

70
AÑOS



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.

“Construyamos acuerdos para la salud de Chile”

*Departamento de Políticas de Salud y Estudios.
Diciembre 2018*

“Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.”

*Declaración de Alma Ata.
Kazajistán, 1978*

Participaron en la elaboración de este documento:

Miembros del Departamento de Políticas de Salud y Estudios del Colegio Médico de Chile:

Dr. Roberto Estay M., MPH(c). Médico Internista. Profesor Facultad de Medicina Universidad de Chile. Residente Oncología, Instituto Nacional del Cáncer. Presidente Departamento de Políticas de Salud y Estudios del Colegio Médico de Chile.

Dr. Cristóbal Cuadrado N., MPH. PhD(c). Académico, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Secretario Técnico. Departamento de Políticas de Salud y Estudios del Colegio Médico de Chile.

Dra. Francisca Crispi G., MSc. Académica, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Integrante Departamento de Políticas de Salud y Estudios del Colegio Médico de Chile.

Dr. Matías Libuy R., MSc., Integrante Departamento de Políticas de Salud y Estudios del Colegio Médico de Chile.

Dr. Fernando González E., MPH(c), Pediatra. Integrante Departamento de Políticas de Salud y Estudios del Colegio Médico de Chile.

Dr. Jorge Browne S., MSc. Integrante Departamento de Políticas de Salud y Estudios del Colegio Médico de Chile. Residente Geriatría UC.

Colaboradores:

Dra. Ana María Arriagada U. Médica Internista. Profesora Facultad Medicina Universidad de Chile. Integrante del Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile

Dr. Sebastián Peña F. MSc. PhD(c). Visiting Scholar, Department of Public Health Solutions, National Institute for Health and Welfare. Finland.

Dr. Claudio Pérez. Editor Cuadernos Médico-Sociales. Residente Medicina Interna, Hospital San José.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	3
2. PREVENIR	4
2.1 Medio Ambiente	4
2.2 Tabaco	7
2.3 Alcohol	10
2.4 Nutrición	13
2.5 Educación Sexual Integral	16
3. PROTEGER	19
3.1 Financiamiento	19
3.2 Trasplante y donación de órganos	22
3.3 Acceso a medicamentos	24
3.4 Plan Nacional de Cáncer	27
3.5 Políticas sobre envejecimiento	30
4. CONCLUSIONES	33

1. INTRODUCCIÓN

A 70 años de la fundación del Colegio Médico de Chile, desde el Departamento de Políticas de Salud y Estudios, consideramos importante realizar una contribución desde la perspectiva de las políticas públicas, en sintonía con el rol propositivo y articulador de consensos, que la institución ha tenido en distintos períodos de su historia.

Esta vez, se propone iniciar un proceso de discusión en las bases médicas a nivel nacional, y luego expandirlo a otros actores del mundo de la salud y la sociedad en general, en torno a temas y propuestas que tengan la característica de ser de alto consenso y efectividad sanitaria, y al mismo tiempo, tengan posibilidades reales de ser tratados próximamente en los espacios de toma de decisión como el Ministerio de Salud y el poder legislativo.

A continuación se presentan 10 líneas de acción, agrupadas en dos ejes estratégicos: **a) “Prevenir”** donde se presentan aquellas propuestas enfocadas en la promoción y prevención; **b) “Proteger”**, en el cual se agrupan estrategias que pretenden dar respuesta efectiva y equitativa a problemas de salud que afectan a la población.

Pretendemos con este trabajo iniciar un proceso de discusión y difusión colaborativo, que convoque a la sociedad en su conjunto, a construir un nuevo contrato social para la salud de Chile. Confiamos que este camino nos permitirá lograr avances reales en estas y otras líneas de acción. De esta forma reafirmamos nuestro compromiso con un Colegio Médico que tenga la salud de Chile como su principal horizonte.

2. PREVENIR

“Si alguien busca la salud, pregúntale si está dispuesto a evitar en el futuro las causas de la enfermedad”. Sócrates.

2.1 Medio ambiente

Territorios saludables y seguros para un buen vivir.

Diagnóstico

Actualmente existen 116 zonas de conflicto socioambiental a lo largo de nuestro país, en las cuales las poblaciones ven afectados sus derechos humanos producto de actividades industriales contaminantes. El mapa de conflictos socioambientales que presentó el Instituto Nacional de Derechos Humanos en 2018, reporta la existencia de 63 conflictos críticos. Las causas de estos conflictos son: 1) 80 casos en que la vulneración de derechos humanos ocurre con ocasión del lugar de la explotación o exploración, 2) 49 casos resultado de los residuos, emisiones e inmisiones de la industria y 3) 17 casos de uso y/o contaminación de recursos naturales (1).

En este contexto, la emergencia medioambiental que ocurre en la zona de Quintero-Puchuncaví es el ejemplo más elocuente de la urgente necesidad de enfrentar el impacto que tiene nuestro modelo productivo rentista y extractivista en la calidad de vida de la población que habita nuestro territorio (1).

Ruiz-Rudolph et al. (2), en un estudio que midió el impacto de las emisiones industriales en morbilidad en Chile, reportó un aumento de entre 10 y 20% en la mortalidad por cáncer y de 20 a 40% en la hospitalización por causas cardiovasculares y respiratorias en las comunas con plantas energéticas. Asimismo, otro estudio desarrollado por Prieto Parra L y colaboradores demostró que la exposición a contaminantes ambientales como PM2.5, NO2, and O3, se asociaron a exacerbación de síntomas respiratorios en niños con y sin asma en Santiago (3).

En nuestro país varias ciudades presentan niveles preocupantes de contaminación ambiental. En 2016, la Organización Mundial de la Salud estimaba que una de cada 9 muertes en el mundo es causada por la contaminación atmosférica (4,5). Según cifras publicadas por la OMS, 6 ciudades chilenas se encuentran entre las 20 más contaminadas de América (8). Hoy vivimos expuestos a exposiciones ambientales que nos enferman condicionando nuestra calidad de vida y nuestro futuro, lo que obliga a una reacción urgente.

Propuestas

A partir del diagnóstico presentado, creemos urgente avanzar en las siguientes medidas:

- 1) La inmediata homologación normativa con los estándares internacionales establecidos por la Organización Mundial de la Salud (9).
- 2) Detener el crecimiento del parque industrial en zonas de conflicto socioambiental.
- 3) Mejorar los sistemas de registro y monitoreo con la implementación de un Consejo de Vigilancia de Calidad de Aire para alertas tempranas.
- 4) Evaluación y actualización de los "Planes de descontaminación atmosférica, estrategia 2014 - 2018", del Ministerio de Medio Ambiente (5).
- 5) Impulsar decididamente la completa sustitución del uso de combustibles fósiles en el domicilio sustituyéndolo por alternativas más limpias y eficientes (7).

Referencias

1. Instituto Nacional de Derechos Humanos. **Mapa de Conflictos Socio-Ambientales**. Santiago, Chile. 2018.

2. Ruiz-Rudolph P, Arias N, Pardo S, Meyer M, Mesías S, Galleguillos C, Schiattino I, Gutiérrez L. **Impact of large industrial emission sources on mortality and morbidity in Chile: A small areas study.** Environ Int. 2016 Jul-Aug;92-93:130-8.
3. Prieto-Parra L, Yohannessen K, Brea C, Vidal D, Ubilla CA, Ruiz-Rudolph P. **Air pollution, PM2.5 composition, source factors, and respiratory symptoms in asthmatic and nonasthmatic children in Santiago, Chile.** Environ Int. 2017 Apr;101:190-200.
4. Organización Mundial de la Salud. **Ambient air pollution: A global assessment of exposure and burden of disease.** Ginebra, Suiza. 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250141/9789241511353-eng.pdf?sequence=1>.
5. Ministerio del Medio Ambiente. **Planes de descontaminación atmosférica, estrategia 2014 - 2018.** Gobierno de Chile. Santiago, Chile. 2014. Disponible en: <http://airechile.mma.gob.cl/download/Plan-Descontaminacion-Atmosferica-2014-2018.pdf>.
6. Organización Mundial de la Salud. **Preventing disease through healthy environments exposure to air pollution: A major public health concern.** Ginebra, Suiza. 2010. Disponible en: http://www.who.int/ipcs/features/air_pollution.pdf.
7. Organización Mundial de la Salud. **Interventions to reduce indoor air pollution.** Geneva, 2010. World Health Organization, Department for the Protection of Human Environment, Programme on Indoor Air Pollution (<http://www.who.int/indoorair/interventions/en/>).
8. Organización Mundial de la Salud. **WHO Global Urban Ambient Air Pollution Database** (update 2016). Geneva, 2016. Disponible en: http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/WHO_database_template_2017.xlsx?ua=1

2.2 Tabaco

Disminuir el consumo de tabaco, para la prevención de las enfermedades secundarias a su uso.

Diagnóstico

El tabaco ha sido identificado como uno de los mayores factores de riesgo de enfermedad a nivel mundial. Un estudio realizado en Chile, estimó que en el año 2012, el tabaco se identificó como causa de 7881 casos de cáncer, 20.191 infartos y hospitalizaciones por enfermedades cardíacas, dando cuenta de un 18% de todas las muertes del país (1). Según datos de la Organización Mundial de la Salud en 2018, Chile gasta 2.216 millones de dólares en enfermedades atribuibles al tabaquismo, lo que equivale al 11,2% del gasto en salud (2). Sin embargo, la recaudación al 2017 en impuestos asociados a cigarrillos, cigarros y tabaco fue de apenas \$ 978.696 millones (3).

Para hacer frente a esta realidad, el 2003, Chile adhirió al Convenio Marco para el Control del Tabaco, el primer tratado internacional, negociado bajo el amparo de la OMS como respuesta coordinada a la pandemia del tabaco. Este fue ratificado en junio de 2005 para entrar en vigencia con carácter de ley, en septiembre de ese mismo año. En los últimos años han existido diversos avances en esta materia enmarcados en la ley de tabaco (2013).

Durante los últimos años han existido 2 alzas al impuesto específico al tabaco en 2010 y 2012. Sin embargo, aún hay espacio para aumentar esta cifra y cambiar la estructura del impuesto pagado por las tabacaleras (4). Pese a que han existido avances, la última Encuesta Nacional de Salud (ENS 2016 - 2017), arrojó una prevalencia de hábito tabáquico de 33,3% en el país, llegando hasta un 44% en las personas de entre 30 y 49 años (5).

Existen muchas iniciativas efectivas validadas por evidencia, posibles de implementar en nuestro país. Por ejemplo, el uso de cajetillas planas o empaquetado genérico, podría generar un efecto disuasivo para empezar a fumar y un estímulo demostrado a la cesación (6,7).

Propuestas

Consideramos 3 áreas de propuestas para avanzar en la lucha contra el tabaquismo:

1. Completar la implementación del Convenio Marco en nuestro país:

- a) Implementación de programas de cesación, con cobertura financiera y que garanticen el acceso a toda la población adicta.
- b) Creación de una Comisión Coordinadora Control del Tabaco, que articule y de seguimiento las diversas iniciativas existentes en nuestro país.
- c) Incorporar en la legislación medidas destinadas a terminar con el comercio ilícito.
- d) Avanzar en que los ambientes abiertos de uso público, estén completamente libres de humo de tabaco.

2. Implementar otras medidas costo-efectivas:

- a) Disminución del tamaño máximo de las cajetillas.
- b) Prohibición de exhibición de los productos de tabaco en los puntos de venta.
- c) Implementación del empaquetado genérico o cajetilla plana

3. Políticas fiscales

- a) Modificar la estructura del impuesto al tabaco, gravando la unidad (cigarrillo) y no la cajetilla. En otras palabras, eliminar el Ad Valorem y dejar sólo un Impuesto Específico por cigarrillo que sea suficientemente alto como para compensar la recaudación que se perdería por la eliminación del Ad Valorem y que signifique un mayor impacto en la disminución del consumo.

Referencias

1. Castillo M. **Carga de enfermedad y costos sanitarios atribuibles al tabaco en Chile**. Departamento de Economía de la Salud (DESAL) División de Planificación Sanitaria MINSAL, 2014, Santiago de Chile.
2. Organización Panamericana de la Salud. **Informe sobre el control del tabaco en la región de las Américas, 2018**. Washington, D.C.: OPS; 2018.

3. Servicio de Impuestos Internos. **Reporte Estadístico 2018**. Gobierno de Chile. 2018.
4. Chile Libre de Tabaco. **¿Por qué subir los impuestos al tabaco en Chile?**. Santiago, Chile. 2014. Disponible en: http://www.chilelibredetabaco.cl/wp-content/uploads/2014/05/Impuesto_al_tabaco_por_MTV_con_infografias.pdf.
5. Ministerio de Salud. **Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primeros resultados**. Gobierno de Chile. 2017. Disponible en: http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
6. Organización Panamericana de la Salud. **Percepción de riesgo en el diseño de las cajetillas de cigarrillos en adolescentes de 8° básico a 4° medio, Región Metropolitana, Chile, 2015**.

2.3 Alcohol

Consumo de alcohol, daños asociados y políticas necesarias.

Diagnóstico

El consumo nocivo de alcohol es un factor causal de más de 60 enfermedades, se asocia a muerte y discapacidad y conlleva consecuencias económicas y sociales (1-3). El consumo de alcohol es el mayor factor de riesgo en Chile medido en años de vida perdidos por muerte y discapacidad (4), causando de manera directa e indirecta más de 8500 muertes anuales (5). Se estima que el consumo de alcohol le cuesta al país el 3,4% del PIB (3.000 millones de dólares) (6).

Chile no sólo es el mayor consumidor de alcohol per cápita de América Latina; la población chilena consume alcohol de manera altamente dañina: concentrada en pocos días y con alto consumo (7). De hecho, un 16.2% de los chilenos consumen de manera episódica excesiva, la que es mayor en individuos con menor nivel educacional (8). Chile tiene, además, altos niveles de daños a terceros por alcohol (9).

Las políticas de mayor costo-efectividad para reducir el consumo de alcohol consisten en disminuir la disponibilidad, aumentar el precio y reducir el marketing (DAM) (10). Otras políticas costo-efectivas incluyen las intervenciones breves, regulaciones estrictas para conductores y el control de la venta ilegal (11). La Estrategia Nacional de Alcohol incluye las intervenciones de mayor costo-efectividad, pero el progreso en su implementación ha sido lento (6). De las tres medidas más costo-efectivas, sólo se ha concretado un aumento marginal a los impuestos al alcohol, que no cubre la totalidad de los costos asociados al consumo (12). La disponibilidad de alcohol regulada en la Ley de Alcoholes sigue siendo amplia, con horarios extensos y dificultad en disminuir el número de puntos de venta. La regulación del marketing de alcohol ha sido contemplada en las modificaciones a la Ley de Alcoholes que se discuten en el Congreso Nacional desde el año 2007, cuyo alcance ha disminuido en la medida que se impone un fuerte lobby de la industria del alcohol.

Propuestas

1. Aumento del precio. La estructura actual del impuesto al alcohol (ad-valorem) no permite ajustar adecuadamente el impuesto a la inflación. Se sugiere aumentar el impuesto y modificar su estructura incorporando un componente de impuesto específico. Una alternativa es implementar un precio mínimo por gramo de alcohol puro (minimum unit pricing), similar a lo recientemente implementado en Escocia.

2. Restricción de la publicidad. Se requiere una prohibición total de la publicidad de alcohol en medios de prensa tradicionales y electrónicos, redes sociales y espacios públicos, como se han implementado en Finlandia y Francia.

3. Disminución de puntos de venta. La Ley de Alcoholes establece una tipología compleja con 18 tipos de puntos de venta, horarios extensos y mecanismos poco eficientes para reducir la cantidad de locales. Se requiere simplificar la tipología, reducir el horario permitido, eliminar excepciones (Fiestas Patrias y Año Nuevo) y establecer mecanismos comunitarios para declarar zonas saturadas donde no se permita el otorgamiento o traslado de nuevas patentes.

Referencias

1. Global Burden of Disease Collaborators. **Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016.** Lancet . 2018;392(10152):1015-35.
2. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. **Alcohol : no ordinary commodity : research and public policy. 2nd ed.** Oxford: Oxford University Press; 2010.xv, 360 p. p.
3. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. **Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders.** Lancet. 2009;373(9682):2223-33.
4. Ministerio de Salud. **Informe Final: Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible.** Santiago, Chile, 2008.

5. Castillo-Carniglia A, Kaufman JS, Pino P. **Alcohol-attributable mortality and years of potential life lost in Chile in 2009.** Alcohol Alcohol. 2013;48(6):729-36.
6. Ministerio de Salud. **Estrategia Nacional sobre Alcohol: Reducción del consumo de riesgo y sus consecuencias sociales y sanitarias.** In: Salud Md, editor. Santiago de Chile. 2010.
7. Margozzini P, Sapag J. **Consumo riesgoso de alcohol en Chile: tareas pendientes y oportunidades para las políticas públicas [Risky alcohol drinking in Chile: pending issues and opportunities for public policies]** 2015; 75.
8. Peña S, Makela P, Valdivia G, Helakorpi S, Markkula N, Margozzini P, et al. **Socioeconomic inequalities in alcohol consumption in Chile and Finland. Drug and alcohol dependence.** 2017;173:24-30.
9. Room R, Callinan S, Greenfield TK, Rekve D, Waleewong O, Stanesby O, et al. **The social location of harm from others' drinking in 10 societies.** Addiction.0(0).
10. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. **Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol.** Lancet. 2009;373(9682):2234-46.
11. World Health Organization. **Global status report on alcohol and health 2018.** Geneva, Switzerland. 2018.
12. Gallardo P. **Impuesto a alcoholes recauda más de US\$1.128 millones desde inicio de la Reforma Tributaria.** La Tercera. 10 de Junio, 2018.

2.4 Nutrición

“Acceso a una alimentación saludable como derecho social”.

Diagnóstico

Según las estimaciones del último estudio de Carga Mundial de Enfermedad (1), los dos principales factores de riesgo para enfermar y morir prematuramente en Chile son el índice de masa corporal elevado y la dieta inadecuada. La población chilena tiene un bajo consumo de frutas y verduras, además de un alto consumo de bebidas azucaradas y carnes rojas. El índice de masa corporal elevado y las dietas pocos saludables están asociados a un riesgo aumentado de sufrir enfermedades cardiovasculares (2,3) y diversos tipos de cánceres en la población. La Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 indica que en Chile un 74,2% de la población sufre de malnutrición por exceso, con una prevalencia de obesidad de 34,4% (4), más de nueve puntos porcentuales por sobre lo reportado el año 2010 (5). Un estudio publicado por investigadores chilenos, concluyó que el país gasta un 0,5% del producto interno bruto, en enfermedades secundarias a la malnutrición por exceso.

Pese a que en los últimos años se han implementado políticas con potencial de contribuir a mejorar las dietas de la población, tales como el etiquetado frontal (6) y el incremento del impuesto a las bebidas azucaradas con resultados promisorios (7), es poco probable que estas medidas por sí solas logren dar solución a un problema de tal magnitud.

En este contexto, se hace prioritario avanzar en un conjunto de medidas que permitan enfrentar de manera integral la alta prevalencia de dietas poco saludables en el país.

Propuestas

Para mejorar las dietas de la población se debe incidir en al menos tres vías (8):

1. Incrementar la asequibilidad y disponibilidad de opciones saludables: una serie de medidas pueden implementarse en el corto plazo con este objetivo, tales como:

- Subsidios focalizados para facilitar la compra de frutas y verduras.
- Asociación con productores, feriantes y usuarios.
- Entrega de incentivos tributarios para ferias libres y otros canales de distribución de alimentación saludable local en lugares de baja accesibilidad.
- Incrementar la oferta de alimentación saludable en Escuelas y sus entornos.
- Obligatoriedad de oferta de agua gratuita en lugares de venta de alimentos recién preparados (restaurantes y otros).

2. Restringir la publicidad de alimentos ultra-procesados: extender la actual regulación para restringir su presencia en actividades deportivas, instituciones públicas, puntos de venta y espacios frecuentados por niños.

3. Disminuir la asequibilidad y disponibilidad de dietas poco saludables: Es posible avanzar en una serie de medidas tales como:

- La implementación de un impuesto a los alimentos ultra-procesados (7).
- Limitar el uso de subsidios de alimentación (ej. Beca JUNAE) para la compra de alimentos ultra-procesados.
- Extender etiquetado frontal obligatorio para todos los alimentos.
- Información nutricional obligatoria en menús y puntos de venta de comida recién preparada.
- Implementar política de porciones máximas de bebidas en puntos de venta directa.
- Prohibir la promoción de alimentos ultraprocesados en puntos de venta.

Referencias

1. IHME. **Global Burden of Disease 2015. Risk factors.** Chile.
2. Micha , Pe alvo , Cudhea F, Imamura F, Rehm CD, Mozaffarian D. **Association Between Dietary Factors and Mortality From Heart Disease, Stroke, and Type 2 Diabetes in the United States.** JAMA 2017;317(9):912.

3. Connor, M, Mamura F, Entjes MAH, Khaw K-T, Wareham NJ, Forouhi NG. **Prospective associations and population impact of sweet beverage intake and type 2 diabetes, and effects of substitutions with alternative beverages.** Diabetologia 2015;58(7):1474–83.
4. Ministerio de Salud. **Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.** Primeros resultados. Gobierno de Chile. 2017. Disponible en: http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
5. Ministerio de Salud. **Encuesta Nacional de Salud.** Chile 2009-2010. Gobierno de Chile. 2010.
6. Hawkes C, Jewell J, Allen K. **A food policy package for healthy diets and the prevention of obesity and diet-related non-communicable diseases: the NOURISHING framework.** Obesity. 2013;14(S2):159–68.
7. Agostini C, Corbalán C, Cuadrado C, Martínez C, Paraje . **Evaluación y Aplicación de Impuestos a los Alimentos con Azúcares para la Salud en Chile.** Banco Interamericano de Desarrollo; 2018.
8. Recomendaciones basadas en una versión simplificada del marco NOURISHING desarrollado por la World Cancer Research Fund (WCRF) para la prevención de los factores dietarios relacionados con el cáncer, aplicando ejemplos locales de su posible implementación.

2.5 Educación sexual integral

“Por el desarrollo de una sexualidad libre, plena y basada en el respeto”

Diagnóstico

La educación sexual integral (ESI) se define como la enseñanza y aprendizaje sistemático para dotar a la niñez y juventud de competencias sobre sexualidad orientadas a su desarrollo integral, la toma de decisiones responsables, el cuidado del propio cuerpo, y la generación de relaciones basadas en el respeto. Esta tiene sus fundamentos en datos empíricos, bajo un enfoque de género y derechos humanos. El término integral se refiere a que abarca la gama completa de perspectivas desde aspectos biológicos, sociales, afectivos y éticos, adecuándose a cada etapa del desarrollo (1).

A nivel internacional, se ha confirmado la importancia de promover planes de educación sexual integral con enfoque de género, por su efecto en la reducción de conductas de riesgo y aumento en el uso de preservativos de barrera y anticoncepción, con impacto en la reducción de las tasas de embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual y abuso sexual. Por el contrario, se ha comprobado que los programas que promueven únicamente la abstinencia no tienen efecto en el retraso de la iniciación sexual ni en la reducción de infecciones de transmisión sexual (1-3).

En Chile, la educación sexual está insuficientemente garantizada. Solo desde el 2010, la Ley 20.418 estipula que los establecimientos de educación de enseñanza media deben incluir un programa de educación sexual, el cual “según sus principios y valores” incluya contenidos que promuevan una sexualidad responsable e informen sobre los diversos métodos anticonceptivos existentes y autorizados (4). Esta legislación tiene una serie de deficiencias, al dejar a la voluntad de los establecimientos la enseñanza de educación sexual, iniciar tardíamente su aplicación en la enseñanza media. Esto ha significado una débil implementación de la política (5).

En el último periodo, se han hecho evidentes los deficientes resultados que ha tenido esta política: entre ellos, la transmisión de nuevos casos de VIH ha aumentado en un 96% desde el 2010 al 2017 (6). Preocupantemente, esta alza se dio en su mayoría en la población entre 15 y 25 años. Así mismo, la última ENS indica que en este grupo de edad sexualmente activo, apenas un 22% utiliza preservativo en sus relaciones sexuales (7).

Propuestas

1. Diseño e implementación de un Programa de Educación Sexual Integral garantizado, basado en conocimientos científicos actualizados, con enfoque de género y respetuoso con la diversidad sexual. Este debe contemplar contenidos a ser impartidos de forma continua desde la primera infancia hasta la educación universitaria, adecuándose a la edad y desarrollo de los niños, niñas y adolescentes. También, este debe ser flexible para adaptarse a las realidades locales con pertinencia cultural (2).

2. Implementación a nivel nacional del programa ESI en todos los establecimientos públicos y privados. Estudios han mostrado que la modificación o adaptación de los programas de educación sexual por los establecimientos pueden disminuir su efectividad, por ejemplo a través de la reducción del número o duración de las sesiones, eliminación de contenidos clave, y la destinación de un menor número de recursos humanos, entre otros (2).

3. Incorporación de los contenidos y habilidades necesarias para la enseñanza del programa ESI en las mallas curriculares de los y las profesionales de la educación.

4. Complemento de la ESI con actividades comunitarias que han demostrado efectividad, tales como la distribución de preservativos, capacitación de profesionales de la salud para proveer servicios amigables con niños, niñas y adolescentes y la incorporación activa de las familias y profesionales de la salud en los programas de ESI (2,3).

Referencias

1. UNESCO. **Por qué es importante la educación integral en sexualidad. 2018.** Disponible en : <https://es.unesco.org/news/que-es-importante-educacion-integral-sexualidad>.

2. UNESCO. **International Technical Guidance on Sexuality Education: An evidence-informed approach (Revised edition).** París, Francia. 2018. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0026/002607/260770e.pdf>.

3. Montgomery P, Knerr W. **Review of the evidence on sexuality education: report to inform the update of the UNESCO International technical guidance on sexuality education.** 2018; 67p. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0026/002646/264649E.pdf>.
4. Walsh, K., Zwi, K., Woolfenden, S., & Shlonsky, A. (2015). **School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse.** Cochrane Database of Systematic Reviews, 4, CD004380.
5. Ministerio de Salud. Ley 20418: **Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad.** Gobierno de Chile. 2010.
6. IPPF. **Barómetro latinoamericano sobre el acceso de las mujeres a los anticonceptivos Modernos.** 2018. Disponible en: https://www.ippfwhr.org/wpcontent/uploads/2018/08/Barometro-v2__1_.pdf
7. UNAIDS. **Chile fact sheets.** 2017. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/chile>.
8. Ministerio de Salud. **Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.** Primeros resultados. Gobierno de Chile. 2017. Disponible en: http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf

3. PROTEGER

“Solo sirven las conquistas científicas sobre salud si éstas son accesibles al pueblo”
Dr. Ramón Carrillo.

3.1 Financiamiento

“Transición hacia un aseguramiento solidario y equitativo”

Diagnóstico

El envejecimiento poblacional, la alta prevalencia de factores de riesgo y hábitos de vida no saludables (1), acompañados de un mercado de tecnologías y medicamentos que genera costos ascendentes (2); constituyen factores que obligan al país a repensar la forma en que organizamos la acción sanitaria, con el objetivo de lograr los mejores resultados, al menor costo posible. El sistema de financiamiento es relevante para enfrentar estos desafíos.

Nuestro país cuenta con un sistema de financiamiento fragmentado y segmentado, financiado con aportes de las personas (aproximadamente dos tercios de los recursos entre cotizaciones y gasto de bolsillo) y aportes del estado (aproximadamente un tercio de los recursos) (3). El gasto de bolsillo es uno de los más altos de los países de la OCDE y es considerado como una importante barrera de acceso a prestaciones de salud (4).

El sector privado (ISAPRE) logra seleccionar individuos con alta capacidad de pago y bajo riesgo de enfermar, recibiendo en forma integral los dineros provenientes de su cotización (en promedio 10% del salario) a cambio de alguno de los múltiples planes que esta industria ofrece (5). La falta de regulación permite entre otras cosas, que estas entidades puedan aumentar las primas en forma unilateral, forzando a los individuos a migrar “de vuelta” al seguro público cuando su riesgo de salud aumenta y su capacidad de pago disminuye, por encontrarse en una etapa laboralmente inactiva. Esto se refleja en una alta proporción de individuos entre 25 y 60 años asegurados por alguna ISAPRE, en torno al 30% de la población, cifra que cae a menos del 10% por sobre los 70 años (4). El dinero aportado con sus cotizaciones por el tiempo en que estas personas estuvieron en una ISAPRE, no vuelve con ellos al seguro público, ya que año a año estas instituciones retiran como utilidades el saldo de su operación, generando ganancias del orden de miles de millones de pesos al año para la industria (6); dineros que no se usaron para pagar acciones de salud necesarias.

Por otra parte, en el seguro público (FONASA) se agrupa el 80% de la población, tiene una mayor proporción de mujeres, niños y adultos mayores, pero pese a contar con esta población de mayor riesgo de enfermar, cuenta con un financiamiento per cápita menor al de las personas aseguradas por las ISAPRE (5). El funcionamiento de este mercado, genera una puja por la captación de recursos humanos hacia el sector privado (con mayor capacidad de pago y una cartera de menor riesgo), que se evidencia en que más del 50% de las horas médicas disponibles en Chile están en el sector prestador privado, para la atención de menos del 15% de quienes están asegurados por este sistema (7).

Propuestas (8,9)

1. Reorientar el sistema, hacia un financiamiento de la salud que opere bajo las lógicas de la seguridad social, donde la solidaridad tenga ocupe un lugar central, mancomunando en un único fondo, los recursos de la seguridad social destinados a salud.
2. El gasto público debe incrementarse progresivamente hasta alcanzar el 6% del PIB en el corto plazo.
3. El sistema de salud debe empezar a funcionar como un conjunto, incorporando mecanismos de pago comunes enfocados en resultados, más que el pago por prestaciones que predomina hoy en el sector privado.
4. Avanzar hacia la cobertura universal, para todas las personas del territorio nacional, independiente de la capacidad de pago, que sea explícita en un amplio conjunto de patologías y condiciones de salud; con tiempos límites de espera para las atenciones, que incorpore el criterio clínico en su priorización.
5. Los cambios en el sistema de financiamiento, deben centrarse en el fortalecimiento del sector público de salud, donde se atiende la mayoría de la población, con mayor riesgo de enfermar y donde se concentra la mayor necesidad de recursos humanos y financieros.

Referencias

1. Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología. **Encuesta Nacional de Salud 2016 – 2017.** Gobierno de Chile. 2017.
2. Organización Panamericana de la Salud. **El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicas y de alto costo.** Resolución CD55R9. 2016;3.
3. Villalobos P. **Sistemas de Financiamiento y aseguramiento de Salud: Reformas y Alternativas para Chile. Los casos de Australia, Alemania, Holanda, Corea del Sur y Reino Unido.** Supt Salud Chile [Internet]. 2017;99. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-14790_recurso_1.pdf
4. Villalobos Dintrans P. **Out-of-pocket health expenditure differences in Chile: Insurance performance or selection? Health Policy (New York)** [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2017;122(2):184–91.
5. Cid C, Aguilera Sanhueza X, Arteaga Herrera Ó, Barría Iromué S, Barría Gutiérrez P, Castillo Taucher C, et al. **Comisión Asesora Presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema privado de salud. Informe Final** [Internet]. 2014. 212 p. Disponible en: http://web.minsal.cl/wpcontent/uploads/2016/05/INFORME-FINAL_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf
6. Cid C, Uthoff A. **La reforma a la salud pendiente en Chile: reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema.** *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2017;1–9. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34509>
7. Ministerio de Salud. **Estudio determinación de brecha de médicos generales y especialistas según metodología de tasas de uso de prestaciones médicas y especializadas en Chile.** Gobierno de Chile. 2017.
8. Comisión formada por Escuela de Salud Pública Universidad de Chile y Colegio Médico de Chile. **Propuestas para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile. 2018.**
9. Estay R, Cuadrado C, Crispi F, González F, Francisco A, Cabrera N, Libuy M. **Financiamiento de la Salud en Chile. Elementos para la discusión de una reforma necesaria.** *Cuad Med Soc.* 2017. Disponible en: <http://cms.colegiomedico.cl/2018/04/25/financiamiento-de-la-salud-en-chileelementos-para-la-discusion-de-una-reforma-necesaria/>.

3.2 Trasplante y donación de órganos

"Consolidar una estrategia para asegurar la donación suficiente y gestión oportuna".

Diagnóstico

El trasplante de órganos sólidos es una intervención médica con demostrados beneficios en sobrevida y costo efectividad (1). Pese a esto, a nivel global, existe una brecha entre la necesidad de órganos y su disponibilidad efectiva para ser trasplantados (2).

Si el año pasado será recordado como uno de los más exitosos en materia de donación y trasplante de órganos, este año las cifras distan mucho de ser optimistas. A septiembre del año en curso, se han procurado 81 donantes de órganos, cifra 40% más baja que la del año 2017 (3). Esto se traduce en un aumento de nuestras listas de espera, que hoy alcanzan a 1516 pacientes.

Tenemos la capacidad de trasplantar el doble de lo que hacemos. Contamos con una Coordinadora Nacional de Trasplantes, dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en funcionamiento hace 8 años. Durante este tiempo se han formado redes de profesionales médicos(as) y enfermeros(as) a cargo de la detección, diagnóstico y mantención de posibles donantes así como de realizar la entrevista a sus familias solicitando manifestar voluntad o rechazar la donación. Sin embargo, esta entidad no ha sido dotada de la fuerza y resolutivez necesarias, para vigilar la actividad de procuramiento, por lo que todavía enfrentamos déficits de camas críticas, especialistas en neurología y disponibilidad de tecnología. Además, históricamente, en Chile se mantiene una negativa a la donación por parte de los familiares de un 50% (2).

Propuestas (4):

1. Fortalecer la institucionalidad de la Coordinadora Nacional de Trasplantes, dotándola de mayor autonomía, y capacidad de gestión en instituciones de salud públicas y privadas.
2. Generar mínimas condiciones estructurales y administrativas que permitan a quienes se desempeñan en servicios de urgencia y unidades de cuidado intensivo detectar y sostener a potenciales donantes en el marco de un compromiso y apoyo explícito del sistema de salud y cada centro en particular.

3. Detectar modelos de autogestión actualmente exitosos en Chile, para estudiarlos en detalle y así replicar sus procesos y fórmulas, en otros centros similares.
4. Establecer una política intersectorial, con las carteras de Educación y Cultura, para instalar en el país el cambio cultural necesario para ser “un país donante”.
5. Generar condiciones para el fortalecimiento de instituciones comunitarias y organizaciones no gubernamentales, que apoyan a agrupaciones de pacientes y familiares, reconociendo su importancia para asentar una cultura por la donación en Chile.

Referencias

1. Domínguez J, Harrison R, Atal R, Larraín R. **Cost-benefit estimation of cadaveric kidney transplantation: the case of a developing country.** Transplant Proc 2011; 43 (6): 2300-4.
2. EDQM. **Newsletter Transplant, 2016. International Figures on Donation and Transplantation.** EDQM, Vol. 22, 2017.
3. Ministerio de Salud. **Datos trasplantes a agosto de 2017. Gobierno de Chile.** 2017. Disponible online en: <http://web.minsal.cl/wpcontent/uploads/2017/09/Datos-Pa%CC%81gina-Enero-Agosto-2017.pdf>
4. Arriagada A, Maquilón S, Benítez C. **Donación y trasplante de órganos en Chile.** Rev. méd. Chile [Internet]. 2018; 146(5): 675-676. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000500675&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000500675>.

3.3 Fármacos

Garantizar el acceso a medicamentos para proteger la salud de la población.

Diagnóstico

Una de las grandes deudas del sistema de salud chileno es su escasa protección financiera en el acceso a medicamentos. Este ítem es la principal causa de gasto de bolsillo de los hogares (38% del total), siendo especialmente alto en adultos mayores (1,2). Esta realidad incrementa las inequidades en el acceso a bienes esenciales para la mantención y recuperación de la salud. Resulta importante destacar que el gasto de bolsillo puede transformarse en catastrófico para hogares de todos los niveles socioeconómicos (1). Esto recalca la necesidad de una política de protección universal, que apunte a garantizar el acceso de la población evitando el gasto de bolsillo.

Hay a lo menos tres elementos relevantes del contexto nacional a tener en consideración en este problema:

1) Alto gasto en medicamentos de marca: El 75% de las compras de CENABAST corresponde a medicamentos originales y apenas un 15% a genéricos sin marca (3). En el caso de las ventas en farmacias, un 41% corresponden a medicamentos originales, 53% a genéricos con marca y apenas un 6% a genéricos sin marca (3).

2) Altos precios de los medicamentos de marca: los medicamentos de marca tienen uno de los precios más altos de la región, incluso mayores que en varios países desarrollados.

3) Mercado de “genéricos no-genéricos”: existe una alta penetración de los denominados “genéricos de marca”, los cuales no han demostrado ninguna efectividad clínica superior a los genéricos y no tienen ningún tipo de tecnología innovadora. No obstante, tienen precios mayores, incrementando innecesariamente el gasto de las personas y el sistema de salud.

Dicho esto, es evidente que en Chile, uno de los problemas relevantes está en el alto gasto que se produce para las personas y el Estado, secundario a la compra de medicamentos innovadores y de marca.

Propuestas

Para incrementar la protección financiera se debe incidir por tres vías:

1. Reducir precios de medicamentos innovadores

Avanzar en la implementación de todas las herramientas que pueden permitir reducir precios en este segmento, tales como el uso de precios de referencia externa (4), regulaciones de márgenes en la cadena de distribución (5), uso de licencias obligatorias (6), negociación y compra conjunta y tarificación basada en valor. Centramos este análisis en los medicamentos innovadores con patente y sin alternativas de la misma clase terapéutica con patente vencida, debido a que no pueden ser sustituidos por medicamentos genéricos de menor precio y representan una proporción mayor proporción del público y privado.

2. Incentivar consumo de medicamentos genéricos (sin marca):

Favorecer la intercambiabilidad mediante una política de bioequivalencia efectiva sobre el total de los principios activos, asegurando calidad terapéutica y con la implementación de una receta médica basada en denominación común internacional (7). Por otro lado, prohibir de manera estricta el marketing dirigido a prescriptores y dispensadores por parte de la industria farmacéutica. Así mismo, se requiere generar incentivos a la utilización de genéricos mediante políticas de reembolso.

3. Mejorar la cobertura de medicamentos ofrecida a la población:

Este proceso requerirá instalar mecanismos formales de Evaluación de Tecnología Sanitaria (ETESA) para la decisión de incorporación de todo nuevo medicamento al sistema (8). Para definir el nivel de reembolso de cada medicamento, políticas de reembolso fijo usando como referencia interna el precio de los genéricos, aseguran protección financiera, generando al mismo tiempo un incentivo a la utilización de genéricos.

4. Re considerar el rol del estado como proveedor de medicamentos, bajo una visión global; integrando las experiencias de las farmacias de la red pública de salud y otras como las farmacias comunitarias, identificando mecanismos de coordinación y buenas prácticas que permitan una mejoría en la oportunidad de entrega de fármacos en cada territorio.

Referencias

1. Bruzzo S, Henríquez J, Velasco C. **Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada desagregada**. Puntos de Referencia N 478. Centro de Estudios Públicos 2018.
2. Cid Pedraza C, Prieto Toledo L. **Gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile 1997-2007**. Rev Pan Salud Publica. 2010;31(4)310-16.
3. Ministerio de Salud. 2017. **Diagnóstico del mercado de medicamentos en Chile, año 2015**. Ministerio de Salud – Ministerio de Hacienda.
4. Organización Mundial de la Salud. **WHO Guideline on Country Pharmaceutical Pricing Policies**. Geneva: World Health Organization; 2013. 9.8 Annex H, Evidence summary 4 – Use of external reference pricing. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK258618/>
5. Organización Mundial de la Salud. **WHO Guideline on Country Pharmaceutical Pricing Policies**. Geneva: World Health Organization; 2013. 9.5 Annex E, Evidence summary 1 – Regulation of mark-ups in the pharmaceutical supply chain. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK258615/>
6. Hoenes J, et al. **Medicine procurement and the use of flexibilities in the Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights, 2001–2016**. Bulletin of the World Health Organization 2018;96:185-193. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.199364>
7. Organización Mundial de la Salud. **WHO Guideline on Country Pharmaceutical Pricing Policies**. Geneva: World Health Organization; 2013. 9.9 Annex I, Evidence summary 5 – Promotion of the use of generic medicines. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK258634/>
8. Organización Mundial de la Salud. **WHO Guideline on Country Pharmaceutical Pricing Policies**. Geneva: World Health Organization; 2013. Annex J, Evidence summary 6 – Use of health technology assessment. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK258623/>

3.4 Plan de cáncer

Una estrategia para proteger oportunamente a quienes sufren de enfermedades neoplásicas.

Diagnóstico

La transición demográfica, ha producido un aumento progresivo de patologías no transmisibles, que actualmente representan el 82% de la carga de enfermedad en nuestro país. El cáncer es la primera causa de carga de enfermedad en Chile (14%) por encima de las enfermedades cardiovasculares (1).

Actualmente, el cáncer es la segunda causa de muerte en nuestro país después de las enfermedades cardiovasculares, con 24.592 fallecidos en 2013 (25,6% del total de muertes) y una tasa de mortalidad 139 por 100.000 habitantes (2). Son sin embargo, la primera causa de carga de enfermedad, con el 13,8% del total de Años de Vida Perdidos ajustados por Discapacidad (AVISA) en 2013.

Se ha evidenciado un aumento progresivo de las defunciones provocadas por cáncer, estimándose que al año 2020 ésta será la primera causa de muerte en Chile. Según las estimaciones realizadas en base a la información proveniente de los registros poblacionales de cáncer y de la mortalidad entre 2003 y 2007 (4), la tasa de incidencia anual de cáncer en Chile fue de 216,9 por 100 mil habitantes, lo que equivale a aproximadamente 35.000 casos nuevos al año.

A pesar de que el programa GES otorga protección financiera para el diagnóstico y tratamiento de los cánceres de mayor prevalencia, aún existen importantes brechas de cobertura y acceso. Existen serios problemas para satisfacer la creciente demanda de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cáncer, tanto desde un punto de vista de la cantidad de atenciones, como de la calidad de las mismas. Además, no existe una continuidad en el proceso de atención oncológica ni un hilo conductor que guíe y acompañe a la persona con cáncer desde su diagnóstico hasta su desenlace.

Propuestas (5)

1. La creación de una Agencia Chilena del Cáncer, como organismo descentralizado que pueda coordinar efectivamente de todas las acciones relacionadas con el cáncer en forma integral, intersectorial y cooperativa.
2. La Estrategia Nacional del Cáncer, debe contener aspectos relacionados con la promoción, prevención, tratamiento, investigación, formación de recursos humanos, rehabilitación, y cuidado continuo de los pacientes y sus familias. El objetivo de ésta será reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer, aumentando la sobrevivencia, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, mediante intervenciones equitativas, eficientes y basadas en evidencia, que abarquen todo el ciclo vital.
3. Los objetivos estratégicos, líneas de acción, metas e indicadores deben contar con cinco componentes para mantener el desarrollo constante y puesta al día de la disciplina:
 - a) Formación de Recursos Humanos.
 - b) Acceso a fármacos oncológicos, incluyendo los de alto costo en base a criterios transparentes de costo-efectividad. El proceso de selección de estos fármacos debe estar exento de conflictos de interés con la industria.
 - c) Promoción Intersectorial de la Salud a nivel local y nacional, para abordar los factores de riesgo comunes para el desarrollo de cáncer.
 - d) Establecimiento de tiempos de espera máximos para el tratamiento de un listado de cánceres desde su diagnóstico, en complemento a lo que existe en el GES, que incorpore el criterio clínico.
4. Fortalecer el rol de la Atención Primaria de la Salud con un Programa de Cáncer APS, para promover la prevención y el diagnóstico precoz. Implementar a este nivel un programa de acompañamiento de pacientes y sus familias, y brindar el apoyo psicológico y social durante el tratamiento y la rehabilitación.
5. Crear una red especializada en cáncer en el sistema público, que contemple tratamiento e investigación, y permita el acceso a estas prestaciones en todo el territorio.

Referencias

- (1) Institute of Health Metrics and evaluation. **Global Burden of Disease Compare. Data visualization.** 2013. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. Accessed June 29, 2016.
- (2) Departamento de Estadística e Información en Salud. **Tasa de Tumores Malignos según Sexo, Chile 1997-2013.** Ministerio de Salud de Chile 2013. Disponible en: <http://www.deis.cl/series-y-graficos-demortalidad/>
- (3). Departamento de Estadística e Información en Salud. Ministerio de Salud de Chile. **Defunciones, mortalidad observada y ajustada por tumores.** Chile 2000-2013. 2013. <http://www.deis.cl/series-ygraficos-de-mortalidad/>
- (4) Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud. **Estimación de Incidencia de Cáncer Para Chile 2003-2007.** Santiago de Chile; 2012. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/wpcontent/uploads/2016/06/ESTIMACIÓN-DE-INCIDENCIA-DE-CÁNCERPARA-CHILE-2003-2007>
- (5) Ministerio de Salud. **Estrategia Nacional de Cáncer. Chile 2016.** Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/10/Estrategia-Nacional-de-Cancer-version-consulta-publica.pdf>

3.5 Envejecimiento

"Protección de las personas a través de todo el ciclo vital, promoviendo un envejecimiento activo y saludable".

Diagnóstico

Chile está experimentando una transición demográfica avanzada, en la cual la disminución de la tasa de natalidad y el aumento de la expectativa de vida han generado un envejecimiento poblacional acelerado (1). Así, el Censo 2017 devela que la población de personas mayores de 65 años, aumentó desde un 6,6% del total de la población en 1992, hasta un 11,4% en 2017 (2)

El incremento de la proporción de personas mayores, trae desafíos sustantivos para la sociedad en su conjunto, y de forma relevante para el sistema de salud. Las personas mayores tienen necesidades de salud que muchas veces no están adecuadamente cubiertas por el sistema e incurren en un mayor uso de los servicios de salud cuando se les compara con personas de menor edad. También, este grupo tiene mayor riesgo de dependencia, el que aumenta significativamente sobre los 85 años.

Debido a la estructura y regulaciones de nuestro sistema de salud, el sistema público hoy provee cobertura a la mayoría de los adultos mayores de nuestro país. Además, los adultos mayores del sistema público tienen una prevalencia de enfermedades crónicas mayor que los del sector privado (3).

Diversas políticas se han implementado a nivel nacional, principalmente en el sistema público, en torno a los cuidados de personas mayores. El Ministerio de Salud ha desarrollado un conjunto de programas y prestaciones, tales como el EMPAM (Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor) en atención primaria, el PNAC (Programa de Alimentación Complementaria) y el Programa MAS Adultos mayores autovalentes. También destaca la creación en el 2002 del SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor), organismo público dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, que ha implementado múltiples iniciativas, entre las que destaca el financiamiento de residencias y centros diurnos para adultos mayores, y la implementación de un programa de cuidados domiciliarios.

Sin embargo, aún existe una importante brecha en cuanto a la protección de los adultos mayores y la promoción del envejecimiento activo en el país. Un área que está especialmente en deuda son los cuidados de largo plazo. Estos se definen como los servicios que requieren las personas en situación de dependencia en sus actividades de la vida diaria por un periodo largo de tiempo, incluyendo residencias especializadas, centros diurnos, cuidados domiciliarios y apoyo a los cuidadores en términos de beneficios (4).

Chile tiene una cobertura de cuidados de largo plazo que es extremadamente baja. Se ha calculado que poner en marcha un sistema de cuidados de largo costaría alrededor de un 0,45% del PIB, siendo que el presupuesto total del SENAMA es solo de un 0,07% del presupuesto central (4,5). Menos de 2000 personas tienen acceso a los programas estatales de dependencia, aún cuando se ha estimado que existen más de 400 mil individuos que los requerirían (6). Esta falta de cobertura pública resulta en que la mayoría de los cuidados de largo plazo son financiados individualmente, lo que es fuertemente regresivo y deja a adultos mayores vulnerables sin acceso (4,5).

Otra área donde existen desafíos pendientes a nivel nacional es en los cuidados de fin de vida. A pesar de que el derecho a cuidados paliativos está considerado en la Ley de Derechos y Deberes del paciente, se ha identificado una brecha en el acceso a los mismos, especialmente no oncológicos (no considerados en la Ley GES). También, a pesar de múltiples iniciativas legislativas, la eutanasia, o derecho al buen morir, aún no ha sido regulada.

Propuestas

1. Redes asistenciales

a. Cuidados continuos integrales: Mejorar la integración de la red, con gestores de casos, consultorías geriátricas a atención primaria y la implementación de centros de cuidados ambulatorios y cuidados domiciliarios, sobre la base de los programas de postrados ya existentes y con valiosa trayectoria en la atención primaria de salud.

2. Financiamiento de Cuidados de Largo Plazo

a. Asegurar el acceso equitativo a cuidados de largo plazo a través del financiamiento colectivo y solidario de los mismos a través del aumento del gasto público en salud.

3. Cuidados paliativos y de fin de vida

a) Reglamento que haga efectivo el acceso a cuidados paliativos no oncológicos de todos los pacientes que lo necesiten.

b) Implementación de programa de cuidados paliativos a nivel de atención primaria, con arsenal completo de medicamentos.

c) Aumento en el respeto a la autonomía de los pacientes con respecto a cuidados de fin de vida, avanzando en la discusión nacional sobre limitación de esfuerzo terapéutico efectivo y eutanasia.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadísticas. **Población y Sociedad: Aspectos demográficos. 2008.** Disponible en: http://historico.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demografia/pdf/poblacion_sociedad_enero09.pdf.

2. Instituto Nacional de Estadísticas. **Censo poblacional en Chile. 2017.**

3. Ministerio de Desarrollo Social. **Encuesta CASEN 2015 - Síntesis de resultados salud. Gobierno de Chile. 2015.** Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_salud.pdf.

4. Villalobos Dintrans P. **Envejecimiento y cuidados a largo plazo en Chile: desafíos en el contexto de la OCDE.** Rev Panam Salud Pública. 2017;41:e86.

5. Mátus-López M, Cid C. **Costo de un sistema de atención de adultos mayores dependientes en Chile, 2012–2020.** Rev Panam Salud Pública. 2014; 36(1):31–6.

6. Matus-Lopez, M., Cid Pedraza, C.: **Building Long-Term Care Policies in Latin America: New Programs in Chile.** Journal of the American Medical Directors Association 16(10), 2015 900.e907-900.e910. doi:10.1016/j.jamda.2015.07.018

4. CONCLUSIONES

Los desafíos de actualización de las estrategias sanitarias son permanentes. Pese a que en el país existen diagnósticos más o menos compartidos sobre los principales problemas de salud, muchas veces no se logran los acuerdos necesarios para avanzar en su solución. Las diferentes visiones políticas e ideológicas de los problemas sanitarios, sumadas a los intereses de actores involucrados, muchas veces enlentecen la aplicación de iniciativas cuya fundamentación en costo efectividad y resultados cuenta con suficiente evidencia para movilizar la acción. El Colegio Médico tiene una responsabilidad ineludible en aportar a que dichas acciones avancen en beneficio de la población.

Más que un documento de referencia, esperamos que este texto sea recibido como una invitación. Una convocatoria con sentido de urgencia, a que todos y todas quienes se interesan por la salud de la población y las intervenciones para cuidarla, seamos capaces de reconocer un grupo de líneas de acción, donde podamos dar un paso concreto de avance respecto al estado actual de la política pública. Un llamado a conversar e interesarnos de la manera más amplia y colectiva, en problemas que nos competen a todos y todas, tanto en lo individual, como en nuestros núcleos familiares y en los más diversos espacios de carácter social.

Tenemos el convencimiento que la discusión de políticas públicas de salud no puede quedar acotada al espacio del Ministerio de turno, Parlamento, Universidades o centros de pensamiento. Cuando las consecuencias de estas acciones nos competen a todos y todas, se hace necesario que tanto la ciudadanía como quienes constituyen la cara visible de la asistencia sanitaria, sean protagonistas de los cambios necesarios, desde su propuesta hasta la implementación.

Por esto, a partir de hoy comenzamos un proceso de discusión de prioridades sanitarias, que encuentre en este documento una referencia inicial, para trabajar a partir de diagnósticos claramente establecidos y con propuestas que tengan fundamentos basados en evidencia. Esperamos que esta sea una contribución más, para lograr de manera colectiva y con la mayor amplitud de miradas, avances concretos para la salud de Chile. De esta forma, a 70 años de la fundación del Colegio Médico de Chile, queremos reafirmar nuestro compromiso con la salud de todas y todos los habitantes de Chile.

70
AÑOS



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.

