algunos países.

25. El riesgo de morir de SIDA en algún momento de la vida es mucho más alto de lo que indicaría la prevalencia general. Por ejemplo, con una prevalencia del 15% que se mantenga en el curso de la vida morirán más de la mitad de quienes tienen hoy 15 años de edad. En Botswana, donde hay una prevalencia del 36%, más del 75% va a morir de SIDA. En algunos países, estas tendencias están reconfigurando la pirámide tradicional de la población y la nueva tiene la forma de una chimenea, con una base más estrecha de jóvenes y niños. El cambio más dramático de la pirámide tiene lugar cuando los jóvenes adultos, infectados a una edad temprana, empiezan a morir de SIDA. Únicamente los adultos no infectados con el VIH pueden esperar llegar a la madurez y la vejez. Igualmente, estudios recientes en diversas poblaciones de África indican que la tasa de infección con el VIH en las jóvenes de 15 a 19 años de edad puede ser de cinco a seis veces más alta que en el caso de los jóvenes.

B. Efectos sociales

26. La muerte prematura de un gran número de jóvenes adultos tiene consecuencias inevitables en las sociedades más afectadas por el SIDA.

Hogares y familias

27. La mayor parte de las penurias causadas por el SIDA recae sobre los hogares y las familias. Los enfermos no pueden trabajar y los familiares tienen que cuidarlos en lugar de producir alimentos e ingresos. Según estudios de familias rurales en Tailandia y familias urbanas en Côte d'Ivoire, la producción agrícola y los ingresos rurales bajaron entre un 52% y un 67% en las familias afectadas por el SIDA. Asimismo, las familias en que hay personas seropositivas son también objeto de discriminación, con lo que tienen menor acceso a beneficios económicos y sociales disponibles en general.

Género

28. La dinámica de género de la epidemia tiene vasto alcance porque la mujer está en una situación más débil para exigir relaciones sexuales sin riesgo y porque su posición económica y social es en general más baja. El número de mujeres que cuidan enfermos de SIDA es mayor que el de hombres y ello les impone la triple carga de cuidar a los niños, a los ancianos y a quienes tienen SIDA, para no hablar de la responsabilidad financiera por la supervivencia de su familia. Repentinamente puede ocurrir que niñas o mujeres de edad queden a la cabeza de la familia y muchas niñas de familias pobres corren el riesgo de ser objeto de explotación, especialmente explotación sexual, al tratar de obtener ingresos adicionales. La transmisión de la madre al niño suscita también preocupación.

Educación

29. En los países en que el SIDA se ha generalizado, ello constituye un obstáculo para la educación, que es a su vez un cimiento esencial del desarrollo. La epidemia hace disminuir el número de maestros y redundante en desmedro de la calidad de la educación. Asimismo, reduce la cantidad de dinero disponible para la matrícula escolar y hace que un número cada vez mayor de niños, más mujeres que hombres, abandone los estudios para poder ayudar en su casa. Algunas escuelas cierran a medida en que los maestros se enferman y no pueden trabajar. Se estima que, en algunas partes del África meridional, una quinta parte de los maestros y de los alumnos de las escuelas secundarias son seropositivos.

Servicios de salud

30. Desde el comienzo de la epidemia, 21,8 millones de personas se han enfermado y muerto de SIDA, lo que impone una carga cada vez mayor sobre los servicios de salud de los países más afectados. En muchos casos, esta mayor demanda tiene lugar en el contexto de sistemas de salud pública que ya están sobrecargados. En 1997, el gasto en salud pública por concepto de SIDA únicamente superó el 2% del producto interno bruto (PIB) en siete de 16 países africanos incluidos en una muestra, cifra impresionante si se piensa en que se trata de países en que del 3% al 5% del PIB corresponde a los gastos en salud por concepto de todas las enfermedades. Se suma a lo que antecede la terrible carga que impone el SIDA a los propios trabajadores de la salud. Un estudio realizado en Zambia indicó que, en un hospital, la mortalidad entre los trabajadores de la salud se habían multiplicado por 13 en un decenio, en gran medida en razón del VIH. Los sistemas sobrecargados de salud pública pueden además marginar más aún a los grupos minoritarios, a los discapacitados y a las mujeres de edad con VIH/SIDA. Los seropositivos carecen también de acceso a medicamentos y atención médica y en muchos casos son objeto de discriminación por parte del personal hospitalario o de los sistemas de atención de la salud.

Huérfanos

31. El SIDA surte efectos dramáticos sobre los niños, en particular porque ha surgido toda una generación de huérfanos en familias afectadas por el VIH. Hasta la fecha, la epidemia ha dejado 13,2 millones de huérfanos, niños que antes de cumplir los 15 años perdieron a su madre o a ambos padres de resultas del SIDA. Se ha demostrado en estudios que los niños que han quedado huérfanos de resultas del SIDA corren un riesgo mayor de nutrición, enfermedad, abuso y explotación sexual que los que quedan huérfanos por otras causas. El estigma y la discriminación de que son objeto pueden privarlos también de educación y servicios sociales básicos. Actualmente, entre el 20% y el 25% de los hogares en muchos países de África acogen huérfanos. Las consecuencias a largo plazo de estos cambios en la socialización son incalculables.

Índice de desarrollo humano

32. El SIDA afecta también al índice de desarrollo humano, medición generalmente aceptada del desarrollo sobre la base de indicadores económicos y sociales. Por ejemplo, se

prevé que ese índice ha de bajar en Namibia en un 10% para el año 2006 y en Sudáfrica en un 15% antes del año 2010 como consecuencia del SIDA.

C. Efectos económicos

Crecimiento económico

33. Hay datos cada vez más sólidos en el sentido de que el SIDA tiene efectos devastadores sobre los ingresos y el crecimiento económico. Según el Banco Mundial, si la prevalencia media del VIH en los países del África al sur del Sáhara no hubiese llegado al 8,6% en 1999, el ingreso per cápita en ese continente habría aumentado en 1,1%, casi tres veces más que la tasa efectiva de crecimiento entre 1990 y 1997 (0,4%). En el caso de un país típico de África al sur del Sáhara con una prevalencia del 20%, el aumento general del PIB sería un 2,6% más bajo cada año y, al cabo de 20 años, la economía habría crecido unas dos terceras partes menos de lo que habría crecido sin los efectos del SIDA.

Trabajadores

34. El SIDA reduce el número de trabajadores sanos, especialmente trabajadores experimentados en sus años más productivos, y ello aumenta la dependencia, disminuye el capital humano y puede reducir el aumento de la productividad hasta en un 50% en los países más afectados.

Sector público

35. En el sector público, el SIDA reduce los ingresos públicos e impone una gran carga a los presupuestos a medida que aumenta el gasto en salud y bienestar social. Se agotan recursos que son escasos y disminuye el rendimiento de otras inversiones públicas.

Gestión pública

36. La gestión pública sufre de resultas de la epidemia; el VIH/SIDA tiene efectos desastrosos sobre la capacidad de los gobiernos, especialmente en cuanto a la prestación en servicios sociales básicos. Para hacer frente a las consecuencias de la epidemia se pierden recursos humanos, se reducen los ingresos públicos y se desvían fondos presupuestarios. Igualmente, se plantea una amenaza a la supervivencia de las instituciones de la sociedad civil con su correspondiente repercusión en la democracia.

Sector privado

37. En el sector privado, las empresas tienen que hacer mayores gastos en concepto de capacitación, seguro, prestaciones, personal ausente, atención médica, licencias de

enfermedad, funerales y pensiones. Al mismo tiempo, se reduce la experiencia de su fuerza de trabajo y, con ello, los conocimientos acumulados en ellas. Las más gravemente afectadas son las que tienen una alta densidad de mano de obra, como las de transporte. Las empresas de África ya han sentido los efectos del SIDA. Un ingenio azucarero de Kenya cuantificó el costo de la infección con el VIH en 8.000 días de trabajo perdidos en dos años, una baja del 50% del azúcar elaborada a partir de caña de azúcar en cuatro años y un aumento de 10 veces en los gastos de salud. Según esa empresa, más de las tres cuartas partes de todas las enfermedades correspondían a la infección con el VIH.

Agricultura

38. El SIDA amenaza también la subsistencia de la población de los países en desarrollo, especialmente los pobres. En muchos países hasta el 80% de la población vive de la agricultura y, a medida que se enferman los adultos de las zonas rurales, la productividad baja enormemente. Los patrones de cultivo pasan, del cultivo comercial a la agricultura de subsistencia, con lo que se reducen los ingresos de los hogares y las familias se ven obligadas a vender bienes tales como equipo y ganado para sobrevivir. A veces tienen que sacar a sus hijos de la escuela para que ayuden con el trabajo o atiendan a los enfermos. En algunas regiones, la mujer predomina en el trabajo agrícola (hasta en un 80%) y ello requiere tener en cuenta el género al tomar medidas contra el VIH/SIDA.

D. Efectos en cuanto a la seguridad

39. La fragilidad y complejidad de los sistemas geopolíticos magnifica el retroceso del crecimiento económico y de los avances de desarrollo que tiene lugar en algunos países afectados por el SIDA. La epidemia está presente en varios países que ya hacen frente a conflictos, escasez de alimentos y pobreza y plantea una verdadera amenaza a la estabilidad política y social en África, continente en que está más concentrada. El Consejo de Seguridad redefinió la seguridad como cuestión que iba mucho más allá de la presencia o ausencia de conflicto armado y que afectaba a los servicios sociales y de salud, a la composición de la familia y la estructura social, a la economía y a la seguridad alimentaria.

40. Actualmente se reconoce en general que el SIDA se ha convertido en una crisis mundial de desarrollo que puede afectar a la seguridad nacional de algunos países. El conflicto armado y los consiguientes desplazamientos de población son propicios para la propagación del SIDA y la propia epidemia puede ser considerada un factor de riesgo en la ruptura de la cohesión social y en la inestabilidad política y social, además de constituir una amenaza para las fuerzas de seguridad.

IV. Medidas adoptadas en los planos mundial, regional y nacional para hacer frente al SIDA

A. Medidas adoptadas en el plano mundial

41. Hasta hace poco, las medidas adoptadas para hacer frente al SIDA carecían de un elemento esencial: el reconocimiento y el compromiso políticos al más alto nivel tanto mundial como nacional. Hoy en día, el SIDA es un tema que figura en el programa político de todo el mundo y se considera una cuestión de máxima urgencia en casi todos los países. Dado que sus causas radican en la sociedad, y habida cuenta de la amplitud de los efectos del VIH y de que sigue constituyendo un estigma para sus víctimas, no bastan las medidas de orden puramente médico o de salud pública. Se necesita una iniciativa política al más alto nivel para movilizar una reacción multisectorial eficaz.

Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

42. En 1996, con el fin de obtener de los principales organismos de las Naciones Unidas una acción coordinada y a la vez individual en sus respectivas esferas de actividad, las Naciones Unidas reunieron a seis organismos —el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial, en un programa conjunto y copatrocinado, el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Un séptimo organismo, el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID), ingresó al Programa en 1999. La necesidad urgente de emprender una acción concertada sobre el SIDA se hizo aún más evidente en abril de 2000 cuando el Comité Administrativo de Coordinación de las Naciones Unidas pidió a todos los organismos de las Naciones Unidas que se ocuparan de la cuestión del SIDA mediante la formulación de políticas y la asignación de recursos a las actividades sobre el VIH/SIDA, y formuló medidas que tenían por objeto prestar más apoyo a los funcionarios de las Naciones Unidas y sus familiares a cargo que sufrían de VIH o de SIDA.

43. Los copatrocinadores del ONUSIDA han logrado progresos considerables en lo que respecta a integrar el VIH/SIDA en sus programas, y el SIDA es actualmente una prioridad institucional en las respectivas organizaciones (en el anexo II se describen las actividades de cada uno de los copatrocinadores). Colectivamente, los copatrocinadores del ONUSIDA y la secretaría del ONUSIDA han establecido un presupuesto y un plan de trabajo comunes y están abocados a la formulación de un plan estratégico a nivel de todo el sistema de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. También se está ampliando la cooperación con las organizaciones y los organismos de las Naciones Unidas que no son copatrocinadores del Programa, entre ellos la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA).

Organismos de desarrollo

44. Los organismos internacionales de desarrollo han tomado importantes medidas orientadas a elaborar estrategias amplias sobre el VIH/SIDA y a aumentar los recursos

técnicos y financieros para la lucha contra la epidemia. La mayoría de los países donantes también han comenzado a integrar al SIDA en sus programas de cooperación para el desarrollo en el exterior, y han creado estrategias mundiales sobre el VIH/SIDA como parte integrante de sus programas globales de asistencia para el desarrollo.

Fundaciones sin fines de lucro

45. Las fundaciones sin fines de lucro están pasando a ocupar un lugar destacado en esta lucha. Por ejemplo, la Fundación Bill y Melinda Gates ha efectuado cuantiosas donaciones en apoyo de la prevención del SIDA entre los jóvenes y los trabajadores sanitarios en varios países de África. La Fundación pro Naciones Unidas financia actividades relacionadas con el SIDA en una iniciativa de África meridional y en Ucrania, y ampliará las medidas orientadas a prestar apoyo a esas actividades en India y Asia meridional y en América Central en 2001. La Fundación pro Naciones Unidas también ha financiado varios otros proyectos que integran la labor sobre el SIDA en proyectos más generales sobre educación, salud y desarrollo. La Fundación Rockefeller prestó apoyo en las etapas iniciales de la epidemia.

La sociedad civil

46. La sociedad civil ha encabezado la labor sobre algunos de los aspectos más delicados, como la prevención relacionada con el uso de drogas, la promoción de los derechos humanos y la protección de las personas que sufren de VIH/SIDA. Las ONG han realizado importantes contribuciones al desarrollo de modelos apropiados de atención y apoyo comunitarios. Junto con varios grupos de acción sobre tratamientos, han iniciado programas de promoción y han incorporado el tema del acceso equitativo y asequible a la atención, el tratamiento y el apoyo, en los programas mundiales y nacionales. Las agrupaciones de la sociedad civil son también integrantes fundamentales de las asociaciones regionales e internacionales, como la Asociación Internacional contra el VIH/SIDA en África.

El sector empresarial

47. El sector empresarial tiene una importante contribución que aportar, especialmente en las regiones del mundo más afectadas por el VIH/SIDA. Las organizaciones en que participan empresas y que representan a empresas, tales como el Consejo Mundial de Empresarios contra el VIH/SIDA están tomando la iniciativa en lo que respecta a promover la participación de las empresas en asociaciones intersectoriales con los gobiernos y las ONG. Empresas tales como MTV, Standard Chartered Bank, CocaCola y Unilever están asumiendo una función rectora en la esfera de las asociaciones.

48. Además de investigar y producir nuevos medicamentos contra el VIH, las empresas farmacéuticas multinacionales han iniciado programas de responsabilidad institucional en apoyo de las medidas adoptadas a nivel mundial para hacer frente al VIH/SIDA, lo que incluye la capacitación de profesionales sanitarios en los países en desarrollo, y el apoyo a las organizaciones comunitarias. Como parte de la labor más amplia de mejoramiento del acceso a la atención, el apoyo y el tratamiento del VIH en los países en desarrollo, en mayo

de 2000 cinco empresas acordaron colaborar con la secretaría del ONUSIDA, la OMS, el UNICEF, el Banco Mundial y el FNUAP reduciendo los precios de sus medicamentos. Esto es indicativo de la creciente aceptación por parte de la industria de la fijación de distintos niveles de precios para los productos y los tratamientos (a saber, precios considerablemente reducidos para los países en desarrollo), en el marco de un examen más amplio de las opciones de mejoramiento del acceso a los productos y servicios relacionados con el VIH y la asequibilidad de los mismos. La fabricación y distribución de medicamentos genéricos de conformidad con los acuerdos internacionales y sus disposiciones ofrecen nuevas oportunidades de ampliar el acceso a la atención y el tratamiento. No obstante, queda mucho más por hacer. Se deben adoptar todas las medidas posibles en los planos mundial y nacional para mejorar el acceso a la atención médica. En el plano nacional, las medidas incluirán el apoyo a planes estratégicos de atención que aborden las necesidades de los sistemas de salud y sociales, así como cuestiones de equidad y el empleo de subsidios públicos para la adquisición de productos básicos y medicamentos. A nivel mundial, habrá que aplicar con mayor eficacia las políticas comerciales a fin de aumentar el acceso a la atención. Será necesario aumentar la disponibilidad de medicamentos genéricos de bajo costo, de conformidad con la legislación de cada país y los acuerdos sobre comercio internacional, y con garantías sobre su calidad. Es necesario aumentar la importancia de la obtención obligatoria de licencias y el fomento de la capacidad de producción nacional.

Organizaciones de investigación y académicas

49. Dado que aún no se vislumbra una cura para el VIH/SIDA, es de vital importancia seguir realizando investigaciones sobre tecnologías eficaces de prevención y atención —como vacunas, microbicidas y poderosas terapias nuevas. Las iniciativas internacionales como las relativas a la fabricación de vacunas, entre ellas la Iniciativa internacional en pro de una vacuna contra el SIDA y la iniciativa en pro de una vacuna para África, son cada vez más esenciales para la lucha contra la enfermedad. Las instituciones académicas de investigación tanto del sector público como del sector privado, también tienen una importante función que cumplir. Además, es preciso crear nuevas tecnologías, así como sistemas innovadores de financiación y de suministro, a fin de que el acceso sea lo más rápido y amplio posible.

B. Medidas adoptadas en los planos regional y nacional

50. Si bien las medidas adoptadas a nivel mundial para luchar contra el SIDA son esenciales, las medidas regionales y nacionales son vitales para detener la propagación de la epidemia, tanto debido a su propia eficacia, como debido a que las medidas regionales facilitan el apoyo a las iniciativas emprendidas a nivel nacional. La verdadera batalla contra el VIH y el SIDA se dará y ganará en el plano nacional.

Grupos sobre la cuestión del VIH/SIDA

51. La vía principal a través de la cual las Naciones Unidas prestan apoyo a las medidas nacionales contra el SIDA son los Grupos sobre la cuestión del VIH/SIDA, integrados por organismos copatrocinadores y otros organismos pertinentes, donantes bilaterales, ONG y

representantes del país receptor. Los Grupos sobre la cuestión del VIH/SIDA, que realizan sus actividades a través del sistema de Coordinadores Residentes de las Naciones Unidas y se guían por las prioridades nacionales y por el gobierno, prestan apoyo a las medidas adoptadas a nivel nacional para poner freno a la epidemia colaborando en el diseño, la planificación y la supervisión de programas conjuntos y en la movilización de recursos al tiempo que aumentan sus propias actividades relativas al VIH/SIDA.

Organizaciones no gubernamentales y grupos comunitarios

52. La sociedad civil, especialmente las organizaciones no gubernamentales (ONG) y los grupos comunitarios nacionales, tales como los grupos de personas que sufren de VIH/SIDA, han realizado contribuciones de vital importancia a la lucha contra el VIH/SIDA. Generalmente esto se ha hecho con el apoyo de organizaciones internacionales y a través de redes internacionales de grupos que representan a las personas que sufren de VIH/SIDA, de ONG que se ocupan específicamente del SIDA y ONG de carácter general, desde grupos basados en creencias religiosas hasta organizaciones de afiliados y grupos de servicios, que van más allá de una acción básica contra el VIH/SIDA y se ocupan de los problemas de desarrollo que fomentan la epidemia.

Empresas

53. Las empresas, tanto grandes como pequeñas, pueden ofrecer programas de prevención del VIH y otros programas conexos en el lugar de trabajo, incluso apoyo a los empleados infectados con el VIH o afectados por éste. Junto con participar en los programas sobre VIH/SIDA en las comunidades locales donde tienen su sede, las empresas pueden participar en asociaciones intersectoriales con los gobiernos y las ONG. La creación de coaliciones nacionales de empresas sobre el VIH/SIDA contribuye a hacer participar a las empresas locales y a prestarles apoyo.

África

54. Los gobernantes africanos, en un acto de valentía, están rompiendo la barrera de silencio que rodea a la epidemia, declarando pública y reiteradamente que el SIDA es una emergencia nacional y estableciendo las instituciones y los mecanismos necesarios para reaccionar con rapidez ante la propagación del VIH.

55. Si bien la epidemia continúa propagándose en África, hay pruebas bien fundadas de que las medidas adoptadas para luchar contra el VIH/SIDA están dando resultado, especialmente entre los jóvenes. La información epidemiológica procedente de Zambia, Uganda y República Unida de Tanzania es prueba de que una nueva generación está haciendo frente a la amenaza del VIH/SIDA con la modificación de su comportamiento, lo que aparentemente la está protegiendo contra el VIH. Los índices de infección entre las mujeres jóvenes en Lusaka se han reducido a la mitad desde 1993 gracias a las medidas de prevención, que también han dado como resultado una reducción de las relaciones sexuales antes del matrimonio, el aumento de la abstinencia entre los hombres y una reducción de la frecuencia

de las relaciones sexuales casuales. En algunas partes de Uganda, el primer país africano que ha logrado hacer retroceder su propia epidemia, los índices de infección entre las adolescentes disminuyeron enormemente en el decenio de 1990, así como disminuyeron también los embarazos entre ese grupo. Se han registrado asimismo resultados positivos en la región de Mbeya en la República Unida de Tanzania, donde las medidas de prevención han reducido en 25% los índices de infección con el VIH entre las mujeres embarazadas que asisten a clínicas.

56. Se están estableciendo asociaciones en varios niveles. La Alianza Internacional contra el VIH/SIDA en África es una coalición de organismos de las Naciones Unidas, donantes, el sector privado y el sector comunitario, bajo la dirección de los países africanos, que tiene por objeto intensificar la campaña contra el SIDA en toda África. Se están creando varias asociaciones a nivel nacional, incluido un Foro de Asociaciones en la República Unida de Tanzania y una iniciativa de atención y apoyo a nivel local en la provincia de Gauteng en Sudáfrica.

57. Se están gestando enérgicas medidas estratégicas a nivel nacional a través de planes nacionales únicos de lucha contra el SIDA en que participa una amplia variedad de agentes —el Gobierno, la sociedad civil, las personas infectadas con el VIH y afectadas por éste, el sector privado y los donantes. Más de 30 países de África al sur del Sáhara han completado procesos de planificación estratégica que han contribuido a generar consenso y a movilizar recursos, lo que a veces ha culminado en exitosos debates de mesa redonda con todas las partes interesadas y en importantes compromisos de financiación, como sucedió en el caso de Malawi y Zambia en el año 2000. En muchos países, se han creado consejos de alto nivel y comisiones nacionales sobre el SIDA bajo la responsabilidad del Jefe del Estado, encargados de dirigir una campaña auténticamente multisectorial. No obstante, con algunas importantes excepciones, la participación de los sectores sociales y económicos ha sido insuficiente fuera del sector de salud, lo que sigue siendo un importante obstáculo para la adopción de medidas a nivel nacional.

58. África ha demostrado al mundo la importancia que tiene la acción local para hacer frente al VIH/SIDA, cuyo objeto es dar poder a las comunidades a través de asociaciones locales consistentes en grupos sociales, proveedores de servicios y facilitadores. Se están implementando iniciativas en Burkina Faso, Ghana, la República Unida de Tanzania y Zimbabwe, por ejemplo, en las que participan cada vez con más frecuencia dirigentes locales como los alcaldes o las autoridades tradicionales.

59. Además de los gobiernos y las instituciones de desarrollo, la sociedad civil —constituida por ONG, agrupaciones religiosas y el sector privado— está intensificando su participación en las medidas de lucha contra el VIH/SIDA. Un número cada vez mayor de comunidades se está movilizando para eliminar los múltiples obstáculos a que se enfrentan la prevención y la atención, entre ellos, la negativa a reconocer el problema, el silencio y las actitudes predominantemente negativas adoptadas hacia las personas que sufren de VIH/SIDA.

60. Hay cada vez más señales de que las empresas están reconociendo los efectos del VIH en el costo humano, financiero y social de sus operaciones y de las comunidades que las acogen. Han respondido en muchas formas diferentes, desde la adopción de medidas para proteger a la fuerza de trabajo, hasta actividades de divulgación comunitaria y filantrópicas.

En Zimbabwe, un programa de educación de pares en el lugar de trabajo realizado en 20 empresas dio como resultado una reducción de las infecciones con VIH del 30% en comparación con 20 empresas que carecían de un programa de ese tipo. En Côte d'Ivoire, la empresa nacional de electricidad ha puesto en práctica métodos de prevención, ha mejorado la vigilancia médica de los empleados y ha aumentado la participación de las empresas en los planes de seguro médico del personal. Las empresas han comenzado además a colaborar a través de coaliciones empresariales sobre el VIH/SIDA en el plano nacional.

61. Los niños están especialmente expuestos a la epidemia y abundan los ejemplos de medidas orientadas a movilizar la voluntad política, redistribuir los recursos nacionales, mejorar la capacidad de las familias y las comunidades para atender a los huérfanos y prestarles apoyo, estimular y fortalecer la acción comunitaria, y velar por que los gobiernos protejan a los niños más vulnerables.

62. La gran mayoría de los niños que sufren de VIH o que ya han muerto de SIDA en África son hijos de madres infectadas con el VIH: esos niños, que constituyen la población más vulnerable, contrajeron el virus durante la gestación, en el momento de nacer, o durante la lactancia. La disponibilidad general de servicios de asesoramiento y realización de pruebas sobre el VIH a fin de que las mujeres infectadas puedan decidir si tomarán o no medicamentos preventivos durante el embarazo, es una medida que podría salvar la vida de cientos de miles de niños. Esta tecnología, que ha sido demostrada en el marco de proyectos piloto, tiene grandes posibilidades de producir efectos en la epidemia. La dificultad estriba en aplicarla en gran escala. El Centro de Información sobre el SIDA de Uganda, que ha proporcionado servicios voluntarios de asesoramiento y pruebas a más de 350.000 clientes desde 1990, está comenzando a ofrecer servicios de asesoramiento y pruebas en el mismo día; anteriormente, los clientes tenían que esperar dos semanas para recibir los resultados de las pruebas sobre el VIH, y entre el 25% y el 30% no regresaba a buscarlos.

63. El suministro de atención a los infectados con el VIH es una tarea sumamente difícil para muchos países de África, en que los servicios de salud cuentan con recursos cada vez más limitados y ya tienen dificultades para hacer frente a una cantidad de enfermedades más antiguas. En el pasado, la necesidad de invertir en medidas de prevención y servicios esenciales ha tenido precedencia. Sin embargo, aprovechando los puntos fuertes de las comunidades locales, los servicios de atención comunitaria basados en el hogar han cumplido la función vital de ofrecer atención básica a las personas afectadas por el VIH/SIDA. La viabilidad de incorporar la atención en los programas más generales de salud pública que se ocupan del VIH se ha venido aceptando cada vez más, y un número mucho mayor de países africanos está elaborando planes estratégicos nacionales, que incluyen un fuerte componente de atención, ayudados por los debates de carácter más general sobre las distintas opciones para mejorar la asequibilidad de los productos y terapias relacionadas con el VIH.

64. Sin embargo, sigue existiendo una gran deficiencia de recursos, aunque los gobiernos africanos y los donantes internacionales están movilizando recursos. En Sudáfrica, el presupuesto ordinario de la nación incluye asignaciones considerables para programas de prevención y atención del SIDA. En Zimbabwe, el Gobierno movilizó fondos adicionales para el SIDA instituyendo un impuesto para ese propósito entre la población general.

65. También se están obteniendo fondos adicionales, aunque insuficientes, a través del alivio de la deuda, y el SIDA ocupa actualmente un lugar destacado entre las actividades de financiación para África. Mediante la Iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados a fines de 2000 se habían obtenido alrededor de 30.000 millones de dólares en concepto de reducción de la deuda, y los fondos destinados específicamente al SIDA representaban 20 millones de dólares en 2001. El Banco Mundial está revisando su cartera en algunos países a fin de reasignar fondos no utilizados a la lucha contra el SIDA, y ha creado el Proyecto Multinacional contra el SIDA con objeto de poner más fondos a disposición de la lucha contra el VIH/SIDA. El SIDA es una prioridad entre los organismos de las Naciones Unidas y los principales asociados multilaterales y bilaterales de África al sur del Sáhara, muchos de los cuales están integrando al SIDA en todas sus intervenciones sectoriales.

66. También se facilitan fondos mediante mecanismos de mesa redonda, que reúnen a todas las partes interesadas a nivel del país para movilizar fondos para la aplicación del plan estratégico. Recientemente se facilitaron en esa forma alrededor de 121 millones de dólares en Malawi con apoyo del sistema de las Naciones Unidas y de donantes internacionales, y otros 113 millones de dólares en Zambia.

Asia y el Pacífico

67. Los buenos resultados son evidentes también en Asia, lo que incluye los modelos de atención comunitaria de Tailandia y su exitoso programa modelo de utilización de preservativos en un 100%, que actualmente se está ensayando en Camboya; los proyectos de divulgación entre los que se dedican al comercio sexual en Calcuta, Kerala y Dhaka; los proyectos relativos a los usuarios de drogas inyectables en Nepal, la India y Malasia; y la promulgación de legislación nacional de apoyo sobre el SIDA en Filipinas. Aunque la diversidad y el enorme tamaño de la población de Asia exacerban las dificultades de establecer medidas oportunas y eficaces, abundan las oportunidades en una región en que la prevalencia global del VIH sigue siendo baja, pero en que la incidencia de nuevos casos de infecciones está aumentando. El costo de oportunidad que entraña el hecho de no actuar enérgicamente y con urgencia podría ser enorme.

68. En Asia meridional, el problema del subdesarrollo limita inevitablemente la adopción de medidas para hacer frente al VIH. La creciente disparidad entre ricos y pobres, el enorme número de pobres de las zonas rurales, y la financiación sistemáticamente insuficiente para gastos de salud y otros gastos del sector social constituyen todo un reto para la adopción de medidas contra el VIH/SIDA.

69. A pesar de la diversidad de Asia, la región se enfrenta a algunos problemas comunes. Uno de ellos es el de actuar a nivel de política general para prevenir o minimizar los nuevos casos de infección más bien que reaccionar a los efectos del SIDA una vez que se han producido. Esto significa llevar a cabo vigorosas actividades de prevención entre los más expuestos —los millones de trabajadores migrantes y los varios miles de refugiados. Significa preocuparse del problema del comercio sexual en gran escala, incluso la trata de niñas y mujeres. Significa además abordar las cuestiones de desarrollo humano de especial importancia para Asia, como las desigualdades entre los sexos. Significa también luchar

contra los tabúes y velar por que la información general y los servicios estén al alcance de todos, especialmente los jóvenes.

70. Otro problema es el de hacer frente a la exclusión y la estigmatización generalizadas que afecta a las personas que sufren de VIH, especialmente allí donde la prevalencia es escasa, problema que se puso de relieve en la última conferencia regional sobre el SIDA en Asia y el Pacífico, celebrada en Kuala Lumpur en octubre de 1999. Otra difícil tarea es adaptar y aplicar las enseñanzas extraídas de los proyectos piloto exitosos o eficaces, y ampliar el alcance de las medidas. Esto es lo que se está tratando de lograr actualmente entre los que se dedican al comercio sexual y los drogadictos, a través de la Iniciativa del Valle de Katmandú en Nepal, y en Tamil Nadu en la India donde se está ampliando el proyecto de prevención y control del SIDA, cuyo objeto es promover un comportamiento sexual menos riesgoso entre los grupos vulnerables.

71. Entre los acontecimientos positivos recientes con respecto a esos problemas se cuenta el aumento de la actividad política. El Foro Asiático de Parlamentarios sobre Población y Desarrollo reunió a dirigentes políticos de 11 países de Asia sudoriental y de Asia oriental y el Pacífico el año pasado, lo que intensificó su dedicación personal a la realización de programas de prevención y atención del VIH/SIDA. Los Estados miembros de la Asociación de Naciones del Asia Sudoriental (ASEAN) han incluido al SIDA en el programa de la reunión en la cumbre que celebrarán en noviembre de 2001 en Brunei.

72. También se reconoce cada vez más la necesidad de una acción de base amplia en que participen diferentes sectores, así como de asociaciones innovadoras, especialmente entre los sectores público y privado. Por ejemplo, la participación del Club de Rotarios y del Club de Leones y de coaliciones empresariales en la campaña de lucha contra el SIDA en Tailandia ha dado por resultado asociaciones similares en la India, Filipinas y Bangladesh. Los uniformados y las fuerzas armadas están participando cada vez más en programas de prevención, especialmente en Camboya y la India, así como en Viet Nam, la República Democrática Popular Lao y China. Los dirigentes y los grupos religiosos han pasado a tener una actuación más destacada en la campaña contra el SIDA.

Europa oriental y Asia central

73. A pesar de la rapidez fulminante con que se ha propagado el VIH en varios países de la región, la epidemia se encuentra aún en sus primeras etapas y afecta principalmente a los usuarios de drogas inyectables y a sus parejas. Los altos niveles de uso de drogas inyectables y de infecciones de transmisión sexual, sumados a la agitación socioeconómica —y al rápido aumento de las infecciones de transmisión sexual después del desmoronamiento de la Unión Soviética— podría dar origen en unos pocos años a epidemias en mayor escala y más generalizadas. Aún existe una oportunidad única de realizar intervenciones eficaces dirigidas a grupos determinados, especialmente a los usuarios de drogas inyectables.

74. Sin embargo, las recientes reformas políticas y jurídicas llevadas a cabo en algunos países están abriendo vías más eficaces para la prevención del VIH. Ucrania y Belarús, por ejemplo, tienen actualmente comités multisectoriales al más alto nivel político y han

eliminado los obstáculos legales a los programas de canje de agujas, tratamientos sustitutivos y otros métodos de prevención del VIH entre los usuarios de drogas inyectables.

75. Otra prueba de una acción movilizadora la constituyen los planes nacionales estratégicos, que se encuentran en diversas etapas de desarrollo en 13 países. La acción conjunta para prestar apoyo y fortalecer las campañas nacionales contra el VIH/SIDA se centra actualmente en tres prioridades regionales estratégicas: ampliación de la cobertura de las medidas de prevención del VIH dirigidas a los usuarios de drogas inyectables, prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, y atención de las necesidades de los jóvenes vulnerables. Además, se han establecido mecanismos para mejorar la coordinación entre las medidas de apoyo regional y las medidas nacionales.

76. La campaña de lucha contra el VIH/SIDA en la Federación de Rusia está apoyada por una variedad de iniciativas. Éstas consisten en proyectos de prevención del VIH entre los usuarios de drogas inyectables, el establecimiento de procesos estratégicos de planificación en 17 regiones, y una Iniciativa de Acción Conjunta puesta en marcha recientemente por el Grupo de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Sin embargo, sigue existiendo una necesidad urgente de aumentar la labor de promoción, la movilización social y la utilización eficaz de los recursos existentes, y de eliminar los obstáculos tales como la falta de compromiso político y de un entorno legislativo favorable, y la falta de recursos financieros. Es imperativo lograr un apoyo sustancial de la comunidad internacional si se quiere llevar a cabo la transición fundamental desde actividades de proyectos a corto plazo a programas nacionales de largo plazo sostenibles y ampliados.

77. También contribuyen a prestar apoyo a la campaña contra el VIH/SIDA varias iniciativas regionales. La Iniciativa del Mar Báltico marca el comienzo de un amplio proceso de consultas sobre prioridades estratégicas, lo que incluye un Plan de Acción del Mar Báltico sobre el VIH/SIDA. Paralelamente, varios gobiernos de la región y de Europa occidental han establecido un grupo de estudio sobre enfermedades transmisibles en la región del Mar Báltico, que deberá recomendar medidas comunes. Mediante una iniciativa en Asia central se está tratando de reforzar la colaboración entre países y organismos a fin de elaborar un marco estratégico y un plan de acción conjuntos.

78. A pesar del número creciente de iniciativas locales y nacionales, la acción sigue siendo dispareja e insuficiente. La elaboración de medidas nacionales eficaces y sostenibles se ha visto limitada por la insuficiencia de dirección política de alto nivel, un clima de privaciones económicas, el estigma que rodea a la conducta sexual y al uso de drogas inyectables, y los obstáculos legales.

América Latina y el Caribe

79. En algunas partes de América Latina las medidas de prevención han tenido un éxito considerable: la mortalidad y la incidencia del SIDA están disminuyendo, mientras que la atención se está generalizando cada vez más en la región. Por ejemplo, según una encuesta realizada en 1999 en el Brasil, las campañas de prevención han logrado aumentar el uso de preservativos durante el primer contacto sexual, del 4% hace 15 años al 48% en la actualidad —y hasta el 70% entre ciertos grupos, como los estudiantes procedentes de un estrato

socioeconómico más privilegiado. Sin embargo, sigue siendo extremadamente difícil dirigir los programas de prevención a los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

80. Aunque en algunos países la atención de necesidades básicas de salud como las infecciones oportunistas es problemática, otros países han respondido a la demanda planteada por grupos de pacientes, médicos y organizaciones de derechos humanos de que se proporcione acceso a medicamentos antirretrovirales. Gracias a la aplicación de un enfoque basado en los derechos con respecto a la atención, sumada a la producción local de medicamentos antirretrovirales genéricos en algunos países, el número de pacientes atendidos está aumentando en el Brasil, la Argentina, Chile y el Uruguay, donde los pacientes VIH positivos están viviendo más tiempo y en mejores condiciones de salud. Desde la introducción de los medicamentos antirretrovirales, el número conocido de muertes debidas al SIDA en el Brasil se ha reducido en más del 25%.

81. El suministro de medicamentos contra el SIDA ha sido también la base del rápido aumento de la cooperación SurSur, una estrategia que descansa en el entendimiento de que los asociados que intercambian conocimientos se vuelven más poderosos y eficaces. En este momento, 19 países de América Latina y el Caribe participan en el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal sobre el SIDA, instrumento fundamental en la lucha contra la propagación del SIDA. El Brasil ha abogado también por el intercambio de conocimientos técnicos con otros países de la región, así como con los países de África de habla portuguesa, y ha integrado los beneficios de la cooperación SurSur en sus medidas.

82. La conferencia Forum 2000 sobre el SIDA, celebrada en Río de Janeiro en noviembre de 2000, demostró el alcance de la cooperación regional y el papel preponderante de las organizaciones no gubernamentales en la acción emprendida en la región, así como una necesidad constante de contar con programas ampliados dirigidos a los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Aunque la transmisión por vía homosexual representa el 40% de la transmisión en América Latina, menos del 1% de los presupuestos para programas contra el SIDA se asigna a la prevención entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, con excepción del Brasil, que destina una cantidad considerable de recursos a esta esfera.

83. En el cono sur de América Latina, un importante aspecto de la epidemia es la transmisión del VIH a través del uso de drogas inyectables. Actualmente se está estableciendo una iniciativa subregional para ocuparse de este problema y para intensificar el diálogo de política al respecto.

84. En el Caribe, los ministerios de salud están desde hace tiempo al corriente de la intensificación de la epidemia y sus consecuencias para la región, pero una serie de reuniones de alto nivel celebradas en 2000 marcaron el comienzo de un nuevo nivel de conciencia pública y de visibilidad acerca del SIDA. El VIH/SIDA se ha convertido en una prioridad urgente del desarrollo y un plan de acción estratégico regional fue elaborado por el Grupo de estudio del Caribe sobre el VIH/SIDA, presidido por la Comunidad del Caribe (CARICOM), que reúne a una amplia gama de miembros procedentes de gobiernos nacionales, instituciones internacionales y regionales, ONG y donantes. La recientemente establecida Asociación Pancaribeña es un ejemplo del creciente empeño de los gobiernos del

Caribe por hacer frente al problema del VIH/SIDA y ha dado origen a nuevos compromisos de recursos por parte del Banco Mundial y la Comisión Europea.

85. En Centroamérica, las poblaciones móviles vulnerables son el objetivo principal de los programas de acción regionales que se están elaborando con el apoyo del Instituto Nacional de Salud Pública de México, el Proyecto Acción SIDA de Centroamérica (PASCA), y la Iniciativa Regional para el VIH/SIDA, y otras medidas de prevención de las enfermedades de transmisión sexual en América Latina y el Caribe. En todos los países de Centroamérica se están aplicando planes nacionales estratégicos sobre el SIDA. Además, Centroamérica se está convirtiendo en una región en que el ritmo de propagación de la epidemia está aumentando y en la que es necesario prestar más atención a dirigir la acción hacia las esferas prioritarias, tales como la epidemia entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

Países de ingresos altos

86. En los países de ingresos altos, las infecciones con el VIH se concentran principalmente en los usuarios de drogas inyectables y en los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, si bien la transmisión mediante relaciones heterosexuales está aumentando. La prevalencia en la población total sigue siendo baja. Aunque algunas comunidades y países han adoptado medidas enérgicas para restringir la infección con el VIH entre los usuarios de drogas inyectables, otros países no lo han hecho. Los programas de canje de agujas y otros programas de prevención han dado resultado en los lugares en que se han puesto en práctica, pero generalmente el costo político de esos programas se ha considerado demasiado alto para aplicarlos en gran escala. Entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, los programas de prevención gozan de una aceptación y una aplicación más generalizadas, como resultado de lo cual el comportamiento de riesgo y el índice de infección con VIH han disminuido considerablemente desde mediados del decenio de 1980. Sin embargo, algunos datos recientes indican que el comportamiento de riesgo tal vez esté aumentando nuevamente en algunas comunidades. Existe una gran necesidad de contar con apoyo constante para aumentar las medidas de prevención entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

V. Principal experiencia adquirida y elementos para el éxito de las actividades

87. Tras 20 años de lucha contra la epidemia del SIDA se comprende mejor cuáles son los elementos de una acción efectiva. Estas medidas están apuntaladas por los principios establecidos y la experiencia adquirida de las actuales actividades en los planos mundial y nacional.

88. Los principios rectores fundamentales para el éxito de las actividades de lucha contra el VIH/SIDA son los siguientes:

- Hay que abordar explícitamente el problema de las desigualdades de género que alimentan la epidemia;

- Los métodos de prevención, los tratamientos para salvar vidas y los resultados de los descubrimientos científicos en materia de prevención y cuidado deben estar a disposición del mayor número posible de personas sobre una base equitativa y económicamente asequible para todos;
- Las personas infectadas con el VIH/SIDA o afectadas por la epidemia deben recibir apoyo en sus esfuerzos para combatir la epidemia en las comunidades en todo el mundo;
- Los gobiernos nacionales, en colaboración con la sociedad civil, deben proporcionar dirección y medios para asegurar que las actividades en los planos nacional e internacional respondan a las necesidades de los países y las comunidades.

El éxito de las actividades está relacionado con el respeto de los derechos humanos

89. Hay varios aspectos de derechos humanos que deben ser resueltos para poder combatir la estigmatización y eliminar la discriminación basada en la infección con el VIH. Además del problema de la discriminación contra las personas infectadas con el VIH, hay otras cuestiones importantes que comprenden el derecho a la atención de la salud, el derecho a la información y los demás derechos sociales y económicos contenidos en la convenciones de derechos humanos de las Naciones Unidas y en la Declaración Universal de Derechos Humanos. Las directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos constituyen el elemento fundamental de las actividades para combatir la epidemia basadas en los derechos humanos, por lo que los gobiernos deben continuar sus esfuerzos para aplicarlas.

El éxito logrado en la lucha contra la epidemia

90. La experiencia colectiva con el VIH/SIDA ha avanzado hasta el punto en que ahora se puede afirmar que es técnica, política y financieramente posible contener la epidemia de VIH/SIDA y reducir notablemente su difusión y sus efectos. Los primeros dos decenios de la epidemia han generado experiencias sin precedentes y han movilizadado a todo el mundo. El VIH, el virus que causa el SIDA, ha sido definitivamente identificado; actualmente se dispone de suficientes conocimientos sobre sus modalidades de transmisión como para reducir sustancialmente la velocidad de su difusión.

91. La experiencia más importante que han adquirido los países que han logrado combatir con éxito la epidemia ha sido el reconocimiento de la función fundamental que corresponde al gobierno y a la sociedad civil en los esfuerzos por aumentar la visibilidad de la epidemia, disminuyendo al mismo tiempo el estigma vinculado a ella. En un número cada vez mayor de países, las alianzas entre el gobierno y la sociedad civil han comenzado a mancomunar los esfuerzos de los gobiernos, la comunidad internacional y los activistas interesados: las personas infectadas con el VIH/SIDA, las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones de base comunitaria, las instituciones religiosas y académicas y el sector privado.

Es posible prevenir una epidemia mayor

92. La adopción en este momento de medidas rigurosas para reducir el índice de infección con el VIH redundará en beneficios sustanciales en los próximos años en los países con tasas de prevalencia altas o bajas. La ejecución de programas de prevención en gran escala en casi todos los entornos ha demostrado claramente que es posible reducir la difusión del VIH, especialmente entre los jóvenes. Los programas de prevención también han tenido éxito en los grupos de población a los que cuesta más llegar, particularmente en lo que hace a la reducción del daño entre los que se inyectan drogas. En el África al sur del Sáhara, América del Norte, América Latina y el Caribe, Asia, Australia y Europa hay pruebas contundentes de la declinación de la incidencia del VIH en las poblaciones que tienen acceso a programas de prevención eficaces.

Es más firme la decisión de actuar y ha aumentado la capacidad para hacerlo

93. Se han logrado avances tangibles en la reunión de la experiencia política, normativa y técnica esencial que se necesita para montar una acción mundial que esté en consonancia con la escala de la epidemia. Están aumentando las actividades que cuentan con un firme apoyo político en todos los sectores sociales y de planificación. Actualmente se están poniendo a disposición de los países afectados recursos financieros cada vez mayores, provenientes de organismos de desarrollo bilaterales y multilaterales y del sector del comercio y las fundaciones, y de decisiones de aliviar la deuda. Además, los nuevos medios de comunicación, como la Internet, permiten a los aliados actuar de consuno y acceder a información con una rapidez que hubiera parecido increíble sólo un decenio atrás.

Se han elaborado planes nacionales en que participan numerosos agentes

94. La principal experiencia adquirida de los planes nacionales de lucha contra el SIDA es que las medidas para reducir el riesgo de infección con el VIH y modificar el comportamiento son eficaces cuando en ellas participan diversos ministerios gubernamentales y asociados de los sectores social, económico y de la salud, proporcionando un entorno favorable para la ejecución de programas de prevención, cuidado y apoyo en gran escala. Las actividades singulares y aisladas no rinden resultados sostenidos. Los programas eficaces están orientados hacia la aplicación de medidas concretas y requieren la expansión constante de la cobertura. No se puede insistir lo suficiente en la importancia de obtener la participación de la población interesada, así como de las personas infectadas con el VIH/SIDA en el diseño y la realización de las actividades.

La prevención funciona

95. Los programas de educación e información intensivos son esenciales para reducir el riesgo de transmisión sexual de la población en general y ayudar a promover un comportamiento sexual sin riesgo, por ejemplo, mediante abstinencia, fidelidad y uso de condones. La comercialización social de condones masculinos y femeninos aumenta su disponibilidad, pero en muchos países será necesario contar con un número sustancialmente mayor de condones. Las actividades de carácter general (y las específicas) deben responder concretamente a las necesidades de los jóvenes antes de que éstos lleguen a una edad sexualmente activa.

96. Una medida particularmente eficaz es la prevención de la transmisión de la madre al hijo. Un tratamiento antirretroviral corto de un mes de duración aplicado a las madres infectadas con el VIH al final del embarazo puede reducir la tasa de transmisión al niño en un 20% a 50%. Los proyectos piloto benefician a un número limitado de mujeres y sus hijos antes del nacimiento, pero ofrecen la posibilidad de incrementar su expansión. Los servicios de orientación y exámenes médicos voluntarios sobre el VIH, que actualmente sólo se ofrecen a una pequeña proporción de hombres y mujeres en el África al sur del Sáhara, constituyen un primer paso fundamental de las actividades de prevención y cuidado relacionadas con el VIH, y tienen un enorme potencial para acelerar la realización de las actividades.

Es fundamental adoptar un criterio amplio para el cuidado y el tratamiento del VIH/SIDA

97. El cuidado y el tratamiento de las personas afectadas por el VIH/SIDA representan unos de los mayores desafíos de los próximos años. Para lograrlo, hay que adoptar un criterio amplio para el cuidado de los afectados, lo cual incluye prestar un apoyo más eficaz a las actividades de cuidado de la salud basadas en el hogar y la comunidad, así como un acceso equitativo al tratamiento médico, incluidos los medicamentos para infecciones oportunistas y la terapia antirretroviral.

98. En los países industrializados, los avances en la gestión de las infecciones oportunistas y el desarrollo de una terapia antirretroviral “combinada” para la infección misma con el VIH han transformado las vidas de personas afectadas por esta enfermedad. Cada vez más, el VIH/SIDA se trata como una condición crónica; los nuevos tratamientos han ayudado a mejorar la salud de las personas y les han permitido continuar sus vidas normales en el seno de sus comunidades. Ahora bien, la terapia combinada no constituye una curación para el VIH/SIDA y todavía no se conocen claramente sus efectos a largo plazo. Es esencial continuar las investigaciones de nuevas drogas y criterios terapéuticos.

99. La atención médica en países de ingresos altos está prolongando significativamente la vida de personas infectadas con el VIH; el problema consiste ahora en mejorar el acceso a este tipo de cuidados en los países en desarrollo, donde vive el 95% de los 36,1 millones de personas infectadas con el VIH. Algunos países, como el Brasil, han elaborado programas eficaces que aplican un criterio amplio de cuidado de la salud que va desde la orientación y los exámenes médicos voluntarios, el apoyo psicosocial y la buena nutrición hasta el fortalecimiento de los sistemas de salud para asegurar el acceso a servicios de prevención y tratamiento de infecciones oportunistas, como la tuberculosis, y a la terapia antirretroviral. Aunque estos programas todavía no están a disposición de todos los que los necesitan, constituyen un modelo importante cuyo alcance puede ampliarse. Gracias al apoyo internacional, más países en desarrollo están elaborando planes estratégicos que confieren al cuidado de la salud un carácter prioritario en sus actividades nacionales para combatir el VIH/SIDA. Las actividades de cuidado de la salud basadas en el hogar y la comunidad están pasando a ser rápidamente un componente esencial del tratamiento y el cuidado del VIH, particularmente en África.

100. Al igual que la necesidad de reforzar los sistemas de atención de la salud, es necesario abordar la cuestión del costo de las medicinas para las enfermedades oportunistas y la terapia antirretroviral, que sigue siendo uno de los mayores obstáculos que impiden mejorar el acceso al cuidado de la salud. Se ha logrado reducir en cierta medida el precio de las medicinas gracias a las asociaciones establecidas con varias empresas farmacéuticas de investigación y desarrollo y a una mayor disponibilidad de versiones genéricas de medicamentos antirretrovirales. Pese a esos esfuerzos, aún queda mucho por hacer para que el cuidado y el tratamiento no sigan fuera del alcance de la mayoría de las personas afectadas por el VIH y el SIDA.

101. Es preciso considerar todas las opciones para mejorar el acceso al cuidado de la salud en los planos mundial, regional y nacional, teniendo en cuenta la estrecha relación existente entre la fijación de precios, la financiación, la política comercial y los sistemas de salud. A nivel nacional, hay que elaborar planes estratégicos de atención de la salud en los que se traten cuestiones relacionadas con los sistemas sanitarios y sociales, la equidad y el uso de los subsidios públicos. A fin de aumentar el acceso al cuidado de la salud es preciso encontrar la forma de utilizar con más eficacia disposiciones de política comercial como las licencias obligatorias o las importaciones paralelas. Hay que ampliar la disponibilidad de medicamentos genéricos de bajo costo, con garantías de su calidad, de conformidad con las leyes nacionales y los acuerdos comerciales internacionales. También hay que considerar otros criterios como la fijación escalonada de precios, el mejoramiento de las políticas de adquisiciones mundiales y regionales y nuevos mecanismos de financiación.

Las actividades que han tenido éxito están basadas en las comunidades

102. En general, las actividades eficaces centradas en la comunidad han tenido efectos de potenciación, al fortalecer la capacidad de la comunidad para adoptar decisiones, y de facilitación, al prestar asistencia para movilizar los recursos necesarios para aplicar esas decisiones. Los dirigentes de la comunidad que están bien informados están en mejores condiciones para evaluar la realidad del VIH/SIDA en su comunidad y para analizar su vulnerabilidad y los factores de riesgo determinantes. Sobre esta base, los protagonistas locales están mejor preparados para tener en cuenta esos factores determinantes y sus consecuencias, y para decidir acerca de las prioridades de sus actividades.

103. Las buenas estrategias que tratan el problema del VIH/SIDA a nivel de comunidad requieren la concertación de alianzas para movilizar a los protagonistas locales, y acceso a recursos nacionales. Estas alianzas, que comprenden a los principales grupos sociales, los proveedores de servicios gubernamentales, las organizaciones no gubernamentales, las personas infectadas por el VIH/SIDA, los grupos basados en la comunidad y las organizaciones religiosas, sirven para fortalecer la capacidad y aumentar los conocimientos de los diversos protagonistas. En muchas partes del mundo, las asociaciones de mujeres infectadas con el VIH han puesto en práctica con éxito medidas de prevención y orientación a nivel comunitario.

Es esencial potenciar a los jóvenes

104. Toda campaña eficaz tiene un elemento dedicado específicamente a las necesidades de los jóvenes. Los adolescentes sexualmente activos necesitarán servicios especiales de salud, de orientación y de información en materia de planificación de la familia, así como tratamiento para las enfermedades de transmisión sexual y actividades de prevención del VIH/SIDA. Los gobiernos, a los niveles políticos más altos, deben adoptar medidas con urgencia para proporcionar educación y servicios para prevenir la transmisión de enfermedades y del VIH por vía sexual. Los gobiernos deben promulgar legislación y adoptar medidas para asegurar que no se discrimine contra las personas infectadas por el VIH/SIDA ni contra los grupos vulnerables, incluidas las mujeres y los jóvenes, a fin de no negarles la información necesaria para prevenir la ulterior transmisión de la enfermedad y facilitarles el acceso a tratamiento y servicios de cuidado de la salud sin temor a la estigmatización, la discriminación o la violencia.

La participación de las personas infectadas por el VIH/SIDA es un aspecto esencial de las campañas para combatir la epidemia

105. Se necesitan nuevas actividades para combatir la estigmatización. La solución efectiva de este problema eliminaría lo que todavía constituye un obstáculo a una acción concertada, ya sea en el plano local, comunitario, nacional o mundial. La lucha contra la estigmatización es un verdadero imperativo de derechos humanos, así como un elemento fundamental para combatir la negación de la realidad y la vergüenza, que son importantes obstáculos al diálogo sobre el VIH/SIDA. Una de las mejores formas de combatir la negación de la realidad es dar al SIDA una "faz humana" mediante lo que se denomina el principio de la mayor participación de las personas infectadas con el VIH/SIDA, principio que se adoptó en la Cumbre de París sobre el SIDA el 1° de diciembre de 1994. Las personas infectadas con el VIH/SIDA, o directamente afectadas por él, aportan su experiencia personal a la planificación y ejecución de las actividades contra la epidemia, atacando la autocomplacencia y la negación de la realidad, intensificando las exhortaciones para que se apliquen medidas con urgencia e impulsando la acción de los gobiernos y sus dirigentes.

Es preciso combatir la epidemia en varios frentes

106. Aunque la complejidad de la epidemia ha excedido con mucho todas las previsiones, se ha reconocido que hay una relación entre las dinámicas básicas de la epidemia y que se necesitan medidas efectivas para hacer frente a tres problemas. La infección con el VIH está vinculada a riesgos específicos, que tienen que ver con comportamientos y situaciones que podrían facilitar la transmisión del VIH; con la vulnerabilidad, es decir, los factores que hacen que algunos individuos tengan más probabilidades que otros de resultar infectados, como las poblaciones migrantes o las mujeres pobres; y con los efectos, es decir, las consecuencias de la epidemia para los individuos y las comunidades.

107. La experiencia ha demostrado que no es posible sostener actividades eficaces y a largo plazo para combatir la epidemia a menos que se tengan en cuenta estas cuestiones: los riesgos, la vulnerabilidad y los efectos. Sólo se pueden establecer medidas verdaderamente

eficaces teniendo plenamente en cuenta la relación entre estas tres dinámicas, que son diferentes para los hombres y las mujeres. En particular:

- La disminución del riesgo de infección hace más lenta la difusión de la epidemia;
- La disminución de la vulnerabilidad disminuye el riesgo de infección y los efectos de la epidemia;
- La atenuación de los efectos de la epidemia reduce la vulnerabilidad al VIH/SIDA.

La eficacia de las medidas varía según los diferentes entornos

108. Diferentes entornos requieren medidas específicas diferentes y un equilibrio diferente entre estos tres elementos. Los procesos nacionales de planificación estratégica han estimulado a los gobiernos central y locales, a las organizaciones no gubernamentales, a las comunidades y a los asociados internacionales en muchos países a definir estrategias adaptadas a los diferentes contextos en que se da el VIH/SIDA. Las estrategias regionales y subregionales han complementado y añadido valor a las actividades nacionales. En los entornos con una tasa de prevalencia baja pero una incidencia en aumento, y también en los entornos con una prevalencia alta de VIH, es necesario aplicar medidas urgentes con carácter prioritario. En la elaboración de estrategias para cada entorno habrá que tener en cuenta las oportunidades y limitaciones particulares del entorno de que se trate.

VI. Las cuestiones comprendidas en una acción ampliada: el futuro

109. La acción de los gobiernos debe centrarse en las siguientes siete cuestiones fundamentales:

- Una dirección y coordinación efectivas;
- El alivio de los efectos sociales y económicos de la epidemia;
- La reducción de la vulnerabilidad de grupos sociales particulares a la infección con el VIH;
- La realización de metas acordadas para la prevención de la infección con el VIH;
- La prestación de cuidados y apoyo garantizados a las personas infectadas con el VIH/SIDA o afectadas por él;
- El desarrollo de bienes públicos internacionales pertinentes y efectivos;
- La movilización de los recursos financieros necesarios.

110. En relación con la respuesta a la epidemia de VIH/SIDA, el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el VIH/SIDA ofrece una oportunidad singular de establecer un programa mundial y crear un consenso en base a un conjunto de compromisos básicos, los cuales se describen más detalladamente en un documento de sesión que se publicará como complemento del presente informe.

Dirección y coordinación

111. La epidemia de SIDA se ha descrito como una crisis de gobernanza y una crisis de dirección. Este último aspecto es fundamental para toda acción efectiva. Una de las principales cuestiones que enfrenta la comunidad mundial es la del desarrollo y mantenimiento de un grupo de dirigentes especializados, que es fundamental para que toda la sociedad pueda comprender claramente la naturaleza de la epidemia y se puedan organizar actividades en el plano nacional. Esa comprensión es esencial para evitar la estigmatización, garantizar la plena dedicación, participación y responsabilidad de todos los sectores y evitar la fragmentación de las actividades.

112. Sólo mediante un compromiso asumido por todos los sectores de la sociedad, en un marco establecido por una fuerte dirección política, que comprenda actividades iniciadas por la comunidad, la participación de la sociedad civil y alianzas efectivas con el sector privado, se podrán realizar acciones que estén en consonancia con la escala de la epidemia.

Atenuación de los efectos sociales y económicos

113. La amplia difusión de los efectos subraya la necesidad de medidas amplias y multisectoriales que aborden las cuestiones de la capacidad institucional y los recursos humanos. En muchos países, la epidemia ha socavado sustancialmente la capacidad de los sectores sociales y económicos fundamentales de la sociedad. Los efectos negativos del VIH/SIDA se sienten en la fuerza de trabajo, el sector de la educación, el sector de la salud y la agricultura, entre muchos más. El rendimiento económico resulta afectado en todas sus dimensiones. Cada sector necesita apoyo para poder contribuir enérgicamente a la lucha coordinada contra la epidemia. En la prestación de asistencia para mitigar la pobreza, desarrollar infraestructura y fortalecer los sectores de la educación y la salud se deben tener en cuenta los efectos de la epidemia a nivel sectorial.

Reducción de la vulnerabilidad

114. Por lo tanto, para combatir la epidemia se necesitan medidas eficaces para ayudar a reducir el riesgo y la vulnerabilidad social y económica. Las estrategias de intervención social, económica y política que promueven sistemáticamente la inclusión social y una mayor participación al incrementar el acceso a la información y los servicios esenciales, y las normas jurídicas y sociales de apoyo, pueden ayudar a reducir la vulnerabilidad y superar los efectos de la epidemia.

Prevención

115. La aplicación de más medidas de prevención es fundamental para contener la difusión de la epidemia y los costos de las actividades para combatirla.

116. Es esencial hacer hincapié en la prevención para reducir significativamente la difusión de la epidemia y sus actuales efectos. Hay que centrar la atención en la juventud para reducir los efectos en el futuro. Más del 30% de las personas actualmente infectadas con el VIH/SIDA son personas jóvenes de menos de 25 años de edad. Los medios de prevención comprenden métodos como la ampliación de la educación sexual y sobre la salud, el aumento del suministro de condones femeninos y masculinos y otros productos, la adopción de más medidas para prevenir la transmisión de la madre al hijo, las medidas de prevención dirigidas a los toxicómanos que se inyectan y un mayor acceso a los servicios de orientación y exámenes médicos voluntarios.

Prestación de cuidados y apoyo

117. La prevención de la infección con el VIH es inseparable de las actividades para apoyar y cuidar a los que están afectados por el VIH/SIDA. La prevención de la infección debe ir acompañada de la atenuación de los efectos de la epidemia.

118. Los gobiernos deben comprometerse a prestar servicios de cuidado de la salud y apoyo a los infectados con el VIH/SIDA, y a las personas afectadas por él. Hay que adoptar un criterio amplio que incluya la prestación de cuidados adecuados a los individuos, los hogares y las comunidades afectados por el VIH/SIDA, asegurando el acceso a servicios de orientación y exámenes médicos voluntarios y la continuidad de los tratamientos y la atención médica en clínicas y hogares a precios accesibles, servicios jurídicos, de educación y sociales esenciales, apoyo sicosocial y orientación y cuidados para los niños que han quedado huérfanos como consecuencia del VIH/SIDA. Hay que asegurar que los sistemas de salud y los servicios sociales tengan capacidad para realizar las actividades necesarias.

119. Gracias a los adelantos en la gestión de las infecciones oportunistas y al desarrollo de terapias antirretrovirales eficaces, el tratamiento del VIH ha reducido efectos sociales y económicos de éste. Ahora bien, el acceso a estos tratamientos no es parejo y las personas que viven en países en desarrollo mueren innecesariamente por falta de cuidados apropiados. Las desigualdades en el acceso a tratamiento y cuidados efectivos es una cuestión que debe resolverse por todos los medios posibles, entre otras cosas, mediante un sistema de precios

escalonados, competencia entre los proveedores, adquisiciones a nivel regional, acuerdos de concesión de licencias y un uso eficaz de las salvaguardias en materia de salud incluidas en los acuerdos comerciales.

Bienes públicos internacionales

120. La concentración de la atención en las actividades internacionales de investigación y desarrollo debe dar lugar a la producción de microbicidas y vacunas contra el VIH/SIDA. Los interesados nacionales y mundiales deben actuar de consuno, ya sea utilizando los conocimientos actuales en forma más eficaz o haciendo hincapié en los problemas fundamentales no resueltos, para asegurar que se otorgue prioridad a las actividades de investigación y desarrollo de nuevas medicinas y que se pongan a disposición de la población a un costo razonable. También hay que tratar de desarrollar y comercializar anticonceptivos controlados por las mujeres.

Recursos

121. El principal problema que enfrentan los gobiernos es movilizar los recursos necesarios para hacer frente a la escala y los efectos devastadores de la epidemia del VIH/SIDA. Se necesitan recursos mucho mayores para aumentar la capacidad nacional de hacer frente a la epidemia, para apoyar las actividades de capacitación y la infraestructura esenciales, para atenuar los efectos sociales y económicos, para incrementar las actividades de prevención que han tenido éxito y para ejecutar un amplio programa de cuidados médicos, incluido el acceso a las drogas. Un medio importante para asegurar que en los presupuestos nacionales se asignen fondos para la prevención del VIH es asegurar que las prioridades relativas al VIH/SIDA estén plenamente integradas en la planificación del desarrollo, incluidas las estrategias de reducción de la pobreza, los planes de inversiones públicas y los procesos anuales de presupuestación. Se necesitarán mayores inversiones de los donantes, de las compañías privadas y de las fundaciones, así como mayores asignaciones con cargo a los presupuestos nacionales para satisfacer la necesidad de recursos en todo el mundo, además de los fondos que puedan obtenerse de las medidas de alivio de la carga de la deuda.

122. Así pues, para hacer frente al reto del VIH/SIDA se requiere una combinación de medidas, entre ellas, un mayor liderazgo, reducir los efectos económicos y sociales de la epidemia, reducir la vulnerabilidad, intensificar la prevención, aumentar la atención y el apoyo, proporcionar bienes públicos internacionales y aumentar los recursos.

123. El VIH/SIDA constituye el obstáculo más formidable para el desarrollo en nuestros tiempos. Al convocar un período extraordinario de sesiones sobre el VIH/SIDA, la Asamblea General ha reconocido este hecho, y con dicho período extraordinario intenta conseguir un compromiso mundial para intensificar y coordinar la acción a nivel mundial y nacional.

Anexo I

Metas establecidas en las conferencias mundiales y sus procesos de seguimiento

Vigésimo primer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el examen y la evaluación generales de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Nueva York, 30 de junio a 2 de julio de 1999

En el período extraordinario de sesiones se convino un nuevo indicador de referencia para medir la reducción de los niveles de infección de VIH en los jóvenes:

“Los gobiernos, con la asistencia del Programa conjunto y de patrocinio de las Naciones Unidas sobre el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y de los donantes, deberán garantizar que para 2005 por lo menos el 90% de los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad, y para 2010, por lo menos el 95% de dichos jóvenes, tengan acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para desarrollar los conocimientos indispensables a efectos de reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH. Los servicios deben incluir el acceso a métodos preventivos como los preservativos femeninos y masculinos, las pruebas voluntarias, el asesoramiento y las medidas complementarias. Los gobiernos deben utilizar como indicador de referencia las tasas de infección por VIH en las personas de 15 a 24 años de edad con el objeto de garantizar que para 2005 se reduzca la prevalencia en ese grupo de edades en el mundo entero y en un 25% en los países más afectados, y que para 2010 la prevalencia en ese grupo de edades se haya reducido en todo el mundo en un 25%.” (Resolución S21/2 de la Asamblea General, anexo, párr. 70.)

Conferencia Internacional del Trabajo, Ginebra, 30 de mayo a 15 de junio de 2000

La Conferencia invitó a los gobiernos a elevar la sensibilización nacional, especialmente en el ámbito laboral, con miras a eliminar el estigma y la discriminación que van unidos al VIH/SIDA, y a combatir la cultura del rechazo, y de ese modo prevenir la propagación del VIH/SIDA y a formular y aplicar políticas y programas sociolaborales que mitiguen los efectos del SIDA.

Vigésimo tercer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General titulado “La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI”, Nueva York, 5 a 9 de junio de 2000

En su vigésimo tercer período extraordinario de sesiones, la Asamblea General determinó que el VIH/SIDA constituía una de las principales preocupaciones para la salud y las perspectivas de igualdad entre los géneros.

En las nuevas medidas e iniciativas para la aplicación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (resolución S23/3, anexo), la Asamblea General hizo gran hincapié en los aspectos de género del VIH/SIDA y en otros problemas sanitarios. Tomando nota de sus efectos desproporcionados en la salud de la mujer y la niña, se pidió que se adoptaran medidas en los planos nacional e internacional para alentar, por conducto de los medios de comunicación y otros medios, una mayor conciencia de los efectos perjudiciales de ciertas prácticas tradicionales o consuetudinarias que afectan a la salud de la mujer, algunas de las cuales aumentan su vulnerabilidad al VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, e intensificar los esfuerzos para eliminar esas prácticas (véase la resolución S23/3, anexo, párr. 98 d)). También pidió que se intensificaran las estrategias basadas en la comunidad para proteger a las mujeres de todas las edades del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, proporcionar atención y apoyo a las niñas y a las mujeres afectadas y a sus familias (véase la resolución S23/3, anexo, párr. 103 b) y c)).

En relación con los huérfanos del SIDA, la Asamblea General instó a que se adoptaran medidas para ayudar a los niños y niñas que han quedado huérfanos como consecuencia de la pandemia de VIH/SIDA (véase la resolución S23/3, anexo, párr. 103 c)).

Vigésimo cuarto período extraordinario de sesiones de la Asamblea General titulado “La Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social y el futuro: en pos del desarrollo social para todos en el actual proceso de mundialización”, Ginebra, 26 a 30 de junio de 2000

Se instó a los gobiernos a que se comprometieran más a adoptar medidas en relación con los factores sociales y económicos que afectan la vulnerabilidad a la infección de VIH. Además del mejoramiento de los servicios de atención de la salud y la capacidad del personal, se destacaron como elementos fundamentales de las respuestas nacionales, la prestación de servicios de bienestar básicos y el apoyo psicosocial a los afectados por el VIH/SIDA e intensificar los programas educativos, en particular los dirigidos a los jóvenes. En la Declaración de Copenhague (aprobada por la Cumbre en 1995), la comunidad internacional se comprometió a fortalecer las iniciativas nacionales encaminadas a tratar con mayor eficacia la creciente pandemia de VIH/SIDA impartiendo la educación necesaria, prestando servicios de prevención, procurando que se disponga de los servicios adecuados de atención y apoyo y que las personas afectadas por el VIH/SIDA tengan acceso a ellos, y tomando todas las medidas necesarias para eliminar cualquier forma de discriminación y de aislamiento de las personas afectadas por el VIH/SIDA, compromiso que sigue siendo válido.

Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas sobre el tema “La función de las Naciones Unidas en el siglo XXI”, Nueva York, 6 a 8 de septiembre de 2000

En el párrafo 19 de la Declaración del Milenio (resolución 55/2), la Asamblea General señaló el compromiso de la comunidad internacional de que, en el año 2015 se habrá detenido y comenzado a invertir la propagación del VIH/SIDA, el flagelo del paludismo y otras graves enfermedades que afligen a la humanidad y prestar especial asistencia a los niños huérfanos por causa del VIH/SIDA. En el párrafo 28 de la Declaración, la Asamblea se decidió a ayudar a África a mejorar su capacidad para hacer frente a la propagación de la pandemia del VIH/SIDA y otras enfermedades infecciosas.

Notas

a Véase Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, Copenhague, 6 a 12 de marzo de 1995 (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.96.IV.8), cap. I, resolución 1, anexo I, compromiso 6 q).

Anexo II

Respuesta del sistema de las Naciones Unidas

1. El propósito del presente anexo es resumir brevemente las respuestas relativas al VIH/SIDA, en curso o previstas, de las organizaciones y los organismos del sistema de las Naciones Unidas.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

2. El UNICEF ha establecido las siguientes prioridades en sus programas:

- a) Velar por que todos los jóvenes conozcan los hechos en relación con el VIH y cómo prevenirlo. Ello incluye programas para los adictos que usan drogas inyectables, sobre lucha contra las infecciones de transmisión sexual y conocimientos prácticos para jóvenes y sobre promoción de estilos de vida;
- b) Respalidar las actividades encaminadas a ampliar el acceso a los servicios de prevención de la transmisión del VIH de padres a hijos, que incluye directrices más claras sobre tratamiento antirretroviral y alimentación de lactantes, en el contexto de los proyectos de prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos, acceso a servicios voluntarios de asesoramiento y ensayo y reducción del estigma y la discriminación contra las mujeres afectadas por el VIH;
- c) Prestar atención y apoyo mediante el reforzamiento de la programación para huérfanos y niños vulnerables infectados o afectados por el SIDA y ampliando la capacitación en conocimientos prácticos para los jóvenes. En ese contexto, el UNICEF considera que las escuelas son la institución central de cada comunidad en la lucha contra el SIDA. El UNICEF trabaja con los ministerios de educación para dedicar tiempo y atención a la introducción de conocimientos prácticos en los programas educativos y la enseñanza de los jóvenes. También está negociando con el sector privado el suministro a bajo costo de medicamentos esenciales relacionados con el VIH/SIDA;
- d) Proteger del VIH a los jóvenes y las mujeres en situaciones de conflicto y emergencia;
- e) Prestar apoyo a los funcionarios del UNICEF afectados por el VIH/SIDA, lo que incluye un conjunto básico de servicios para los funcionarios del UNICEF y sus familiares a cargo.

El UNICEF ha integrado las prioridades mencionadas precedentemente en toda su programación a nivel de los países y mundialmente. Actualmente está acelerando su respuesta a las cuestiones clave relativas a la transmisión del VIH de madre a hijo y a la atención y el apoyo de los niños infectados o afectados por el VIH. También está prestando particular atención a los nuevos centros de estallido de la pandemia: los países de la Comunidad de Estados Independientes y el Báltico, Asia meridional y el Caribe, además de sus trabajos en curso en África y Asia sudoriental.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

3. El VIH/SIDA es una de las principales preocupaciones institucionales del PNUD. La función del PNUD es ayudar a los países a encarar los problemas de administración pública que entraña la epidemia, con principal atención en cuatro esferas de intervención:

- a) Promoción enérgica y orientada a la acción para los dirigentes en todos los niveles, compromiso político y movilización de los factores e instituciones fuera de los sectores de la salud;
- b) Ayudar a los países a elaborar capacidad de acción, así como planificar, administrar y ejecutar su respuesta a la epidemia, incluso la integración del VIH/SIDA en las estrategias de reducción de la pobreza, y la reasignación de recursos (incluso los ahorros dimanados del alivio de la deuda) en prevención, atención y mitigación de las repercusiones;
- c) Promoción de un marco de derechos humanos y de perspectiva de género en todos los aspectos de la respuesta;
- d) Prestar asistencia especial a los países más afectados para ayudarlos a mitigar las repercusiones en el desarrollo humano, establecer estructuras administrativas y prestar servicios esenciales. Como coordinador de las actividades del sistema de las Naciones Unidas a nivel de los países, el PNUD también desempeña una función esencial en velar por que haya una respuesta coherente y mutuamente reforzada parte de los copatrocinantes del ONUSIDA, los donantes bilaterales y las fundaciones privadas, por conducto del Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA y la asistencia general del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD).

Fondo de Población de las Naciones Unidas

4. La contribución del FNUAP a la lucha contra el VIH/SIDA dimana de su gran experiencia y conocimientos en negociar y velar por el acceso a servicios de planificación de la familia en todo el mundo, un precedente que permite al FNUAP encarar cuestiones delicadas con las contrapartes nacionales, incluso los gobiernos. Después de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, velando por el acceso a los servicios de salud reproductiva y la programación de preservativos para mujeres y hombres y trabajando por conducto de su amplia red de oficinas sobre el terreno y expertos técnicos en los equipos de apoyo en el país, el FNUAP ha estado en la primera línea de las actividades de prevención y programación.

5. Dentro del marco de política del FNUAP, la prevención de las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH, sigue siendo un componente integral de la salud reproductiva. A nivel de los países, el FNUAP trabaja en estrecha colaboración con los asociados de las Naciones Unidas, los organismos internacionales y las contrapartes nacionales para prestar asistencia en la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. Dicho apoyo incluye: promoción, educación e información para la promoción de la conducta sexual segura, incluso mediante asesoramiento y pruebas voluntarios; mejorar el acceso a los preservativos y a su uso; capacitación de los prestadores de atención de salud reproductiva en relación con la prevención del VIH conexas a la planificación de la familia, prácticas prenatales y de parto seguro; e investigación de la integración de la prevención del VIH en los programas de salud reproductiva y las consecuencias sociodemográficas de la epidemia. La satisfacción de las necesidades de los jóvenes y adolescentes preocupa especialmente al apoyo que presta el FNUAP en todos los niveles de programación, nacional, regional y mundial. Los adolescentes necesitan los conocimientos teóricos y prácticos que les permitan

adoptar decisiones responsables y hacer elecciones positivas en la vida. El FNUAP contribuye a ello mediante el apoyo que prestan muchos países a: elaboración de programas educativos que incluyen información sobre la salud reproductiva en general y sobre VIH/SIDA, en particular, cuestiones de género, sexualidad y vida familiar; mejoramiento del acceso a la información, asesoramiento y servicios clínicos; promoción de una mayor participación de la juventud y actividades de promoción, tanto para niñas como para niños, sobre la base de los principales mensajes de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y su examen quinquenal.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

6. Los esfuerzos de la UNESCO se centran en educación, investigación básica, ciencias sociales y humanas, derechos humanos, información pública y actividades de difusión. Sus prioridades son: elaborar y mejorar estrategias educativas que presten apoyo a los jóvenes en la adopción de actitudes y conductas que prevengan la infección de VIH, en particular entre las niñas de edad escolar; realizar estudios sobre las repercusiones del SIDA en la educación y programas para huérfanos y niños que viven en la pobreza; movilizar a los encargados de adoptar decisiones en relación con las políticas educativas; encargarse de la prevención primaria del uso de estupefacientes entre los jóvenes; reforzar las actividades a fin de que los grupos afectados puedan aprovechar las actividades de investigación y los medios de prevención; promover la transferencia de conocimientos y las investigaciones científicas que permitan lograr tratamientos económicos; elaborar un enfoque sociocultural en relación con la prevención y la atención del VIH/SIDA; e integrar nuevas conductas preventivas en los mensajes y en la capacitación de los educadores socioculturales y los periodistas.

Programa de las Naciones Unidas de Fiscalización Internacional de Drogas

7. Los objetivos del PNUFID relacionados con el VIH/SIDA son prevenir la difusión de la epidemia vinculada al uso indebido de estupefacientes; ejecutar proyectos de difusión en la comunidad; promulgar legislación; y que las actividades de reducción de la demanda se integren en políticas más amplias de bienestar social y promoción de la salud. El PNUFID ha respaldado los proyectos de desarrollo en cinco países del Asia central encaminados a reforzar su capacidad de formulación de políticas, planificación y gestión del VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual y prevención del uso indebido de drogas; un proyecto subregional en el Cono Sur de América Latina promueve métodos y normas comunes para realizar vigilancias epidemiológicas. El PNUFID participa en la respuesta regional a los problemas creados por la difusión del uso indebido de estimulantes del tipo de la anfetamina y del VIH/SIDA en Europa central y oriental; y, en colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas, ha preparado proyectos en los países para asistir a los gobiernos en la coordinación y gestión de la prevención y las actividades de atención del VIH/SIDA, las enfermedades de transmisión sexual y el uso indebido de estupefacientes. En Asia oriental también es una prioridad la elaboración y aplicación de políticas y programas para una respuesta basada en la comunidad encaminada a prestar apoyo a la reducción de la demanda y prevenir la difusión del VIH causada por las drogas inyectables.

Organización Mundial de la Salud

8. La OMS está ampliando su apoyo a las actividades de los Estados Miembros en el contexto de una respuesta multisectorial más amplia al VIH, que refleja la importancia fundamental de la buena salud sexual y reproductiva. Las prioridades de la intensificación de la acción incluyen ahora apoyo a las actividades de los países encaminadas a prevenir y gestionar las infecciones de transmisión sexual; prestar servicios de asesoramiento y ensayo voluntarios por conducto de los servicios sanitarios; aplicar y supervisar las intervenciones para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo; velar por la atención y el apoyo a las personas infectadas por el VIH/SIDA; y aplicar otras intervenciones eficaces en relación con los costos que sean pertinentes en condiciones concretas. Se presta particular atención a los intereses de la población de alto riesgo o especialmente vulnerable, incluso quienes se dedican al comercio sexual y los adictos que usan drogas inyectables. La OMS sigue reconociendo la importancia de satisfacer las necesidades particulares de los jóvenes y presta especial atención a mitigar las repercusiones del VIH/SIDA en los sistemas sanitarios (incluso los riesgos particulares de infección de VIH que sufren los trabajadores de la salud). En consecuencia, entre las prioridades de la OMS se pueden mencionar la prestación de apoyo y coordinación a investigaciones de alta calidad sobre el VIH/SIDA, la prestación de apoyo técnico al desarrollo, aplicación, supervisión y evaluación de los programas y la vigilancia de la infección de VIH y de sus factores de conducta determinantes. En algunos casos, el apoyo se presta mediante vínculos con programas sobre salud reproductiva, medicamentos esenciales, vigilancia de las enfermedades, suministro de información sanitaria, desarrollo de vacunas, seguridad de la sangre o utilización de sustancias.

9. La OMS ha reforzado sus funciones normativas y la capacidad técnica de sus equipos regionales y en los países. Las oficinas regionales y en los países están prestando particular atención a reforzar las respuestas del sector de la salud ante la epidemia y son los principales responsables dentro del sistema de las Naciones Unidas de las cuestiones conexas a la atención y la prestación de apoyo a las personas infectadas por el VIH/SIDA y de la disponibilidad de prevención y tratamiento para las infecciones de transmisión sexual. Las oficinas regionales de la OMS contratan especialistas para que actúen como centros de coordinación en esferas concretas de trabajo, incluso asesoramiento y ensayos voluntarios, prevención de la transmisión de madre a hijo y otros componentes esenciales de la labor relativa al VIH/SIDA; coordinación de las actividades relativas al VIH dentro de los sistemas sanitarios, y vigilancia (con hincapié en las cuestiones relativas a la conducta). También se desplegará en los países un mayor número de personal calificado, incluso oficiales de programa nacionales. Se están estableciendo equipos técnicos subregionales que prestan apoyo directo a los países y facilitan la gestión de las redes técnicas regionales.

10. La OMS también está elaborando una estrategia mundial para el sector de la salud encaminada a responder a la epidemia de VIH/SIDA y de infecciones de transmisión sexual, como parte del plan estratégico del sistema de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA para 2001-2005, según pidió la Asamblea Mundial de la Salud en su resolución WHA53.14. Dicho proceso incluye amplias consultas con los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales, las oficinas regionales de la OMS y los representantes en los países, los centros de colaboración y los expertos. En la estrategia mundial se proponen tres tácticas principales: reducir los riesgos de infección de VIH, disminuir la vulnerabilidad de la

población a la infección de VIH, y disminuir las repercusiones generales de la epidemia en la vida y el desarrollo de los pueblos.

Banco Mundial

11. El Banco Mundial ha hecho del VIH/SIDA una de las principales prioridades institucionales, tanto en lo que respecta al análisis como a la acción. En las reuniones de ministros de finanzas de todo el mundo celebradas en abril de 2000, el Banco puso al VIH/SIDA en el centro del programa de desarrollo mundial, explicando en detalle la grave amenaza que la epidemia plantea al desarrollo de todo el mundo. Ha ampliado el análisis económico de las repercusiones del SIDA y, junto con la secretaria del ONUSIDA, ha preparado estimaciones detalladas del costo que entraña establecer planes nacionales amplios relativos al VIH/SIDA. Ha ocupado uno de los papeles principales en las iniciativas encaminadas a introducir en el mercado una vacuna de VIH en el mundo en desarrollo y es uno de los copatrocinadores del ONUSIDA que participa en la iniciativa encaminada a acelerar el proceso para que los medicamentos antirretrovirales sean más accesibles en los países pobres.

12. El Banco también ha aumentado su apoyo a los programas dedicados al VIH/SIDA. En septiembre de 2000 inició la primera etapa del programa multinacional sobre el SIDA para África. Preparado en colaboración con el ONUSIDA, la Asociación Internacional contra el SIDA en África, los principales donantes bilaterales y organizaciones no gubernamentales, se ha previsto que el programa no sólo aumente los recursos dedicados al VIH/SIDA, sino que también encare los principales obstáculos para una respuesta ampliada, como la ejecución lenta y el apoyo inadecuado a las comunidades. La primera etapa del programa ha puesto a disposición de los países de África 500 millones de dólares en créditos a fin de ampliar en el plano nacional los programas de prevención, atención y tratamiento y para ayudar a los países a prepararse a atender las secuelas del SIDA. Los recursos del programa se podrán utilizar para prestar apoyo a las actividades de los gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las comunidades; se han ideado mecanismos especiales para velar por que los fondos se encaminen rápidamente a nivel de la comunidad. El Banco está preparando actualmente una iniciativa similar para el Caribe y también presta apoyo a importantes proyectos relativos al VIH/SIDA en otros países, entre ellos el Brasil, China y la India.

Organización Internacional del Trabajo

13. La OIT centra su labor en la elaboración de políticas en el lugar de trabajo y en la aplicación de un programa mundial de cooperación técnica sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo. En el plano mundial, se está tratando de aplicar los conceptos y los métodos de la OIT elaborados en relación con cuestiones laborales y sociales a fin de responder al VIH/SIDA. Se espera aprobar en mayo de 2001 un código de prácticas internacionales sobre el VIH/SIDA y el mundo de trabajo, que brindará directrices jurídicas y prácticas para la elaboración de políticas en el lugar de trabajo, especialmente para proteger los derechos fundamentales en el trabajo. Entre las prioridades del programa se pueden mencionar: la aplicación de una “vacuna social” de prevención y protección, como la inclusión social y la seguridad de los ingresos y en el trabajo; reforzar las actividades contra el virus mediante el

mejoramiento de los conocimientos; documentación y difusión de información mediante sistemas eficaces de información sobre el mercado del trabajo; eliminación del estigma y la discriminación conexos al VIH/SIDA mediante la adopción y aplicación de las normas internacionales de trabajo de la OIT; integración de VIH/SIDA en los programas existentes de seguridad social y elaboración de programas nuevos. Inicialmente, las actividades de la OIT se han centrado en África y en la aplicación de la Plataforma de Acción Africana sobre el VIH/SIDA; además, ahora los programas mundiales de la OIT incluyen actividades a nivel de los países en Asia y el Pacífico, Europa oriental y central y América Latina y el Caribe. Las principales actividades realizadas en el contexto del programa mundial se refieren a la promoción de la concienciación y la elaboración de estrategias relativas a las repercusiones del VIH/SIDA en el mundo del trabajo y a la documentación y difusión de información sobre las experiencias nacionales; incorporación de políticas en el lugar de trabajo en los planos de acción nacionales contra el VIH/SIDA; integración de las cuestiones relativas al VIH/SIDA en todos los programas de la OIT y en los planos nacional y de las empresas, en particular en relación con la lucha contra la discriminación y la exclusión social y la mitigación de las consecuencias sociales y laborales negativas del VIH/SIDA.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación

14. En respuesta a la epidemia del VIH, la FAO contribuye con sus conocimientos técnicos al desarrollo agrícola y rural sostenible y está elaborando estrategias mediante las cuales el sector agrícola podrá encarar el VIH/SIDA. Junto con el ONUSIDA, la FAO ejecutará programas integrados de prevención que ayudarán a difundir información, especialmente entre los jóvenes y las mujeres, sobre la vulnerabilidad al VIH, reducción del riesgo y desarrollo rural sostenible. La FAO está examinando de qué manera se puede prestar asistencia a las comunidades agrarias de las zonas rurales con alta prevalencia de VIH y elaborar programas de desarrollo agrícola que modifiquen las pautas de movilidad a fin de reducir la vulnerabilidad de los migrantes a la infección del VIH y en elaborar estrategias que centran su atención a la prevención.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

15. El objetivo de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en relación con el VIH/SIDA es contribuir a una respuesta eficaz y sostenible basada en los derechos humanos ante la epidemia en los planos nacional, regional e internacional mediante el mejoramiento de la integración de las cuestiones relativas al VIH/SIDA en el mecanismo de derechos humanos. La Oficina ha promovido la inclusión del VIH/SIDA en el programa de la Comisión de Derechos Humanos y de su Subcomisión; ha distribuido ampliamente entre los Estados, los organismos de las Naciones Unidas y las organizaciones no gubernamentales, las directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y derechos humanos; y ha contribuido a aumentar el apoyo político a las iniciativas del VIH/SIDA mediante la adopción de una resolución de la Comisión de Derechos Humanos relativa al VIH/SIDA y los derechos humanos. Entre las prioridades de programa se pueden mencionar el reforzamiento del respeto de los derechos humanos como parte de la respuesta ante la epidemia, reducir la discriminación conexas al VIH/SIDA en el trabajo y en otras

partes haciendo que las personas infectadas y afectadas participen en la promoción, la protección y el respeto de los derechos humanos dentro de los programas de prevención, lucha y atención. La Oficina promoverá la aplicación de los derechos relacionados con el VIH/SIDA en las poblaciones vulnerables al VIH/SIDA, a fin de que se reduzca la vulnerabilidad de esas poblaciones a las violaciones de los derechos humanos y la exposición al VIH. En colaboración con el ONUSIDA, la Oficina seguirá organizando cursos de capacitación sobre derechos humanos en el contexto del VIH para expertos del sistema de derechos humanos de las Naciones Unidas y otros asociados pertinentes, como los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

16. Entre las prioridades del programa del ACNUR relativos al VIH/SIDA se pueden mencionar el reforzamiento del componente de prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA de los programas de salud reproductiva en los lugares en que haya refugiados, así como la creación de capacidad del personal del ACNUR y de sus asociados en la elaboración y aplicación de actividades de prevención y atención del VIH/SIDA. También difunde información (por ejemplo, carpetas de información y directrices sobre mejores prácticas) y realiza actividades de promoción en relación con la prevención del VIH/SIDA y las necesidades de atención de los refugiados por conducto de foros internacionales, regionales y nacionales. Las zonas geográficas prioritarias de actividad del ACNUR son la región de los Grandes Lagos y el África occidental.

Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social

17. Reconociendo la indiscutible importancia que hoy día tiene en el mundo la epidemia de VIH/SIDA, por invitación de la secretaría del ONUSIDA, en el año 2000 el Instituto preparó una monografía sobre el VIH/SIDA y el desarrollo. En ese período, el Instituto comenzó a formar una red de investigadores muy conocidos (científicos sociales, activistas y especialistas médicos) interesados en seguir trabajando en el tema del VIH/SIDA. El objetivo del Instituto en esta esfera es crear nuevos conocimientos sobre el curso y las consecuencias de la epidemia, así como nuevas ideas sobre la manera en que se puede reforzar la capacidad de las distintas sociedades para encarar el VIH/SIDA.

Voluntarios de las Naciones Unidas

18. La preocupación principal de los VNU en relación con el VIH/SIDA es reforzar las iniciativas locales de prevención y de lucha contra la epidemia mediante una participación orientada a la comunidad. Los VNU también tratan de aliviar las devastadoras consecuencias socioeconómicas de la pandemia mediante la difusión de información sobre el VIH/SIDA y prestando capacitación y atención general de la salud. Junto con la secretaría del ONUSIDA y el PNUD, ha iniciado un proyecto experimental, único dentro del sistema de las Naciones Unidas, en que personas infectadas con VIH/SIDA participan como voluntarios nacionales de las Naciones Unidas que trabajan en sus propias comunidades. El proyecto ayuda a establecer grupos de mujeres que prestan apoyo a los huérfanos de VIH/SIDA y sus padres

de guarda; presta asistencia técnica para que las comunidades locales puedan producir sus propias publicaciones sobre VIH/SIDA; y presta capacitación a los trabajadores para administrar el funcionamiento de laboratorios de VIH. Entre las prioridades y metas de programa de los VNU se incluyen crear capacidad en los gobiernos y la comunidad en relación con conocimientos de información, educación y comunicaciones para la prevención del VIH; préstamos para quienes se dedican al comercio sexual y capacitar a quienes en la comunidad prestan atención a los huérfanos en África y en Asia y el Pacífico, que son sus regiones geográficas prioritarias.

Programa Mundial de Alimentos

19. El PMA está incorporando las preocupaciones relativas al VIH/SIDA en todos sus programas, tanto de desarrollo como para casos de emergencia. El PMA centra su atención en la utilización de la ayuda alimentaria como manera de mejorar la seguridad alimentaria de las familias y huérfanos afectados por el VIH/SIDA. En colaboración con sus asociados, el PMA también incorporará actividades de información, educación y comunicación en sus sitios de distribución, mediante asociados en la comunidad, como los comités de socorro.

20. A nivel de la Sede, el PMA está elaborando una estrategia y directrices para integrar al VIH/SIDA en todos los programas existentes y nuevos. A nivel del terreno, el PMA programará actividades de mitigación, entre ellas alimentación en las escuelas con raciones para llevar al hogar para las familias con huérfanos; raciones para pacientes de tuberculosis sometidos a terapia; y capacitación vocacional y agrícola para niños de la calle y huérfanos. Entre los actuales programas experimentales se pueden incluir la utilización de la amplia red logística del PMA para prestar apoyo a la educación relativa al VIH/SIDA y las actividades de reducción de riesgos para los trabajadores de transporte contratados.

Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer

21. La realidad de que la epidemia está siendo en gran medida impulsada por las relaciones entre los géneros y la desigualdad entre los géneros ha hecho que el UNIFEM amplíe su labor relativa al género, los derechos humanos y el VIH/SIDA. Las tres esferas prioritarias de la organización —reforzamiento de los derechos económicos de la mujer, incorporación de las cuestiones de género en la buena administración pública y los dirigentes y promoción de los derechos de la mujer— son todas estrategias esenciales en dichas actividades. De acuerdo a lo establecido en su mandato, el UNIFEM debe actuar como agente catalítico e innovador y prestar apoyo a los mecanismos interinstitucionales para incorporar las cuestiones de género, por lo que el programa de acción del UNIFEM sobre género y VIH/SIDA incluirá tareas de promoción, creación de asociaciones y creación de capacidad.

22. Recientemente el UNIFEM completó la primera etapa de su programa mundial sobre respuestas centradas en el género ante el reto planteado por la epidemia de VIH/SIDA, que en gran medida fue financiado por el ONUSIDA y el FNUAP. El programa, que actualmente ha entrado en su segunda etapa, fue ideado para vincular a las políticas, las investigaciones y las estrategias de difusión sobre el género y el VIH/SIDA a fin de crear estructuras de apoyo, promoción y activismo en los planos nacional y regional.

Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial

23. El objetivo de la ONUDI es contribuir a invertir las repercusiones devastadoras del VIH/SIDA en los medios de vida rural y urbano. En el marco de los programas integrados de la ONUDI que se están ejecutando en varios países, se han llevado a cabo actividades importantes a fin de movilizar a la comunidad del sector privado y empresarial, entre ellas grupos de empresarias, a fin de prestar apoyo a actividades concretas relacionadas con el VIH/SIDA que centran su atención en la concienciación, prevención y supervivencia. En respuesta a la difusión del VIH/SIDA en África y de conformidad con el objetivo de prestar apoyo a los países en desarrollo en sus actividades encaminadas a acelerar el desarrollo socioeconómico, la ONUDI encarará la cuestión del VIH/SIDA a nivel mundial con programas adecuados de asistencia técnica, preferentemente con el apoyo del sector privado internacional, especialmente de quienes tienen intereses en África. Se ha propuesto realizar estudios orientados a la acción sobre las repercusiones del VIH/SIDA en el sector privado, entre ellos investigaciones a nivel de las empresas con miras a definir estrategias realistas e incorporar la conciencia sobre el problema del VIH/SIDA y también campañas de prevención sobre “la actividad comercial contra el SIDA” dentro de la red de la ONUDI de instituciones y empresas que prestan apoyo a la industria. Además, los programas de asistencia técnica se centrarán en la creación de capacidad para la elaboración de productos relacionados con la salud y el SIDA, entre ellos prestación de apoyo a investigaciones farmacéuticas relacionadas con las plantas y programas piloto en África meridional y en otras partes.

Sistema de coordinadores residentes

24. El sistema de coordinadores residentes tiene a su cargo el proceso del MANUD, en que los grupos temáticos de las Naciones Unidas desempeñan una función esencial. Los grupos temáticos sobre VIH/SIDA son plataformas para aunar al sistema de las Naciones Unidas en apoyo de los países afectados por el VIH/SIDA. Esencialmente se encargan de la coordinación, promoción y creación de asociaciones, adopción de decisiones conjuntas sobre política y estrategia, planificación integrada y, en algunos casos, han desempeñado una función decisiva, junto con el ONUSIDA, en la movilización de recursos para las iniciativas de las Naciones Unidas basadas en los países. Dentro del sistema de coordinadores residentes, los grupos temáticos sobre VIH/SIDA fueron de los primeros en establecerse y en encabezar una respuesta multisectorial ampliada ante la epidemia de VIH/SIDA y prestarle apoyo.

25. Se han ampliado los grupos temáticos sobre VIH/SIDA a fin de facilitar el diálogo y la creación de redes entre los asociados, con lo que se ha reforzado el apoyo a la respuesta nacional. Se ha ampliado el número de miembros, que ahora incluyen a gobiernos, grupos de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, consorcios dedicados al SIDA y donantes bilaterales. También son miembros personas afectadas por el VIH/SIDA.

26. Los grupos temáticos sobre VIH/SIDA han participado activamente en el proceso del MANUD, primero por conducto del proceso de la evaluación común para los países, y

posteriormente en el MANUD, que se fundamenta en la evaluación común para los países, y posteriormente en la elaboración de los programas de cada organismo para los países, así como en programas y proyectos conjuntos. También se han vinculado a muchos otros instrumentos principales de cooperación para el desarrollo empleado por el sistema de las Naciones Unidas y otros asociados.

Secretaría de las Naciones Unidas

27. La División de Apoyo y Coordinación al Consejo Económico y Social, en su capacidad de coordinación, actúa como centro de coordinación de la Secretaría de las Naciones Unidas en los asuntos relativos al VIH/SIDA. La División de Política Social y Desarrollo está realizando un estudio sobre las familias en los países más afectados por el VIH/SIDA, y en el tema del VIH/SIDA se centrará uno de los grupos de trabajo del Foro Mundial de la Juventud que tendrá lugar del 5 al 12 de agosto de 2001 en el Senegal. La División de Población de las Naciones Unidas incluye estimaciones sobre el VIH/SIDA en las estimaciones y proyecciones demográficas oficiales de las Naciones Unidas a fin de permitir evaluar la epidemia. La División para el Adelanto de la Mujer, en colaboración con la OMS y el ONUSIDA, con objeto de contribuir a comprender mejor el problema del número cada vez mayor de mujeres afectadas por el SIDA en todas las regiones, especialmente en África al sur del Sáhara y entre los grupos de edades más jóvenes, convocó una reunión de grupo de expertos sobre la pandemia del VIH/SIDA y sus consecuencias de género en Namibia, en noviembre de 2000. La Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer trata con frecuencia el tema de la mujer y el VIH/SIDA, por ejemplo cuando examina la esfera de interés crítico de “la mujer y la salud”. El tema del creciente número de mujeres afectadas por el VIH/SIDA se planteó en la resolución 44/22 de la Comisión sobre las mujeres, las niñas y el VIH/SIDA. El Departamento de Operaciones de Mantenimiento de la Paz coopera con la Alianza Civil y Militar de Lucha contra el VIH y el SIDA mediante la elaboración de programas de capacitación y materiales docentes para el personal militar y de otro tipo asignado a las operaciones de mantenimiento de la paz de las Naciones Unidas. El VIH/SIDA está pasando a formar parte de los programas de las sesiones de las comisiones regionales de las Naciones Unidas, y en diciembre de 2000 la Comisión Económica para África convocó el segundo Foro para el Desarrollo de África con el tema “El SIDA: el mayor reto para los gobiernos”. Los resultados del Foro formarán parte del proceso preparatorio del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el VIH/SIDA. El Departamento de Información Pública concientiza al público de la epidemia y sus consecuencias con programas de radio y televisión y mediante medios impresos. El Servicio Médico de las Naciones Unidas vela por que se apliquen políticas sobre el VIH/SIDA para los funcionarios y los encargados del mantenimiento de la paz. Este Servicio imparte educación sanitaria, formación e informe sobre medidas de protección personal, con lo que ofrece un programa eficaz de prevención del SIDA.

Organización Mundial de la Propiedad Intelectual

28. La OMPI encara la cuestión de las patentes de los productos farmacéuticos para el tratamiento del VIH/SIDA en el contexto del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio. Presta asesoramiento legislativo,

recursos humanos y desarrollo de infraestructura para soluciones concretas de las necesidades de los países de cumplir sus obligaciones internacionales y velar por que tengan acceso a la atención de la salud.

Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente

29. Entre las actuales prioridades del OOPS relativas al VIH/SIDA se pueden mencionar la educación de grupos vulnerables, como los jóvenes en las escuelas, centros de capacitación profesional y centros de programas para mujeres. También ejecuta programas de supervisión de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. Para ello capacita al personal sanitario para que pueda prestar asesoramiento sobre prevención de la epidemia y luchar contra ella y la producción de materiales educativos para maestros y estudiantes. El OOPS está representado en los comités nacionales sobre el SIDA de los países anfitriones, a saber, Jordania, la República Árabe Siria, el Líbano y Palestina.

Organización Mundial del Turismo

30. La OMT es una organización intergubernamental que actúa como foro mundial para las cuestiones y políticas relativas al turismo. Encara las cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA en el contexto de su mandato, por conducto de su campaña internacional contra el turismo organizado del sexo, especialmente contra la prostitución infantil.

Programa conjunto y de copatrocinio de las Naciones Unidas sobre el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA)

31. El Programa conjunto y de copatrocinio de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA es el principal promotor de las actividades mundiales en relación con el VIH/SIDA. En él se reúnen siete órganos de las Naciones Unidas en un esfuerzo común por luchar contra la epidemia: UNICEF, PNUD, FNUAP, PNUFID, UNESCO, OMS y Banco Mundial. El ONUSIDA moviliza las respuestas a la epidemia de las siete organizaciones copatrocinadoras y complementa esas actividades con iniciativas especiales. La secretaría del ONUSIDA centra su atención en: mantener y ampliar el impulso político; mejorar el apoyo a la movilización de recursos y la coordinación nacional a nivel de los países, velando por que la respuesta de las Naciones Unidas esté bien coordinada; acelerar el acceso a la atención del VIH, tomando nota de la inseparabilidad de la prevención y la atención, teniendo en cuenta la equidad y que sean económicas; y respaldar el apoyo técnico y la gestión de los conocimientos.

INFORME DE LA COMISION MIXTA RECAÍDO EN EL PROYECTO QUE
PRORROGA LA VIGENCIA DE LA LEY N° 19.583, QUE REGULARIZA LA
CONSTRUCCIÓN DE BIENES RAÍCES URBANOS SIN RECEPCIÓN DEFINITIVA
(2676-14)

HONORABLE CAMARA DE DIPUTADOS
HONORABLE SENADO:

La Comisión Mixta constituida en conformidad con lo dispuesto en el artículo 68 de la Constitución Política de la República, tiene el honor de proponeros la forma y modo de resolver las divergencias surgidas entre el H. Senado y la H. Cámara de Diputados, durante la tramitación del proyecto de ley individualizado en la referencia.

La H. Cámara de Diputados designó como integrantes de la Comisión Mixta a los HH. Diputados señoras Eliana Caraball Martínez y Rosa González Román y señores René Manuel García García, Patricio Hales Dib y Jaime Jiménez Villavicencio.

El H. Senado nombró como integrantes de dicha Comisión a los señores Senadores miembros de su Comisión de Vivienda y Urbanismo.

Previa citación del señor Presidente del Senado, la Comisión Mixta se constituyó con fecha 10 de abril de 2.001, con la asistencia de los HH. Senadores señores Hosaín Sabag Castillo, Rafael Moreno Rojas, Jovino Novoa Vásquez, Augusto Parra Muñoz y Mario Ríos Santander y de los HH. Diputados señoras Rosa González Román y María Rozas Velásquez y señores Patricio Hales Dib y Homero Gutiérrez Román.

Eligió por unanimidad como Presidente al H. Senador señor Hosaín Sabag Castillo y, de inmediato, se abocó al cumplimiento de su cometido.

Para el despacho de la presente iniciativa legal, el Ejecutivo ha hecho presente la urgencia, calificada de “discusión inmediata”, en todos sus trámites constitucionales.

A la sesión celebrada por vuestra Comisión Mixta asistió, la señora Asesora Jurídica del Ministerio de Vivienda y Urbanismo, doña Jeanette Tapia Fuentes.

La controversia entre ambas ramas del Parlamento se ha originado en el rechazo formulado por la H. Cámara de Diputados a las enmiendas que, durante el segundo trámite constitucional, introdujera el H. Senado al proyecto aprobado por la Cámara de Diputados, conociendo como Cámara de origen.

Artículo único
(H. Cámara de Diputados)

Artículo 1º
(H. Senado)

En forma previa cabe recordar que la ley N°19.583, que regulariza la construcción de bienes raíces urbanos sin recepción definitiva, faculta a los propietarios de los bienes raíces urbanos que indica, construidos con o sin permiso de edificación y que no cuenten con recepción definitiva o que de hecho hayan realizado un cambio de destino de las edificaciones existentes en forma discordante con el uso de suelo permitido por los respectivos planos reguladores, para regularizar su situación conforme a las normas de edificación y al procedimiento simplificado que señala.

El citado cuerpo legal otorgaba un plazo de dieciocho meses contados desde su publicación, ocurrida el 14 de septiembre de 1.998, para efectuar la regularización y con posterioridad, la ley N°19.667, de 10 de marzo de 2000, renovó su vigencia hasta el 31 de marzo de 2001.

En el mensaje introductorio del proyecto en informe S.E. el Presidente de la República expone que se desea ampliar la prórroga de vigencia de la ley N°19.583, dispuesta por la ley N°19.667, por estimar que el plazo original de renovación ha resultado insuficiente considerando la gran cantidad de interesados y el número de eventuales beneficiarios que no han hecho uso del beneficio consagrado a su favor, debido al desconocimiento de los mismos frente a la nueva legislación, pese a los ingentes esfuerzos de difusión realizados tanto por el Ministerio de Vivienda y Urbanismo como por las municipalidades.

Asimismo, se debe tener presente y así lo recuerda el citado mensaje, que una petición en este sentido fue formulada al Ejecutivo por parte de la Comisión de Vivienda de la H. Cámara de Diputados.

Ahora bien, el proyecto presentado por el Ejecutivo consta de un artículo único mediante el cual se prorroga hasta el 31 de diciembre de 2001 el plazo para acogerse a los beneficios consagrados por la ley 19.583.

La H. Cámara de Diputados, con ocasión del primer trámite constitucional, innovó respecto del texto presentado por el Ejecutivo al aumentar el plazo de prórroga hasta el 31 de marzo de 2002.

Durante el segundo trámite constitucional, el H. Senado, actuando como Cámara revisora, modificó el texto aprobado por la Cámara de Diputados, ampliando el plazo hasta el 31 de marzo de 2003.

Finalmente, la H. Cámara de Diputados, conociendo del tercer trámite constitucional de la iniciativa legal en informe, procedió a rechazar la propuesta del H. Senado.

Vuestra Comisión Mixta, al debatir la forma de resolver la controversia surgida entre ambas ramas del Parlamento, concordó en la conveniencia de mantener el criterio sustentado

por la H. Cámara de Diputados. En consecuencia, se optó por extender el plazo para acogerse a los beneficios contemplados por la citada ley N°19.583 hasta el 31 de marzo del año 2002.

Asimismo se convino en consignar el acuerdo sobre la materia en los siguientes términos:

“Artículo 1°.- Renuévase la vigencia de la ley N°19.583, modificada por la ley N°19.667, a contar del 31 de marzo del año 2001 y hasta el 31 de marzo del año 2002, para acogerse a sus beneficios.”.

-Acordado por la unanimidad de los miembros presentes de vuestra Comisión Mixta, HH. Senadores señores Moreno, Novoa, Parra, Ríos y Sabag y HH. Diputados señoras Rozas y González y señores Hales y Gutiérrez.

Artículo 2°
(H. Senado)

El H. Senado, con ocasión del segundo trámite constitucional, acordó modificar el inciso final del artículo 3° de la ley N°19.583, con el propósito de simplificar los requisitos para la regularización de aquellas viviendas cuya superficie total edificada no excede de cien metros cuadrados, limitándolos a la presentación de una solicitud y un croquis simple de la vivienda y sus especificaciones.

Cabe señalar que, a la sazón, los requisitos exigidos por el citado inciso final del artículo 3° consiste en acompañar un croquis de ubicación a escala 1:500; un plano general de la vivienda a escala 1:50, con individualización de los recintos y cuadros de superficies, y las especificaciones técnicas resumidas.

La H. Cámara de Diputados, durante el tercer trámite constitucional, procedió a rechazar la propuesta efectuada por el H. Senado.

El H. Senador señor Sabag, fundamentó la proposición formulada por el Senado señalando que en la misma subyace el deseo de flexibilizar la normativa que en materia de regularización deba aplicarse a la categoría más modesta de viviendas, de modo de evitar que la dificultad en el cumplimiento de los requisitos exigidos para optar al beneficio de regularización o el costo involucrado constituyan un freno para el acceso de potenciales beneficiarios de menores ingresos.

Recalcando su coincidencia con el espíritu que animó al H. Senado al realizar la proposición en análisis, el H. Diputado señor Hales hizo presente que la ley N°19.583, ha visto limitado su campo de acción por la dificultad que para el ciudadano común representa cumplir con requisitos tales como la presentación de planos a escala, lo que además se ve agravado por una escasa difusión y por el cobro de derechos municipales. En opinión del señor Hales, en vez de plano, debería pedirse, explicitando en la ley, un croquis a mano alzada sobre una hoja cualquiera cuadrículada.

El resto de los miembros de Vuestra Comisión concordó en los beneficios de la simplificación, no obstante surgieron diversas posiciones frente a la determinación de los requisitos que debían exigirse en definitiva.

Como solución se propuso que éstos debían limitarse a una solicitud acompañada de especificaciones técnicas resumidas y de un croquis a mano alzada, realizado en una hoja cuadriculada diseñada para estos efectos por el Ministerio de Vivienda y Urbanismo.

Si bien existió consenso en la exigencia de una solicitud y de especificaciones técnicas resumidas, se debatió respecto a las características del croquis.

En efecto, las HH. Diputadas señoras González y Rozas y los HH. Senadores señores Ríos y Moreno, se manifestaron partidarios de que se exigiera un croquis simple, a fin de eliminar exigencias superfluas que inhiban a eventuales beneficiarios.

En apoyo de lo anterior, el H. Senador señor Novoa puntualizó que la ley no debe realizar una regulación que aborde cada detalle, debiendo limitarse a establecer los marcos generales de acción y entregando a las distintas municipalidades la determinación de la forma en que deban representarse las construcciones que se desea regularizar.

El H. Diputado señor Gutiérrez argumentó a favor de que el croquis a mano alzada se realice en una hoja cuadriculada diseñada por el Ministerio de Vivienda y Urbanismo, señalando que de esta manera se evitan los distintos formatos y la profundización de la consecencial anarquía, sin un costo adicional para los beneficiarios.

Sobre el particular, la representante del Ejecutivo manifestó que la proposición de que el croquis se efectúe en una hoja cuadriculada diseñada por el Ministerio de Vivienda y Urbanismo, tiene por objeto uniformar criterios entre los distintos municipios, facilitando la situación para los interesados. Agregó que lo lógico es que el croquis se realice a cierta escala, y para evitar que una exigencia semejante intimide a posibles beneficiarios, se estimó que una hoja cuadriculada de diseño uniforme podría cumplir los propósitos perseguidos a la vez que contribuiría a otorgar mayor seguridad a los beneficiarios frente a la discrecionalidad administrativa.

La H. Diputada señora Rozas reiteró su posición en cuanto a simplificar lo más posible el acceso al beneficio, considerando que hasta ahora ha sido posible constatar como la regularización en comunas populares ha alcanzado costos cercanos a los cincuenta mil pesos. Agregó que para avanzar en la dirección correcta bastaría que el croquis que se solicita se realice en un papel cuadriculado corriente.

Por su parte, el H. Diputado señor Hales propuso que con el fin de conciliar las posiciones manifestadas durante el debate y equilibrar la simpleza del trámite con grados de orden que permitan a la autoridad homologar la información contenida en el croquis, se indiquen en el mismo las medidas de la construcción que se desea regularizar.

La proposición anterior fue acogida por la mayoría de los miembros de vuestra Comisión Mixta, quienes concordaron en que se debía reemplazar el inciso final del artículo 3° de la ley N°19.583, por otro del siguiente tenor:

“Tratándose de las viviendas a que se refiere el N°1 del artículo 2° de la ley N°19.583, no se aplicará lo dispuesto en el inciso primero. En este caso sólo deberán adjuntarse a la solicitud las especificaciones técnicas resumidas y un croquis a mano alzada, que deberá realizarse en una hoja cuadriculada que indique las medidas. ”.

La posición de minoría fue sustentada por el H. Diputado señor Gutiérrez, quien rechazó la proposición en comentario por las consideraciones que expuso oportunamente.

-Aprobado con el voto favorable de los HH. Senadores señores Moreno, Novoa, Parra, Ríos y Sabag y HH. Diputados señoras Rozas y González y señor Hales, y con el voto disidente del H. Diputado señor Gutiérrez.

En mérito de las consideraciones precedentes, vuestra Comisión Mixta tiene el honor de efectuaros la siguiente proposición, como forma y modo de resolver la diferencia suscitada entre ambas ramas del Congreso Nacional:

Considerar como artículo primero, el siguiente:

“Artículo 1°.- Renuévase la vigencia de la ley N°19.583, modificada por la ley N°19.667, a contar del 31 de marzo del año 2.001 y hasta el 31 de marzo del año 2.002, para acogerse a sus beneficios.”.

Incorporar el siguiente artículo segundo:

“Artículo 2°.- Sustitúyese el inciso final del artículo 3° de la ley N°19.583, por el siguiente:

“Tratándose de las viviendas a que se refiere el N°1 del artículo 2° de la ley N°19.583, no se aplicará lo dispuesto en el inciso primero. En este caso sólo deberán adjuntarse a la solicitud las especificaciones técnicas resumidas y un croquis a mano alzada, que deberá realizarse en una hoja cuadriculada que indique las medidas. ”.”.

Si se acepta la proposición de la Comisión Mixta el texto de la iniciativa queda como sigue:

PROYECTO DE LEY:

“Artículo 1º.- Renuévase la vigencia de la ley N°19.583, modificada por la ley N°19.667, a contar del 31 de marzo del año 2.001 y hasta el 31 de marzo del año 2.002, para acogerse a sus beneficios.

Artículo 2º.- Sustitúyese el inciso final del artículo 3º de la ley N°19.583, por el siguiente:

“Tratándose de las viviendas a que se refiere el N°1 del artículo 2º de la ley N°19.583, no se aplicará lo dispuesto en el inciso primero. En este caso sólo deberán adjuntarse a la solicitud las especificaciones técnicas resumidas y un croquis a mano alzada, que deberá realizarse en una hoja cuadrículada que indique las medidas. ”.”.

Acordado en sesión celebrada el día 10 de abril de 2001, con la asistencia de los HH. Senadores señores Hosain Sabag Castillo (Presidente), Rafael Moreno Rojas (Carmen Frei Ruiz-Tagle), Jovino Novoa Vásquez, Augusto Parra Muñoz y Mario Ríos Santander y los HH. Diputados señoras María Rozas Velásquez (Eliana Caraball Martínez) y Rosa González Román y señores Patricio Hales Dib y Homero Gutiérrez Román (Jaime Jiménez Villavicencio).

Sala de la Comisión, a 10 de abril de 2001.

(FDO.): MARÍA ISABEL DAMILANO PADILLA
Secretario Accidental