

Resultados de la aplicación del Examen de Medicina Preventiva en los usuarios, según población objetivo de Isapres Abiertas entre el 1° de julio del año 2014 y el 30 de junio del año 2015. Se muestra el grado de cumplimiento de las metas de cobertura establecidas en el Decreto Supremo N° 4 del año 2013 y las perspectivas futuras de este examen, según los resultados observados al décimo año desde su implementación.

1. Antecedentes Históricos

En 1937 comienza en Chile la etapa en la que se concede importancia económica a la Medicina Preventiva, que sirve de inspiración a la ley que lleva este nombre y da a los servicios de atención médica orientación eminentemente económica.

En 1938, bajo la presidencia de don Arturo Alessandri Palma, la Ley 6.174 (para obreros y empleados afiliados) y elaborada durante la permanencia en el Ministerio de Salubridad por el Dr. Eduardo Cruz Coke, se establecen los principios de la Medicina Preventiva, al plantear la realización de exámenes sistemáticos de salud, gratuitos y obligatorios, a los trabajadores¹.

Respecto del Examen de Salud Preventivo, la Ley 18.469 del año 1985, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud al crear un Régimen de Prestaciones, en su artículo número 8 establece textualmente que: "Los beneficiarios tendrán derecho a recibir del Régimen las siguientes prestaciones, a) el Examen de Medicina Preventiva para pesquisar, oportunamente, la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, el glaucoma, el cáncer, la diabetes, cardiopatías, la hipertensión, la insuficiencia renal crónica, y las demás enfermedades que determine el Ministerio de Salud, cuyo diagnóstico y terapéutica precoz prevengan una evolución irreversible."

A su vez, la Ley 18.933 del año 1990, que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional y dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por las Isapres, señala en su artículo 35, que las instituciones estarán obligadas respecto de

¹ Osvaldo Cifuentes, La Sanidad en 1946-50, Etapas del Proceso Sanitario Chileno, Servicio Nacional de Salubridad. Inspección General de la Dirección General de Sanidad, Santiago, Chile, Noviembre 1953.

sus beneficiarios a dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 18.469, entre otros, en lo relativo al otorgamiento del Examen de Medicina Preventiva, que queda estipulado en el contrato de salud como un derecho de los beneficiarios sin costo para ellos.

Por otra parte, no es sino hasta el año 1995 que el Programa Salud del Adulto de la División de Salud de las Personas del Ministerio de Salud, elabora el "Examen de Salud del Adulto" (ESPA)², documento que considera el cambio epidemiológico y demográfico de la población chilena y cambia el enfoque hacia la pesquisa de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles de alta prevalencia en población de 20 a 64 años, susceptibles de ser intervenidas en una etapa temprana de su evolución para prevenir o postergar la aparición de las patologías asociadas y sus complicaciones.

En 1998, en consenso con diversos Programas y Unidades del Ministerio de Salud, el ESPA³ sufre modificaciones que lo transforman en un instrumento que no sólo pesquisa factores de riesgo, sino también incorpora la detección de patologías transmisibles, como es el caso de la tuberculosis (TBC).

El año 2000 el ESPA es modificado nuevamente y se centra solamente en la detección de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer en la mujer que cuenten con suficiente evidencia científica sobre la costo-efectividad de las intervenciones. Este instrumento es aplicado hasta hoy por el equipo de salud del Nivel Primario de Atención.

A diciembre del año 2004, el ESPA ha sido aplicado a más de 2 millones de personas, llegando a una cobertura de más de un 40% de ESPA vigente en la población de 20 a 64 años a nivel nacional, pero el Examen de Medicina Preventiva contenido en la Ley 6.174 permaneció vigente hasta el 30 de Junio del 2005.

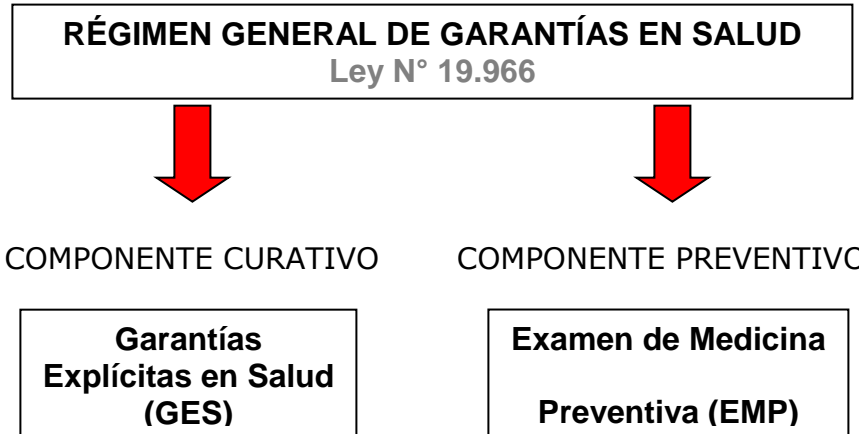
A contar del 1º de Julio 2005, 67 años después de la publicación de la Ley de Medicina Preventiva, entró en vigencia la Ley 19.966, el Régimen General de Garantías en Salud, que establece el Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) para un conjunto de problemas de salud priorizados y, en su Título II, define el nuevo Examen de Medicina Preventiva (EMP) para Chile. La entrada en vigencia de esta Ley, reemplazó el artículo número 8 de la Ley 18.469 del año 1985, en la que establece que los beneficiarios tendrán derecho a recibir el Examen de Medicina Preventiva en los términos que se exponen a continuación.

2. Marco Normativo Actual

La Ley Nº 19.966 del Régimen General de Garantías en Salud contiene dos componentes: uno curativo y otro preventivo, que corresponden a las Garantías Explícitas en Salud (GES) y al Examen de Medicina Preventiva (EMP), respectivamente, tal como se representa en el esquema siguiente:

² Programa Salud del Adulto, Ministerio de Salud, Examen de Salud Preventivo del Adulto, 1995

³ Programa Salud del Adulto, Ministerio de Salud, ESPA 1998-2000,1998



Fuente: Elaboración propia en base a Régimen General de Garantías en Salud. Depto. de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Con respecto al Examen de Medicina Preventiva, la Ley establece lo siguiente:

Artículo 8º de la Ley 18.469.- “Los beneficiarios tendrán derecho a recibir del Régimen General de Garantías en Salud las siguientes prestaciones: a) El examen de medicina preventiva, constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, debido a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias.

Para su inclusión en el Examen de Medicina Preventiva solo deberán ser consideradas aquellas enfermedades o condiciones para las cuales existe evidencia del beneficio de la detección temprana en un individuo asintomático. El Ministerio de Salud definirá, entre otros, los procedimientos, contenidos, plazo y frecuencia del examen, fijando condiciones equivalentes para los sectores público y privado. Los resultados deben ser manejados como datos sensibles y las personas examinadas no podrán ser objeto de discriminación a consecuencia de ellos”.

Artículo 33. “El Decreto que fije las Garantías Explícitas en Salud determinará las metas de cobertura del examen de medicina preventiva señalado en la letra a) del artículo 8º de la Ley 18.469, que serán obligatorias para el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones Previsionales de Salud. Corresponderá a la Superintendencia de Salud fiscalizar el cumplimiento de las metas señaladas en el inciso anterior”.

El Título II del Decreto Supremo del Régimen General de Garantías en Salud, en su artículo 14.- establece las metas de cobertura del Examen de Medicina Preventiva señalado en la letra a) del artículo 8º de la Ley N° 18.469, contenido en la Resolución Exenta N° 1.079 de 24 de noviembre de 2004, del Ministerio de Salud, las que deberán cumplirse dentro de un año a contar de la entrada en vigencia de este decreto, el que comenzó a regir a partir del 1º de julio del año 2005.

El Examen de Medicina Preventiva del Régimen General de Garantías en Salud -de carácter voluntario y gratuito- reemplaza al Examen de Medicina Preventiva incluido en los Beneficios Mínimos Legales (BML), que se otorgaban en el Sistema Isapre y al Examen de Salud Preventivo del Adulto (ESPA), que se realizaba en el Sector Público de Salud.

Las enfermedades que se pretenden detectar precozmente en personas asintomáticas con el Examen de Medicina Preventiva actual forman parte de los Objetivos Sanitarios Nacionales esperados al año 2011-2020, siendo concordantes con el perfil epidemiológico y demográfico actual, y los procedimientos empleados presentan niveles de recomendación apropiados de acuerdo a la evidencia científica disponible actualmente.

3. Marco Conceptual

Tipos de Prevención

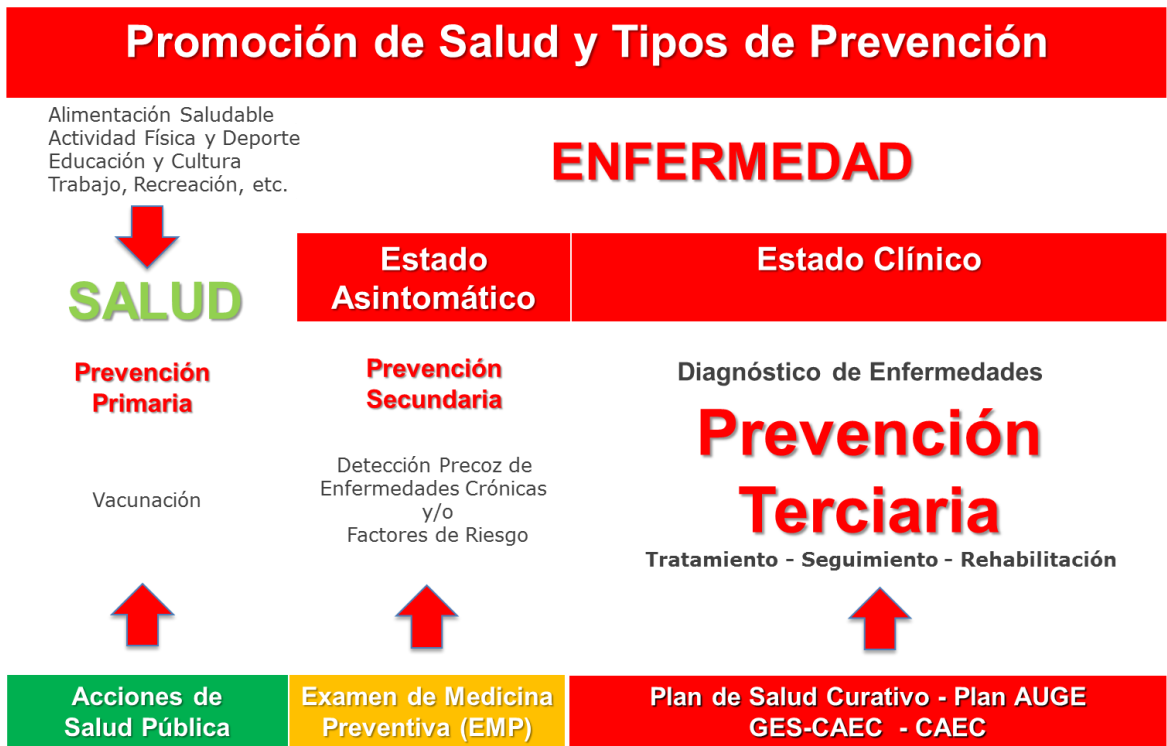
En el ámbito sanitario, existen tres tipos de prevención.

Las medidas preventivas primarias (Prevención I) son aquéllas provistas a las personas para prevenir el inicio de una condición o enfermedad específica (por ejemplo, vacunación de niños sanos), que son acciones de Salud Pública, definidas por el Ministerio de Salud. En este grupo también podemos señalar las medidas de promoción de la salud, ya que se actúa sobre personas sanas, mediante el cual los individuos, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas, tales como educación, actividad física, alimentación saludable, etc., evitando con ello la aparición de enfermedades crónicas prevenibles. En este ámbito de acciones promocionales de salud son relevantes otros ministerios, tales como: Desarrollo Social, Educación, Deporte, Trabajo, Vivienda, Obras Públicas, etc..

Las medidas preventivas secundarias (Prevención II) identifican a las personas asintomáticas que ya han desarrollado factores de riesgo o la enfermedad preclínica, pero en quienes la condición todavía no se ha tornado clínicamente evidente (personas asintomáticas y aparentemente "sanas"). La realización de una prueba de Papanicolaou (PAP) para detectar la displasia cervical antes del desarrollo de un Cáncer Cérvicouterino es una forma de prevención secundaria. En síntesis, la prevención secundaria, consiste en el uso de test de pesquisa para detectar precozmente factores de riesgo y/o enfermedades en estas personas, que desconocen su condición de estar enfermos. En este caso, a diferencia, de lo que ocurre en la prevención primaria, lo que se hace es detectar precozmente la enfermedad en la persona en estado asintomático, sin evitar o prevenir la aparición de ésta.

A su vez, las medidas preventivas que forman parte del tratamiento y el manejo de personas con enfermedades clínicas ya establecidas y manifiestas, como la reducción de colesterol en pacientes con enfermedades coronarias o la terapia de insulina para prevenir las complicaciones de la Diabetes Mellitus, se consideran prevención terciaria

(Prevención III). En este caso se trata de personas enfermas, con diagnóstico establecido, y que reciben su tratamiento para el control adecuado de su enfermedad y evitar con ello la aparición de complicaciones agudas y crónicas derivadas de la misma. Ver gráfico siguiente.



Fuente: Elaboración propia – Depto. de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

El EMP se realiza, por lo general, a población conocida y asintomática, lo que permite cuantificar al grupo o las personas objetivo, que son definidas según variables de riesgo por edad y/o sexo, a lo largo del ciclo vital, las que pueden incluir a las mujeres embarazadas, recién nacidos, niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. Por este motivo es posible establecer metas de cobertura. A su vez, dependiendo de las enfermedades a detectar precozmente, el examen preventivo puede incluir la realización de una evaluación física, aplicación de cuestionarios específicos y/o realización de exámenes de laboratorio.

La detección precoz de enfermedades o condiciones de salud mediante exámenes y/o cuestionarios específicos (prevención secundaria) permite iniciar tratamientos oportunamente (prevención terciaria) que resultan ser más eficientes y efectivos, y como consecuencia, mejoran el pronóstico de la entidad nosológica. Se evita con ello la progresión de la enfermedad hacia etapas de difícil manejo y de mayor costo.

Con ello es posible que las personas puedan vivir mejor y por más años, contribuyendo así a mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de las personas.

Para alcanzar este propósito se definió el EMP, que pretende tener impacto a nivel poblacional, según porcentajes de cobertura de aplicación gradual y que puede ser monitoreado, evaluado y fiscalizado por las instituciones correspondientes.

4. Problemas de Salud en Chile y Examen de Medicina Preventiva

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud del año 2010, los problemas de salud en Chile de mayor prevalencia se ilustran a continuación:



Fuente: *Encuesta Nacional de Salud Año 2010

Riesgo Cardiovascular Alto en Chile: 17,7% - Sedentarismo: 88,6%
Alimentación (5 ó + porciones de frutas y verduras al día): 15,7%

Estos problemas de salud son factibles de detectarse precozmente en personas asintomáticas con test de pesquisa a través de un Examen de Medicina Preventiva, en población general o en grupos de personas que presentan mayor riesgo de enfermar. La importancia de su detección precoz (prevención II) y el tratamiento oportuno y adecuado (prevención III), permiten evitar la progresión de la enfermedad y la aparición de complicaciones o de otros problemas de salud asociados, tal como se ilustra a continuación en el caso de la Obesidad.

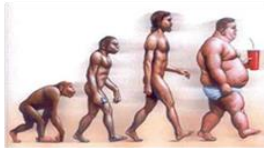
El Riesgo Relativo (RR) de que una persona obesa presente Diabetes Mellitus tipo 2, Enfermedad Vesicular, Dislipidemia (Colesterol), Insulinorresistencia y Disnea (dificultad para respirar) es superior a 3 veces, si se lo compara con personas que no son obesas.

Obesidad y Riesgo Relativo de Problemas de Salud Asociados

↑↑ Importante (RR muy superior a 3)	↑ Moderado (RR 2-3)	Leve ↑ (RR 1-2)
<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Mellitus 2 • Enfermedad Vesicular • Dislipidemia • Insulinorresistencia • Disnea 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad Coronaria • Hipertensión • Artrosis (rodilla) • Hiperuricemia y Gota 	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de Mama • Cáncer de Endometrio • Cáncer de Colon • T. Hormonal Reproducción • Ovario Poliquístico • Infertilidad • Síndrome Lumbar • Riesgo Anestésico • Malformaciones Fetales

CHILE: 25,1% de la población sufre de Obesidad

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2010



{Preventing / Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity, Geneva 3-5 June 1997}

Asimismo, las complicaciones asociadas pueden determinar la pérdida de años por muerte prematura y discapacidad, tal como ocurre en el caso de la Hipertensión Arterial.

Complicaciones derivadas de Hipertensión Arterial Estimación Pérdida de Años por Muerte Prematura y Discapacidad y Número Días por Licencia Médica

Complicaciones	Pérdida de Años por Muerte Prematura y Discapacidad (AVISA) Año 2007	N° días promedio por Licencia Médica Isapres - Año 2014
Accidente Vascular Encefálico	22,2 años	27 días
Insuficiencia Cardíaca	6,9 años	20 días
Infarto del Miocardio	6,9 años	23 días
Insuficiencia Renal Crónica	10,7 años	24 días
TOTAL		

AVISA: Años de vida perdidos por muerte prematura y ajustados por discapacidad

Fuente: Estimación de datos a partir del Estudio de Carga de Enfermedad 2007, MINSAL.

Elaboración propia. Depto. de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

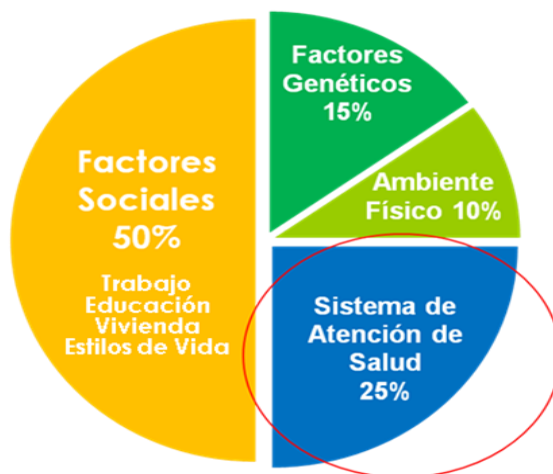
Por otra parte, según la OCDE⁴, en el Informe de Indicadores de Salud, Chile destaca con buenos niveles alcanzados en términos de esperanza de vida al nacer al año 2012 (78,9 años), ganancia de años de vida desde el año 1960, tasa de mortalidad por

⁴ Health at a Glance 2011-2013, OECD Indicators (OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, que está compuesta por 34 estados al año 2014).

enfermedad cardioisquémica y accidente cerebrovascular, cercana al promedio de los miembros de la OCDE y buenos resultados en la reducción de la tasa de mortalidad por cáncer de mama (4 lugar/34), y regulares resultados en la tasa de mortalidad por cáncer de próstata (28 lugar/34). Sin embargo, Chile evidencia malos resultados en la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito (28 lugar/34), siendo junto a Rusia, los únicos dos países que han aumentado la tasa de mortalidad por esta causa entre los años 1995-2009, con un incremento de un 6,5% y 13,3%, respectivamente. Asimismo Chile, junto a otros 6 países, se ubica en el penúltimo lugar (33/34) en la variación de la tasa de mortalidad por suicidios con un 54,9% entre los años 1995-2009.

Cabe hacer presente, que el nivel de salud de las poblaciones depende de los Determinantes Sociales de Salud, que son las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas, que se traducen en efectos en la salud de ellas. Entre los factores más relevantes se encuentran los factores sociales que contribuyen con el 50% en el nivel de salud, e incluyen el trabajo, la educación, la vivienda y los estilos de vida (alimentación, actividad física y deporte). El Sistema de Atención de Salud contribuye con el 25%, los factores genéticos con el 15% (no modificable) y el ambiente físico con el 10% restante.

Factores que determinan el Nivel de Salud de las Poblaciones



Fuente: Tarlov A. Social determinants of health: the sociobiological translation. In Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds). Health and social organization. Londres: Routledge 1996: 71-93.

Ante problemas de salud pública en Chile de causas multifactoriales, que constituyen un problema país, resulta esencial el trabajo intersectorial, público y privado, individual y colectivo, para resolver integralmente los problemas de salud, controlar su progresión y morigerar los costos crecientes asociados. El Sistema de Atención de Salud se ha centrado fundamentalmente en los aspectos curativos con buenos resultados, siendo fundamental seguir avanzando en los aspectos preventivos secundarios (detección precoz de enfermedades), así como también en la prevención primaria y promoción de la salud, para mantener a las personas saludables y con mayores grados de bienestar.

En este sentido, iniciativas gubernamentales como el Programa Elige Vivir Sano, implementado en marzo del año 2011, para promover la alimentación sana y la actividad física, resultan esenciales para mejorar el nivel de salud de nuestra población en Chile. En Mayo del 2013 se dictó la Ley N° 20.670 creándose "El Sistema Elige Vivir Sano" (SEVS), que tiene como propósito promover hábitos y estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas. Esta norma establece que todos los órganos de la Administración del Estado, con competencia en materias vinculadas a la promoción de hábitos de vida saludables, incorporarán en sus políticas planes, programas y/o medidas que tengan por finalidad informar, educar y fomentar la prevención de los factores y conductas de riesgo asociadas a las enfermedades no transmisibles, derivadas de hábitos y estilos de vida no saludables. Mediante la creación de este Sistema Elige Vivir Sano, el Estado asume la responsabilidad colectiva de garantizar calidad de vida, equidad y protección, y se reconoce la salud como un derecho humano que pone su centro en la concepción de salud colectiva.



Los objetivos del Sistema Elige Vivir Sano (SEVS) en comunidad son: 1) Poner a disposición de las comunidades un conjunto de iniciativas coordinadas a nivel nacional, regional y local que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas, asumiendo el Estado una responsabilidad de dar acceso a servicios que permitan disminuir las brechas y barreras de calidad de vida saludable, a través de acciones en materia de salud, educación, recreación y actividades al aire libre, entre otros. 2) Contribuir en la generación de marcos normativos que eleven estándares en materia alimentaria y en condiciones de entorno que mejoren calidad de vida (tabaco, alcohol, actividad física, contaminación, áreas verdes, etc.). 3) Construir indicadores que permitan monitorear y evaluar comunidades saludables, de manera de identificar las áreas que presenten mayor desafío por abordar, reorientando la oferta programática. Actualmente, el SEVS cuenta con un Comité Interministerial que actúa como asesor y en el cual participan sus Ministros como representantes de sus carteras: Desarrollo Social, Hacienda, Salud, Educación, Trabajo y Previsión Social, Vivienda y Urbanismo, y Ministerio del Deporte.

Cabe hacer presente, que el sedentarismo en Chile alcanza a un 88,6%⁵ de nuestra población y para promover y mantener la salud, todos los adultos sanos de 18-64 años deberían realizar actividad física aeróbica de intensidad moderada a vigorosa, durante al menos 30 minutos, 5 días a la semana, o actividad física aeróbica vigorosa durante

⁵ Encuesta Nacional de Salud Año 2010

al menos 20 minutos 3 días a la semana. Por ello el cambio hacia una cultura del deporte en Chile resulta esencial.

Que en función de lo anteriormente expuesto, el éxito del cumplimiento de los Objetivos Sanitarios al año 2020, depende de la participación de todas y todos, así como de los buenos resultados de todas las estrategias de intervención disponibles, desde la promoción de la salud, prevención I, II y III, así como de los que actúan sobre los factores sociales y culturales, que son determinantes en el nivel de salud.

5. Examen de Medicina Preventiva Actual

Para la definición del Examen de Medicina Preventiva, se aplicó un algoritmo de priorización, que incluyó la ponderación de criterios establecidos para identificar los problemas de salud y los procedimientos a usar, según grados de recomendación:

Variables incluidas

- La enfermedad que se pretende prevenir forma parte de los Objetivos Sanitarios Nacionales esperados al año 2020.
- El procedimiento presenta un Nivel de Recomendación Apropiado de acuerdo a la evidencia científica actual que hace recomendable su aplicación a poblaciones específicas.
- El procedimiento presenta beneficios mayores a los riesgos.
- Es aceptado por la población.
- El procedimiento es costo-efectivo.
- Existe terapia adecuada y disponible para resolver los problemas de salud detectados.

Grados de Recomendación

Las recomendaciones son las siguientes, establecidas de acuerdo a la evidencia disponible, expresada como recomendaciones tipo A, B, C, I en correspondencia con el diseño de los estudios científicos en que se basa:

Grados de Recomendación	Descripción
A	Altamente recomendada, basada en estudios de buena calidad.
B	Recomendada, basada en estudios de calidad moderada
C	Recomendación basada exclusivamente en opinión de expertos o estudios de baja calidad.
I	Insuficiente información como para formular una recomendación. (Sin embargo, otros factores podrían influir la decisión sanitaria).

Fuente: Guía Clínica del Examen de Medicina Preventiva Año 2013. Ministerio de Salud, Santiago de Chile

Problemas de Salud, Test de Pesquisa y Grados de Recomendación

En el cuadro siguiente se muestran los problemas de salud que se pretende detectar precozmente en las personas asintomáticas y la aplicación de los test de pesquisa

(tamizaje o screening), según los grados de recomendación, conforme a la evidencia científica actualmente disponible.

Problemas de Salud	Test de Pesquisa	Grados de Recomendación
Beber Problema (embarazadas)	Cuestionario Autodiagnóstico sobre riesgos en el uso de Alcohol	B
Hipertensión Arterial (embarazadas)	Medición estandarizada de presión arterial	A
Tabaquismo (embarazadas)	Aplicación de Cuestionario Tabaco Estrategia 5 A's	A
Sobrepeso y Obesidad (embarazadas)	Medición de peso y talla	B
Diabetes Mellitus Gestacional	Glicemia en ayunas	C
Infección Urinaria (embarazadas)	Urocultivo	A
Sífilis (embarazadas)	VDRL o RPR en sangre	A
VIH/SIDA (embarazadas)	Test de Elisa para VIH con consejería pre y post examen	A
Displasia del desarrollo de caderas	Maniobra de Ortolani o Barlow	C
Fenilcetonuria	Determinación de Fenilalanina en sangre	A
Hipotiroidismo Congénito	TSH en sangre	A
Displasia del desarrollo de caderas	Radiografía de Pelvis	C
Ambliopía, estrabismo y defectos en la agudeza visual	Aplicación de Cartilla LEA	A
Malos hábitos bucales	Pesquisa precoz de factores de riesgo para patologías bucales	C
Sobrepeso y Obesidad	Medición de peso y talla	B
Beber Problema	Cuestionario Autodiagnóstico sobre riesgos en el uso de Alcohol	A
Hipertensión Arterial	Medición estandarizada de presión arterial	A
Tabaquismo	Aplicación de Cuestionario Tabaco Estrategia 5 A's	A
Sobrepeso y Obesidad	Medición de peso y talla y circunferencia de cintura	B
Diabetes Mellitus	Glicemia en ayunas en personas asintomáticas sin factores de riesgo	I
Tuberculosis	Baciloscopía a personas sintomáticas con tos productiva por 15 días o más	A
Sífilis	VDRL o RPR en sangre en personas con riesgo	A
Cáncer Cérvicouterino	Papanicolaou (PAP) o citología exfoliativa cervical cada 3 años	A
Dislipidemia	Colesterol total	B
Cáncer de Mama	Mamografía cada 3 años	A
Autonomía Funcional	Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM)	A

Fuente: Guías Clínicas del Examen de Medicina Preventiva Año 2005, 2008 y 2013. Ministerio de Salud, Santiago de Chile

Cabe hacer presente, que en el caso de la mujer existen test para detectar el cáncer (Mama y Cérvicouterino), a diferencia del hombre, que para el Cáncer de Próstata, que constituye la segunda causa de defunción entre los tumores malignos el año 2012, el examen de Antígeno Prostático no tiene evidencia para su recomendación.

Población Objetivo y Metas de Cobertura Anual

En el cuadro siguiente se muestra la población objetivo a las que está dirigido el EMP, la cantidad de personas estimadas que podrían optar a este examen, los problemas de salud que se pretende detectar precozmente en estos grupos y las metas de cobertura anual establecidas para el período 1 de julio de 2014 al 30 de junio de 2015, según lo establecido en el Decreto Supremo N°4, de fecha 05 de febrero de 2013, del Ministerio de Salud, que aprueba las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud⁶.

Población Objetivo	Personas	Problemas de Salud	Metas de Cobertura Anual
Embarazadas	43.229	Beber Problema	100%
Embarazadas	43.229	Hipertensión Arterial	100%
Embarazadas	43.229	Tabaquismo	100%
Embarazadas	43.229	Sobrepeso y Obesidad	100%
Embarazadas	43.229	Diabetes Mellitus Gestacional	100%
Embarazadas	43.229	Infección Urinaria	100%
Embarazadas	43.229	Sífilis	100%
Embarazadas	43.229	VIH/SIDA	100%
Recién Nacidos (RN)	44.332	Displasia del desarrollo de caderas	100%
Recién Nacidos (RN)	44.332	Fenilcetonuria	100%
Recién Nacidos (RN)	44.332	Hipotiroidismo Congénito	100%
Lactantes (3 meses)	3.805	Displasia del desarrollo de caderas	60%
Niños y Niñas 4 años	47.998	Ambliopía, estrabismo y defectos en la agudeza visual	60%
Niños y Niñas 4 años	47.998	Malos hábitos bucales	60%
Niños y Niñas 4 años	47.998	Sobrepeso y Obesidad	60%
Personas 15 años y más	2.532.173	Beber Problema	25%
Personas 15 años y más	2.532.173	Hipertensión Arterial	25%
Personas 15 años y más	2.532.173	Tabaquismo	25%
Personas 15 años y más	2.532.173	Sobrepeso y Obesidad	25%
Personas 15 años y más	2.532.173	Diabetes Mellitus	25%
Personas 15 años y más	2.532.173	Tuberculosis	25%
Personas 15 años y más	2.532.173	Sífilis	25%
Mujeres 25-64 años	847.108	Cáncer Cérvicouterino	80%
Personas de 40 años y más	1.079.405	Dislipidemia	15%
Mujeres 50 - 59 años	172.024	Cáncer de Mama	25%
Adultos de 65 años y más	139.249	Autonomía Funcional	50%

Fuente: Elaboración propia. Depto. Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud. Decreto Supremo N°4, de fecha 05 de febrero de 2013, del Ministerio de Salud

⁶ El contenido y las metas de cobertura anual del EMP pueden ser modificadas en cada cambio de Decreto Supremo del GES. El próximo será el año 2016 (cada 3 años).

Acceso y Bonificación

El Examen de Medicina Preventiva es de carácter voluntario y gratuito para los usuarios y usuarias siempre y cuando se realice en la Red de Prestadores del Fonasa y de las Isapres. Sin perjuicio de lo anterior, los beneficiarios pueden optar por realizarse algunos exámenes, según la modalidad de libre elección, para lo cual deben cancelar los copagos correspondientes, dependiendo de su sistema previsional de salud y del Plan de Salud contratado, en el caso de las personas usuarias de las Isapres.

6. Metas de Cobertura Anual y Resultados Generales

Resultados Generales

De los beneficiarios promedio entre julio de 2014 y junio de 2015, que alcanzan a un total de 3.211.461 personas, la población objetivo del EMP, según metas de cobertura anual, es de 1.703.914, lo que representa un 53% del total. La población no objetivo suma una cantidad de 1.507.547 personas, equivalente al 47% restante, lo que se muestra en el gráfico siguiente.

Población Objetivo EMP
según Metas de Cobertura Anual Julio 2014 - Junio 2015
(n = 3.211.461)

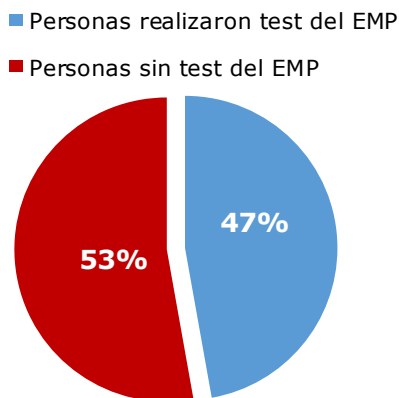


Fuente: Elaboración propia en base a Archivo Maestro de Beneficiarios de Isapre y Decreto Supremo N°4, de fecha 05 de febrero de 2013, del Ministerio de Salud

Cabe hacer presente, que una cantidad de personas se encuentra en más de un grupo objetivo, especialmente las mujeres, lo que determina una cantidad de personas mayor a lo real, por lo que se prefiere denominarlas como "casos". Por ejemplo, mujeres embarazadas, mujeres entre 25-64 años, mujeres entre 50-54 años y mujeres de 15 años y más. Por este motivo el total de la población objetivo según metas de cobertura anual del EMP alcanza a 1.703.914 casos. De este total de casos, 804.135 se realizaron uno o más de los test de pesquisa del EMP, representando un 47% del total. Una cantidad de 899.778 casos, equivalente a un 53%, no se realizaron

los test de pesquisa del EMP al que tenían derecho, lo que se ilustra en el gráfico siguiente.

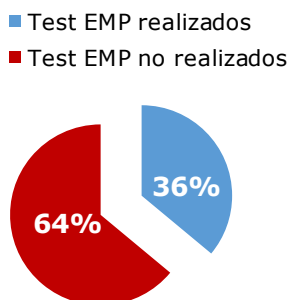
**Realización de Test del EMP según Población
Objetivo Julio 2014 - Junio 2015
(n = 1.703.914)**



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de Isapre, Superintendencia de Salud

Sin embargo, al efectuar una contabilización de cada uno de los test de pesquisa que deberían realizarse las personas beneficiarias, según la población objetivo y las metas de cobertura anual establecidas en el EMP, asumiendo un cumplimiento del 100% de éstas, la cantidad de exámenes y/o cuestionarios que deberían haberse practicado alcanzaría a 5.951.038. Sin embargo, los resultados observados revelan la realización de 2.144.972 test de pesquisa, representando un 36% del total. Una cantidad de 3.806.066 test no fueron efectuados, equivalente a un 64% del total, lo que se muestra en el gráfico siguiente.

**Total Test EMP con Cumplimiento
100% Metas de Cobertura Julio 2014 -
Junio 2015 y Test efectuados
(n = 5.951.038)**



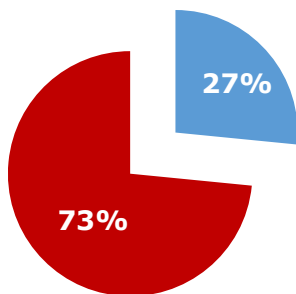
Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de Isapre, Superintendencia de Salud

Como se expuso previamente, de acuerdo a los porcentajes reales observados del nivel de cumplimiento de las metas de cobertura anual establecidas, el total de EMP alcanzó a 2.144.972 test (corresponde al 36% del total teórico estimado). A su vez, es posible señalar que de los test de pesquisa del EMP Julio 2014 - Junio 2015 realizados, una cantidad de 569.646 test fueron realizados haciendo uso exclusivo de los beneficios que otorga el EMP, prescindiendo del uso del Plan Complementario de Salud, lo que representa un 9,6% del total de los test teóricos estimados. Una cantidad de 1.575.326 test fueron realizados vía Plan Complementario de Salud, correspondiendo a un 26,5% de ese total teórico estimado.

Por su parte, del total de estos test realizados, las personas que optaron por usar los beneficios del EMP (bonificación de un 100% y copago cero) al hacer uso de los prestadores designados por las Isapres, corresponde a 569.646 test, representando un 27% del total. El resto de 1.575.326 test, equivalente a un 73%, lo realizaron las personas optando por la libre elección, haciendo uso del Plan Complementario, cuya bonificación depende del Plan de Salud contratado, asumiendo el copago correspondiente, lo que se ilustra en el gráfico siguiente.

Modalidad de Realización Test EMP Julio 2014 - Junio 2015 (n = 2.144.972)

■ Test por EMP ■ Test por Plan Complementario de Salud



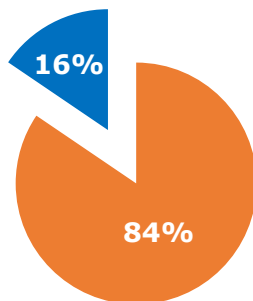
Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de Isapre, Superintendencia de Salud

En términos económicos, de haberse realizado los test de pesquisa a todas las personas beneficiarias, haciendo uso del EMP y con cumplimiento del 100% de las metas de cobertura anual establecidas (5.951.038), el monto teórico de la bonificación total por parte de las Isapres alcanzaría a \$12.059.649.084, con una bonificación promedio por prestación de \$2.026 y con copago cero para la población objetivo del EMP. De este monto, en la práctica, de acuerdo a los porcentajes reales observados del nivel de cumplimiento de las metas de cobertura anual, a través del EMP fueron bonificados \$1.872.736.843, representando un 16% del monto de bonificación total teórico estimado, con una bonificación promedio por prestación de \$3.288. El monto

no bonificado de \$10.186.912.241, representa al 84% restante, lo que se muestra en el gráfico siguiente.

Bonificación Teórica Cumplimiento 100%
Metas de Cobertura y Bonificación Cumplimiento Real
EMP Julio 2014 - Junio 2015
(n = \$ 12.059.649.084)

- Montos no bonificados (%)
- Montos bonificados por EMP (real)(%)



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de Isapre, Superintendencia de Salud

De acuerdo al nivel de cumplimiento real observado de la realización de los test EMP (2.144.972), la bonificación de los test por parte de las Isapres fue por un monto total de \$7.602.488.932, con un promedio por prestación de \$3.544. Si a este monto agregamos el copago que realizaron las personas al optar por el uso del Plan Complementario de Salud (libre elección), cuyo monto estimado alcanza a \$3.819.834.726, el valor total vinculado con el EMP llegaría a \$11.422.323.658.

Una cantidad de 569.646 test fueron realizados haciendo uso del EMP con una bonificación del 100% por parte de las Isapres, que alcanzó un monto de \$1.872.736.843 con una bonificación promedio por prestación de \$3.288 y con copago cero (0%) para los beneficiarios. Este monto bonificado de test de pesquisa representa un 25% del total bonificado por las Isapres, usando esta modalidad de realización del EMP.

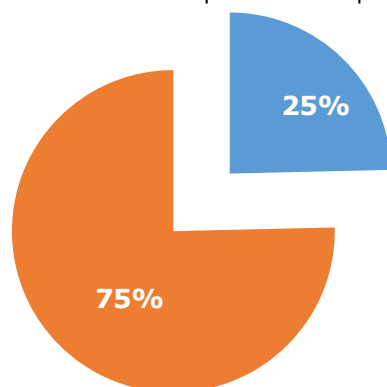
A su vez, un total de 1.575.326 test lo realizaron las personas al optar por la libre elección, haciendo uso del Plan Complementario de Salud, cuya bonificación total alcanzó a \$5.729.752.089, con una bonificación promedio de \$3.637 por prestación.

Sin embargo, en este último caso, existe un copago de parte de los beneficiarios, que en promedio corresponde a un 40% del valor facturado total por parte de los prestadores de salud vinculados con los exámenes de laboratorio e imagenología (test de pesquisa del EMP). Este porcentaje corresponde a un gasto de bolsillo total estimado de \$3.819.834.726. El 60% restante del valor facturado total corresponde a lo bonificado por las Isapres, cuyo monto fue de \$5.729.752.089. Este monto bonificado de test EMP por Plan Complementario de Salud representa un 75% del total bonificado por las Isapres, lo que se muestra en el gráfico siguiente.

Monto y Modalidad de Bonificación Test de Pesquisa Julio 2014 - Junio 2015

(n = \$7.602.488.932)

- Montos bonificados test por EMP (%)
- Montos bonificados test por Plan Complementario (%)



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de Isapre, Superintendencia de Salud

Al plantear la hipótesis de que todos los test de pesquisa del EMP con cumplimiento del 100% de las metas de cobertura, que suman 5.951.038 test, fueran realizados a través de los beneficios que otorga el EMP, con un valor bonificado promedio por prestación del EMP de \$3.288, el monto bonificado total (100%) alcanzaría a \$19.564.304.396 al año. En esta modalidad el copago para los beneficiarios es cero. En caso de hacerse estos test vía libre elección, usando el Plan Complementario de Salud, con un valor promedio por prestación de \$3.637, el monto total bonificado alcanzaría a \$21.645.030.200, siendo este monto un 11% superior a la opción de realizarse los test de pesquisa a través del EMP. Sin embargo, en esta alternativa los beneficiarios deben realizar un copago promedio equivalente al 40% del valor facturado total de los prestadores por test de pesquisa (exámenes de laboratorio e imagenología) del EMP, el que alcanzaría a un monto estimado de \$14.430.020.133.

Resultados por Población Objetivo

1. EMBARAZADAS

Meta de Cobertura: 100% de las embarazadas beneficiarias

Detección precoz de:

a) Diabetes en el embarazo

Examen: Glicemia en ayunas.

b) Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana

Examen: Test de Elisa para VIH en sangre con consejería pre y post examen.

c) Sífilis

Examen: VDRL ó RPR en sangre.

d) Infección Urinaria

Examen: Urocultivo.

e) Sobrepeso y Obesidad

Examen: Medición de peso y talla.

f) Hipertensión Arterial

Examen: Medición estandarizada de presión arterial.

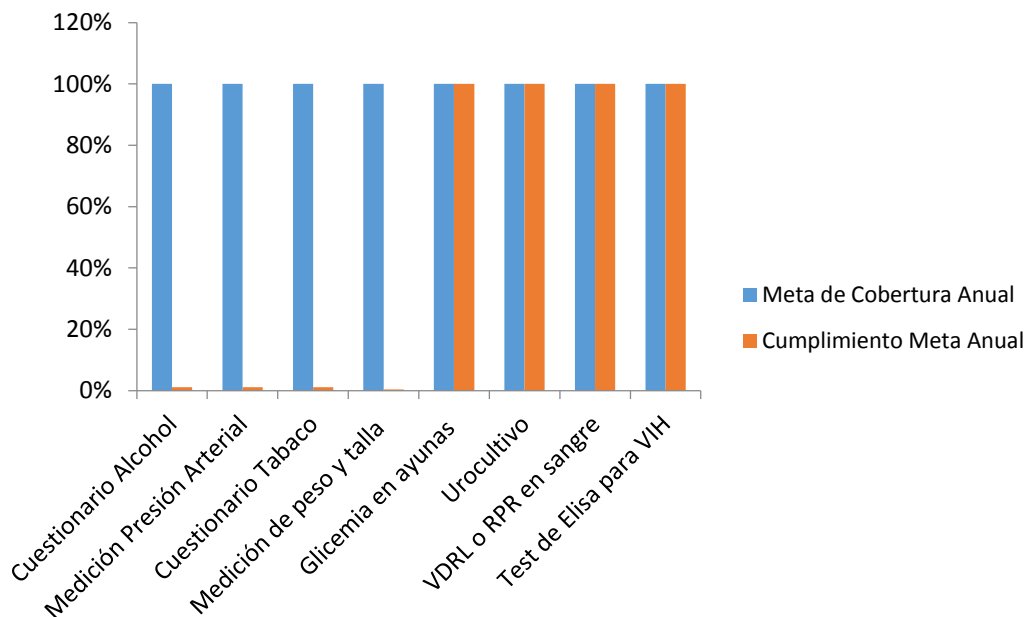
g) Beber Problema

Examen: Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT).

h) Tabaquismo

Examen: Aplicación del instrumento Estrategia 5A's.

Resultados Julio 2014 – Junio 2015



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de Isapre, Superintendencia de Salud

Interpretación de resultados

El cumplimiento del 100% de las metas de cobertura anual para los distintos exámenes de laboratorio (glicemia, urocultivo, VDRL ó RPR y Test de Elisa) realizados a las mujeres embarazadas, refleja la rigurosidad del control gineco-obstétrico, dada la importancia que tienen para la madre como para el recién nacido evitar contagios y graves complicaciones asociadas, como el tratamiento oportuno de las enfermedades detectadas. Sin embargo, el cumplimiento de las metas de cobertura de estos test, se logra mayoritariamente usando el Plan Complementario de Salud y secundariamente haciendo uso de los beneficios que otorga el Examen de Medicina Preventiva. La glicemia en ayunas, el urocultivo y el Test de Elisa se realizan usando el Plan Complementario de Salud en un 99,5%, 90,5% y 97,2%, respectivamente, con excepción de los test de pesquisa VDRL ó RPR para detectar la Sífilis, que son realizados en un 48,0% a través del EMP.

Las Normas Técnicas de Diabetes y Embarazo del Ministerio de Salud indican realizar una glicemia en ayunas a todas las embarazadas en el primer control prenatal para la pesquisa de diabetes pregestacional, y una prueba de tolerancia a la glucosa oral, entre las 24 y 28 semanas para pesquisa de diabetes gestacional. Esto significa que, independientemente del EMP, existen normas de aplicación general para el control del embarazo en este grupo de mujeres, que son definidas por la autoridad sanitaria, sin que estas mujeres tengan injerencia o participación en la decisión de practicarse o no estos exámenes.

Los resultados observados y la preferencia de usar el Plan Complementario de Salud, indican que la mujer tiene preferencia por médico tratante para el control de su embarazo, no cambiándolo por un prestador designado por la Isapre, reforzado, además, por el hecho que se trata de exámenes de bajo costo y, por ende, de bajo copago. Los exámenes de laboratorio realizados a través del EMP son bonificados en un 100% por las Isapres y al usar el Plan Complementario de Salud, el copago promedio que deben efectuar las personas beneficiarias por los 4 exámenes alcanza a un monto de \$6.392.

A su vez, los cuestionarios para detectar el beber problema y el tabaquismo, se realizan en conjunto con el resto de los test de tamizaje del EMP, los que tienen baja cobertura a través de esta modalidad de otorgamiento, lo que podría explicar también la baja aplicación de estos cuestionarios. Sin perjuicio de ello, es altamente probable que durante la anamnesis el médico tratante, consulte por consumo de alcohol y tabaco, registrando estos antecedentes en la ficha clínica de la paciente, pero sin usar los cuestionarios, que no tienen codificación propia para su cobro adicional.

Por otra parte, cabe hacer presente que, tanto la medición de la presión arterial como la medición del peso y la talla, forman parte del examen físico de rutina de una mujer embarazada, no constituyendo prestaciones específicas y por este motivo no tienen codificación para su cobro adicional. Esto podría explicar un subregistro y la baja cobertura observada.

Comentarios

El cumplimiento del 100% de las metas de cobertura para los exámenes de laboratorio (4) en las mujeres embarazadas se logra por cuanto el embarazo es una condición de salud "sintomática" que requiere controles de salud y la realización de exámenes de laboratorio normados para la buena evolución del embarazo, la atención del parto y del recién nacido. En este caso, existen incentivos, tanto para la madre como para el sistema de atención de salud, de llevar el embarazo a un buen término.

2. RECIÉN NACIDOS

Meta de Cobertura: 100% de los recién nacidos beneficiarios (as)

Detección precoz de:

a) Fenilcetonuria

Examen: Determinación de Fenilalanina en sangre.

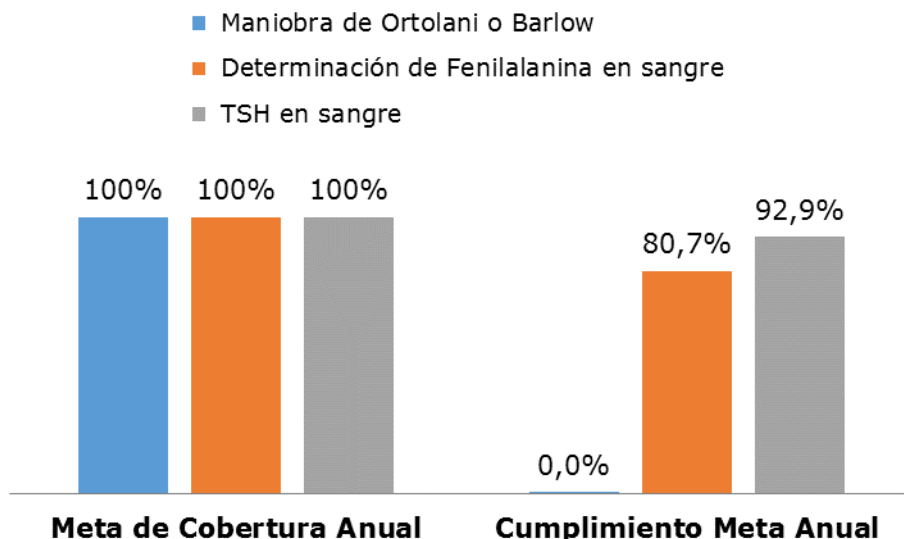
b) Hipotiroidismo Congénito

Examen: Determinación de TSH en sangre.

c) Displasia del Desarrollo de Caderas

Examen: Maniobra de Ortolani o Barlow.

Resultados Julio 2014 – Junio 2015



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de Isapre, Superintendencia de Salud

Interpretación de resultados

Los resultados bajo el nivel de cumplimiento para test de pesquisa que deberían realizarse rutinariamente a todos los recién nacidos (100%), según las normas ministeriales, pueden tener diversas explicaciones, entre las cuales pueden señalarse las siguientes: a) Que los profesionales (prestadores) no realicen todos los test de pesquisa, según las normas vigentes, b) Que los profesionales efectúan todos los test, pero los registros médicos son parciales, c) Que los profesionales realizan y registran todos los test, pero los prestadores institucionales los incluyen parcialmente en el cobro a las Isapres, d) Que los prestadores institucionales cobran el 100% de los test de pesquisa, y las Isapres realizan el pago al prestador y la bonificación correspondiente a los usuarios, según la modalidad de financiamiento (EMP o Plan Complementario de Salud), pero existe un subregistro de datos en los archivos computacionales.

Por otra parte, cabe hacer presente, que las Maniobras de Ortolani ó Barlow, son pruebas físicas para la detección precoz de displasia del desarrollo de caderas severa, que forman parte del examen físico de rutina de un recién nacido, pero no constituyen una prestación específica y por este motivo no tiene codificación propia para su cobro adicional. Esto podría determinar un subregistro y explicar la baja cobertura observada.

Finalmente, es importante señalar que los test de pesquisa realizados a los Recién Nacidos sólo serán bonificados en un 100% como beneficio del EMP, siempre y cuando el prestador institucional tenga convenio con el Seguro. Esto podría explicar que de los exámenes de laboratorio, la Fenilalanina y el TSH en sangre, sólo un 42,5,% y 47,7%, respectivamente, son bonificados en un 100% por las Isapres a través del EMP.

Comentarios

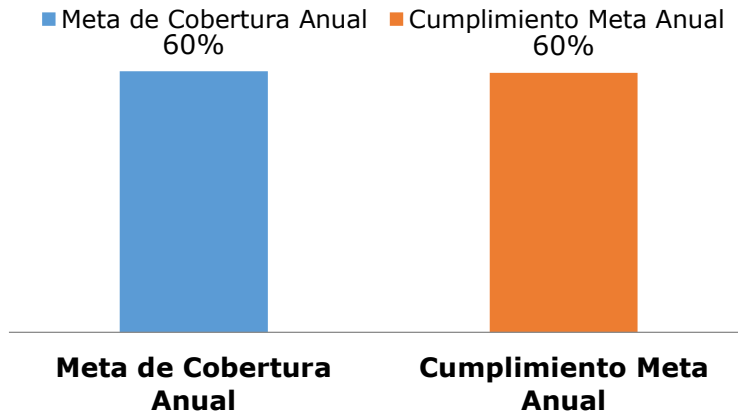
Dados los resultados observados se recomienda evaluar las causas del no cumplimiento de las metas de cobertura anuales en los Recién Nacidos, ya que se espera un cumplimiento del 100%, ya que al igual que las mujeres embarazadas, estos recién nacidos son un grupo "cautivo", a los cuales por normativa ministerial se le debería realizar el 100% de los exámenes indicados. En este grupo, al igual que en la mujer embarazada, los recién nacidos no tienen injerencia o participación en la decisión de practicarse o no estos exámenes, sino que son definidos por la autoridad sanitaria, adquiriendo el carácter de "obligatorios".

3. LACTANTES

Meta de cobertura: 60% lactantes beneficiarios (as) a los 3 meses de edad.

Detección precoz de: **Displasia del Desarrollo de Caderas**
Examen: Radiografía de Pelvis.

Resultados Julio 2014 – Junio 2015



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de Isapre, Superintendencia de Salud

Interpretación de resultados

En este examen de imagenología realizado para detectar la displasia del desarrollo de caderas en lactantes a los 3 meses, se cumple la meta de cobertura anual establecida de un 60%. De esta cobertura anual observada, un 45% se realiza a través del EMP y el 55% restante, vía Plan Complementario de Salud, debiendo, en este último caso, realizar un copago promedio por esta prestación de \$5.231.

La displasia luxante de cadera se encuentra garantizada entre los problemas de salud con Garantías Explícitas de Salud (AUGE-GES) a partir del 1 de julio del año 2010 (Problema de Salud N° 65) y al mes de marzo del año 2015, había un total de 2.333 casos acumulados por esta causa.

Comentarios

En este grupo, al igual que en la mujer embarazada y los recién nacidos, estos exámenes son definidos por la autoridad sanitaria, adquiriendo el carácter de "obligatorios" y son exámenes que son practicados de forma rutinaria por los profesionales de la salud. Si bien la meta de cobertura nacional definida es de un 60% para todos los lactantes a los 3 meses de edad, debido a que existen restricciones por disponibilidad de equipos radiológicos y/o médicos radiólogos en el país, especialmente en el sector público de salud, en el sistema privado de salud deberían alcanzarse coberturas mayores a las observadas, ya que no existirían estas limitaciones.

4. NIÑOS Y NIÑAS A LOS 4 AÑOS

Meta de cobertura: 60% de la población beneficiaria

Detección precoz de:

a) Sobrepeso y Obesidad

Examen: Medición de peso y talla.

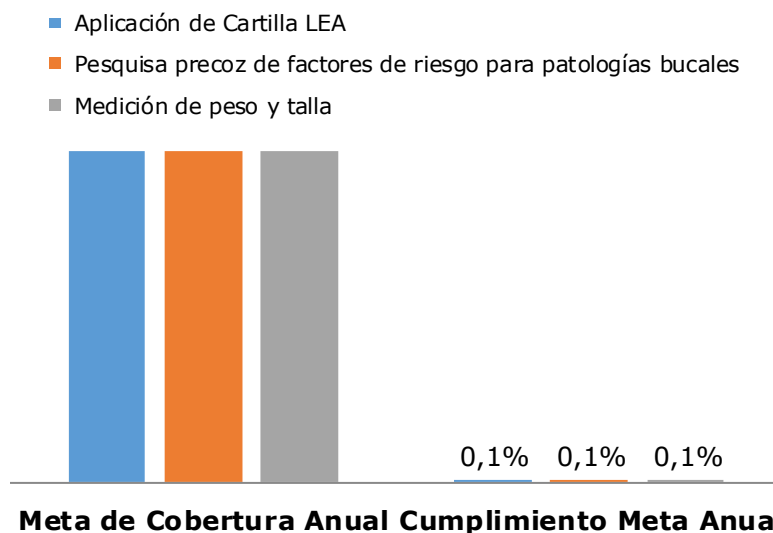
b) Ambliopía, Estrabismo y Defectos en la Agudeza Visual

Examen: Aplicación de cartilla LEA.

c) Detección de malos hábitos bucales

Examen: Pesquisa precoz de factores de riesgo para patologías bucales.

Resultados Julio 2014 – Junio 2015



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de Isapre, Superintendencia de Salud

Interpretación de resultados

Tanto la medición del peso y la talla, forman parte del examen físico de rutina de los niños (as) y la detección de problemas visuales, no constituyendo prestaciones específicas y por este motivo no tienen codificación para su cobro adicional. Esto podría explicar un subregistro y la baja cobertura observada a través del Examen Preventivo. Es posible que los padres prefieran a sus médicos tratantes (pediatras) para el control de sus hijos (as) y no opten por los beneficios del EMP, ya que deben hacerlo con un profesional designado por la Isapre.

Comentarios

Se recomienda evaluar las causas del bajo cumplimiento de las coberturas observadas en los niños y niñas a los 4 años de edad, ya que este grupo de niños depende del cuidado de sus padres, quienes son las personas responsables de llevar a sus hijos a los controles médicos para que le realicen estos exámenes a sus hijos (as).

5. PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS

Meta de cobertura: 25% población beneficiaria

Detección precoz de:

a) Beber Problema

Examen: Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT).

b) Tabaquismo

Examen: Aplicación del Instrumento Estrategia 5A's.

c) Sobrepeso y Obesidad

Examen: Medición de peso y talla y circunferencia de cintura.

d) Hipertensión Arterial

Examen: Medición estandarizada de presión arterial.

e) Diabetes Mellitus

Examen: Glicemia en ayunas.

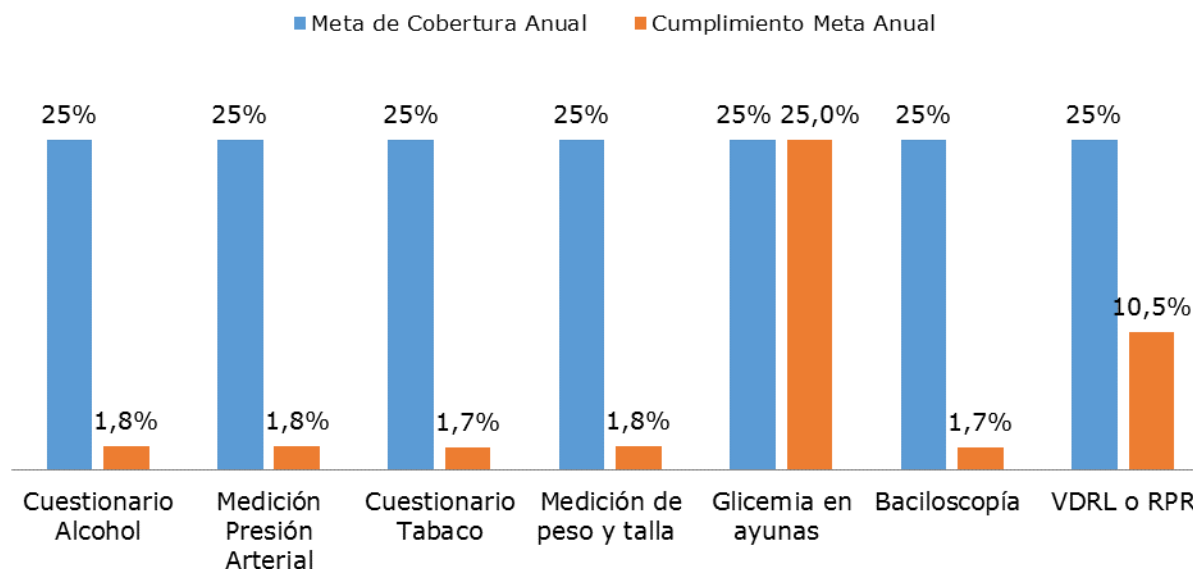
f) Sífilis

Examen: VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) o RPR (Rapid Plasma Reagin) en sangre.

g) Tuberculosis

Examen: Baciloscopía a personas con tos productiva por 15 días o más

Resultados Julio 2014 – Junio 2015



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de Isapre, Superintendencia de Salud

Interpretación de resultados

Entre las múltiples causas que pueden explicar las bajas coberturas observadas en este grupo de personas podemos destacar las siguientes:

- a) La baja difusión que se hace del EMP y que es un examen gratuito.
- b) El estado asintomático de las personas que se sienten "sanas", constituye una variable relevante para no acudir a realizarse un chequeo preventivo, porque a su juicio "no lo necesitan".
- c) El carácter voluntario del EMP, lo que asociado el estado asintomático de las personas, potencian la no realización de esta "revisión técnica preventiva anual", a diferencia de lo que ocurre con la revisión técnica vehicular anual, que es de carácter obligatorio por ley y explica su cobertura cercana al 100%, ya que un vehículo sin revisión técnica está impedido de circular en el país. Esta revisión técnica vehicular anual constituye en sí mismo un "Examen Preventivo", ya que detecta las fallas (enfermedades) que presentan los vehículos a través de distintos "test de pesquisa" a los que son sometidos (condiciones mecánicas, frenos, luces, gases, etc.).
- d) El temor de los trabajadores a la discriminación laboral de parte de los empleadores, al pensar que los resultados del EMP no son manejados como datos sensibles (confidenciales).
- e) El temor de los usuarios (as) a realizarse el EMP por discriminación de parte de las Isapres, por la creencia infundada de que estas instituciones pudieran tener acceso a los resultados de los test preventivos por sus vínculos con los prestadores en convenio y usarlos en su contra, al vincularlos con enfermedades preexistentes y/o determinar aumentos en los precios de los planes.
- f) Condicionantes al acceso del EMP en prestadores, ya que la red de prestadores es definida por la Isapre para tener derecho al beneficio, pudiendo existir restricciones de disponibilidad y horarios para la atención, que pudieran afectar, especialmente a las personas trabajadoras, por las limitaciones de horario. Esto afecta mayormente a los hombres trabajadores, ya que constituyen la mayor proporción de ocupados de la fuerza laboral de 15 años y más, a nivel nacional, al trimestre abril, mayo y junio de 2015 (59%)⁷. Además, la esperanza de vida al nacer en Chile período 2010-2015 es de 76 años para el hombre y de 82 años para la mujer⁸. Es decir, la mujer tiene una esperanza de vida 6 años superior a la del hombre. Esto significa que la mujer desde su jubilación a los 60 años, tendría una sobrevida de 22 años y el hombre, desde su jubilación a los 65 años, tendría una sobrevida de 11 años. Entre otros factores, esto pudiera vincularse al hecho que las mujeres tienen una frecuencia anual de 1,7 consultas médicas más que los hombres, por cuanto acuden más fácilmente a los servicios médicos⁹. Esto se explica por razones culturales (cuidado del estado de la salud) y mayor facilidad de acceso a los distintos prestadores de salud, tanto individuales como institucionales.
- g) La existencia de contratos de salud anuales, pudiera desmotivar a las Isapres a no invertir en acciones preventivas de salud, ya que las personas al año

⁷ INE, Nueva Encuesta Nacional de Empleo, Trimestre Abril-Mayo-Junio de 2015

⁸ INE, Proyecciones y Estimaciones de Población, Total País, 2004 (1950-2025).

⁹ Tegtmeier R. Prestaciones Curativas en el Sistema Isapre, Año 2010.

siguiente podrían cambiarse de institución previsional, lo que estiman podría ser una “pérdida” para ellas. Esta apreciación queda desvirtuada dado que la tasa de movilidad de cotizantes entre las Isapres sólo alcanza al 5,4%¹⁰ anual al mes de julio del año 2015, lo que constituye una proporción menor.

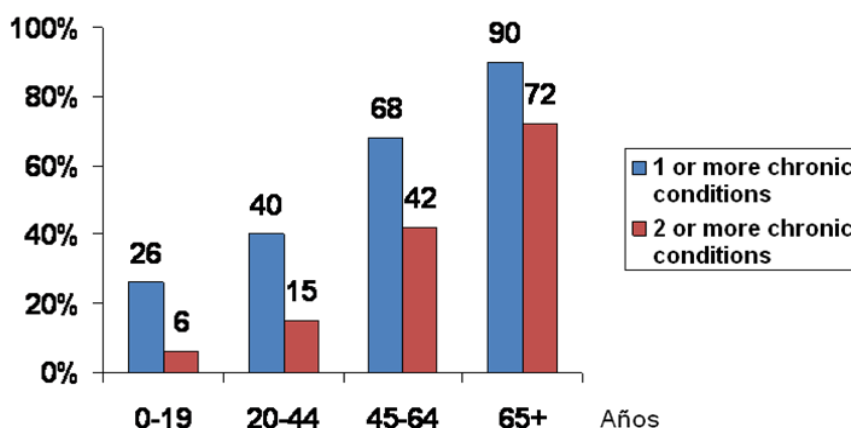
Comentarios

Este grupo etáreo de personas de 15 años y más, es el que está vinculado con las principales Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y los factores de riesgo asociados, propios de los países desarrollados, y presenta los peores resultados en términos de detección precoz de enfermedades.

A diferencia de las afecciones agudas, que son enfermedades únicas, que no suelen tener repercusiones funcionales y no presentan secuelas funcionales, las enfermedades crónicas suelen ser múltiples, presentan frecuentes reagudizaciones, y suelen tener repercusiones funcionales y dejan secuelas funcionales.

A medida que aumenta la edad, aumenta la cantidad de enfermedades y factores de riesgo, de lo cual deriva la importancia de detectar precozmente estos problemas de salud, para su adecuado manejo y evitar la aparición de otras enfermedades y complicaciones crónicas asociadas a las mismas. Ver gráfico siguiente.

Porcentaje de Población de Estados Unidos con Problemas de Salud Crónicos



Source: Anderson, G. Chronic Conditions: Making the case for ongoing care. Johns Hopkins University. November 2007.

Los resultados observados del EMP, después de 9 años desde su implementación, evidencian deficiencias en el modelo de gestión para alcanzar mayores coberturas anuales. Entre las múltiples causas que explican estos resultados y que fueron expuestos previamente, destacan el carácter voluntario de su aplicación y por el hecho

¹⁰ Estadísticas de Movilidad de Contratos de Isapre entre julio del año 2014 y julio del año 2015, Depto. de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.

que se trata de una población cuyo estado asintomático (estado preclínico) determina que las personas se sientan “sanas” como para acudir a realizarse un examen preventivo, porque a su juicio no necesitarían un “chequeo de salud anual”.

A modo de analogía, en Chile existe una revisión técnica anual de los vehículos motorizados, que es obligatoria por ley y que es equivalente a un examen preventivo anual, ya que se detectan precozmente las fallas (“enfermedades”) que el vehículo presenta a través de distintos “test” (gases, suspensión, frenos, luces, etc.) las que muchas veces no son percibidas o detectadas por su propietario o conductor (estado asintomático). Es así, como de un total de 5.210.487 revisiones de vehículos que pasaron por plantas de revisiones técnicas en Chile¹¹, entre enero y diciembre del año 2013, una cantidad de 1.444.662 revisiones técnicas fueron rechazadas, representando un 28% del total, lo que refleja la importancia de este tipo de revisión para la detección precoz de fallas en los vehículos y traduce una falta de cultura de los propietarios en la mantención de los mismos, porque creen que si el motor funciona y el automóvil se desplaza en sus ruedas, debe estar “sano”, por lo que sería innecesaria una revisión y mantención anual.

Se desprende, de lo señalado previamente, que de permitirse a las personas realizar esta revisión técnica de los vehículos motorizados de forma voluntaria, es altamente probable que la cobertura anual de revisiones técnicas sea baja. Por el contrario, en el supuesto caso de hacerse obligatorio el EMP para las personas trabajadoras, la cobertura anual en este grupo etéreo sería mayor.

En este sentido y como una forma de acercar el EMP a las personas, durante el año 2010 en la Superintendencia de Salud se desarrolló el Proyecto Super Saludable: “Medicina Preventiva en el lugar de Trabajo. La Salud empieza por Casa”.



Fuente: Elaboración propia, Depto. de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

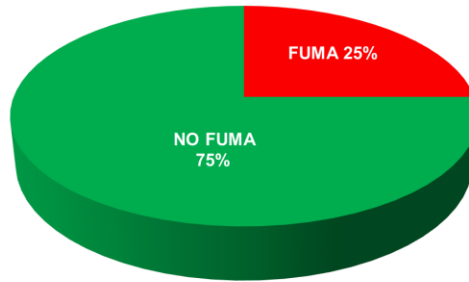
Participaron 60 personas de la Institución (50% hombres y 50% mujeres), entre 21 y 60 años, con una buena evaluación final de la iniciativa Piloto (Nota 6,7). Entre los resultados del EMP destacaron los siguientes.

¹¹ Estadística de Revisiones Técnicas Año 2013, Subsecretaría de Transportes, Gobierno de Chile.

Resultados Estadísticos

(n= 60)

CONSUMO DE TABACO



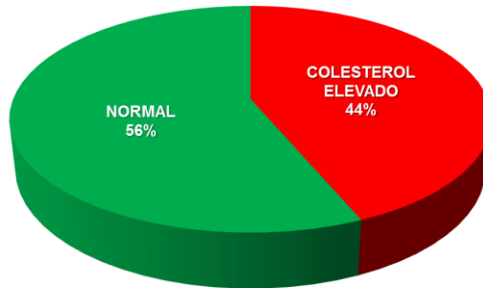
Tabaquismo en Chile 2010
(40,6%)

Fuente: Elaboración propia, Depto. de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Resultados Estadísticos

(n= 55)

HIPERCOLESTEROLEMIA Colesterol > = 200 mg /dl



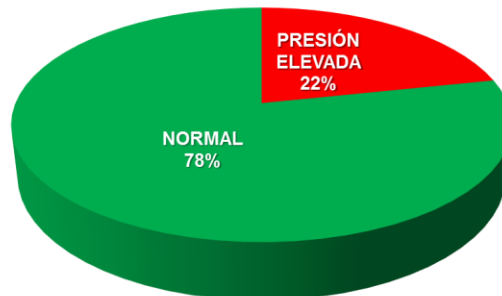
Colesterol Alto en Chile 2010
(38,5%)

Fuente: Elaboración propia, Depto. de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Resultados Estadísticos

(n= 60)

PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA
> = 140 / 90 mm Hg



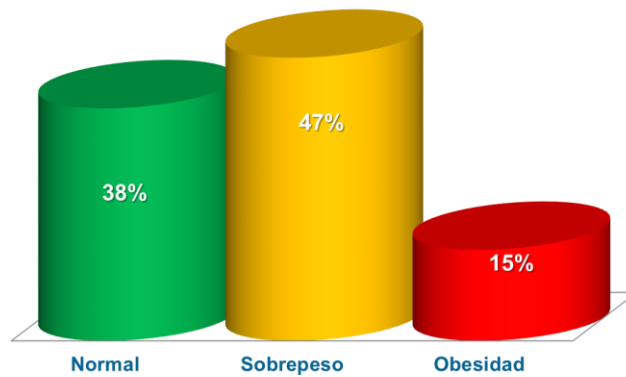
Hipertensión Arterial en Chile 2010
(26,9%)

Fuente: Elaboración propia, Depto. de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Resultados Estadísticos

(n= 60)

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

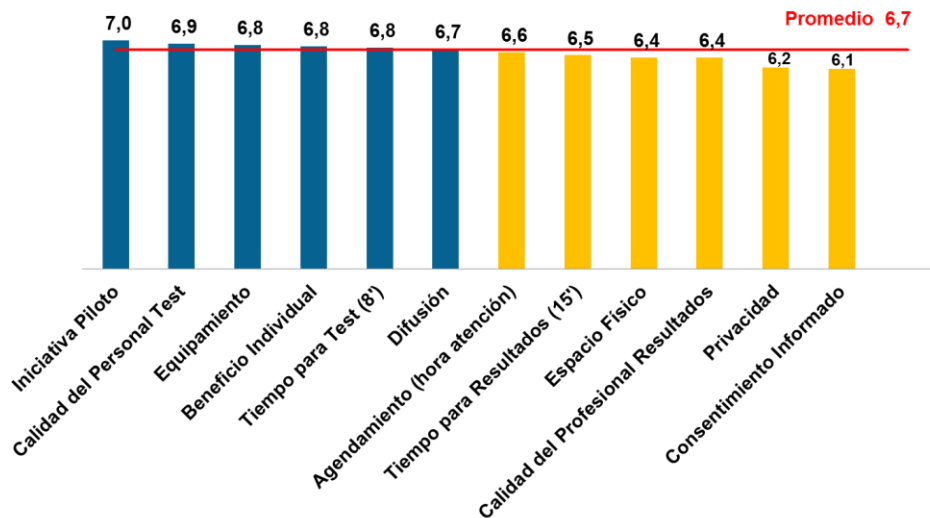


Sobrepeso Chile 2010 (39,3%)
Obesidad Chile 2010 (25,1%)

Fuente: Elaboración propia, Depto. de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Evaluación Test Preventivo

Superintendencia de Salud - Diciembre 2010 (n = 60)



Fuente: Elaboración propia, Depto. de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

6. MUJERES DE 25 A 64 AÑOS

Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 años y más, en este grupo de mujeres se debe realizar el test que se indica a continuación.

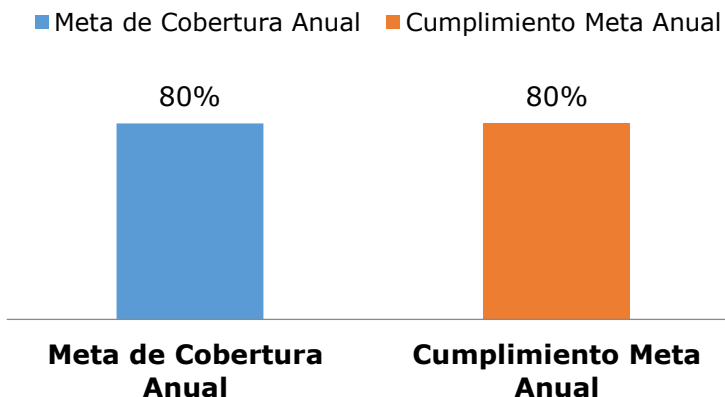
Meta de cobertura: 80% de beneficiarias con Papanicolaou vigente (realizado en los últimos 3 años).

Detección precoz de:

a) Cáncer Cérvicouterino

Examen: Papanicolaou (PAP) o citología exfoliativa cervical.

Resultados Julio 2014 – Junio 2015



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de Isapre, Superintendencia de Salud

Interpretación de resultados

El cumplimiento del 100% de las metas de cobertura anual en las mujeres con Papanicolaou vigente (realizado en los últimos 3 años), refleja la importancia que tiene para la mujer su realización dado el conocimiento adquirido a través del sistema de atención de salud, formando parte de un examen casi rutinario para toda mujer. La prueba de Papanicolaou (PAP) es un examen barato, fácil y simple que cualquier médico o enfermera (con entrenamiento) o matrona, puede realizar, que contribuye eficazmente al diagnóstico precoz del cáncer del cuello uterino en estado preinvasor.

Sin embargo, el cumplimiento de las metas de cobertura de este test de pesquisa, se logra mayoritariamente usando el Plan Complementario de Salud y un bajo porcentaje, haciendo uso de los beneficios que otorga el EMP, correspondiente a un 84,7 y 15,3%, respectivamente.

Comentarios

El Cáncer Cérvicouterino es una enfermedad un 90% "prevenible", si la prueba de Papanicolaou se realiza regularmente en las mujeres, ya que su detección precoz permite tratamientos efectivos, cuando se detecta en estado preinvasor, evitando la progresión de la enfermedad a estados más avanzados (estado invasor), de manejo más agresivo y complejo. Cuando se alcanzan coberturas iguales o superiores al 80% en las mujeres entre 25 a 64 años, diversos programas han demostrado impacto en la reducción de la mortalidad, usando la citología convencional como método de tamizaje, como los desarrollados en Finlandia, Dinamarca, Suecia, Columbia Británica en Canadá¹².

7. PERSONAS DE 40 Y MÁS AÑOS

Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 y más años, deberá efectuarse en este grupo de población la detección de la condición que se señala.

Meta de cobertura: 15% de población beneficiaria.

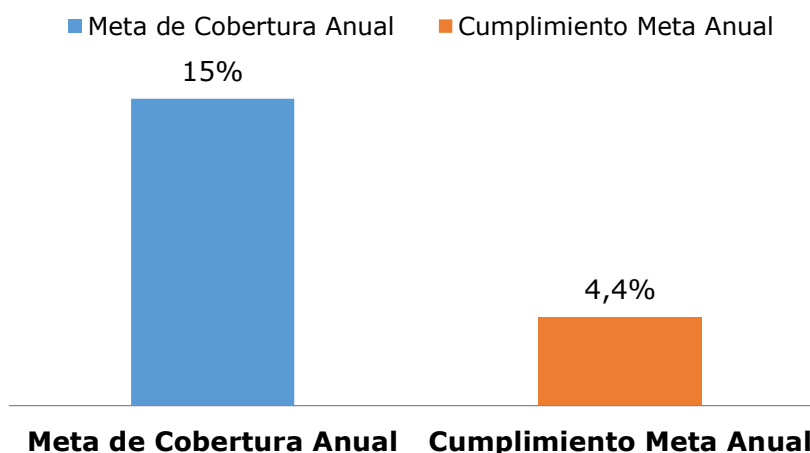
Detección precoz de:

Dislipidemia

Examen: Medición de colesterol total.

¹² MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Cáncer Cérvicouterino. Santiago: Minsal, 2010.

Resultados Julio 2014 – Junio 2015



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de Isapre, Superintendencia de Salud

Interpretación de resultados

Entre las múltiples causas que pueden explicar las bajas coberturas observadas en este grupo de personas, podemos señalar las que fueron descritas en el grupo etáreo de 15 años y más.

Comentarios

En estas personas de 40 años y más, entre las múltiples causas que explican estos resultados y que fueron expuestas en las personas de 15 años y más, destacan el carácter voluntario de su aplicación y por el hecho que se trata de una población cuyo estado asintomático (estado preclínico) determina que las personas se sientan "sanas" como para acudir a realizarse un examen preventivo, en este caso, medición del colesterol total.

8. MUJERES DE 50 A 59 AÑOS

Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 años y más, en este grupo de mujeres se debe realizar el test que se indica a continuación.

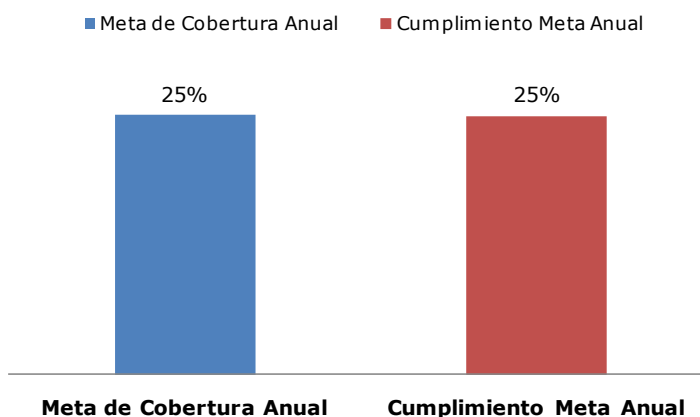
Meta de cobertura: 25% de la población beneficiaria

Detección precoz de:

Cáncer de Mama

Examen: Mamografía cada 3 años.

Resultados Julio 2014 – Junio 2015



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de Isapre, Superintendencia de Salud

Interpretación de resultados

El cumplimiento del 100% de las metas de cobertura anual en las mujeres con Mamografía vigente (realizada en los últimos 3 años), refleja la importancia que tiene para la mujer su realización, al igual como ocurre con el Papanicolaou (PAP), dado el conocimiento adquirido a través del sistema de atención de salud, respecto de este cáncer, que tiene una alta tasa de mortalidad en Chile entre los tumores malignos.

Respecto del cumplimiento de la meta de cobertura de este test de pesquisa, ésta se logra usando el Plan Complementario de Salud y los beneficios que otorga el EMP, correspondiente a un 53,2% y 46,8%, respectivamente.

No obstante lo anteriormente expuesto, lo deseable es realizar este examen de Mamografía al menos cada 2 años a las mujeres entre los 50 y 74 años, asociada o no al examen físico de mamas (grado de recomendación tipo B), con una meta de cobertura de un 80% para que tenga impacto poblacional en la reducción de la mortalidad por esta causa en Chile.

Comentarios

En Chile, el Cáncer de Mama en 2010 alcanzó una tasa de mortalidad observada de 15,0 por 100.000 mujeres (1.297 defunciones), ocupando el 9º lugar entre las 10 primeras causas de defunción en mujeres¹³ y la primera causa entre los tumores malignos el año 2012¹⁴. La tasa de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) por Cáncer de Mama en la mujer es de 100 por 100.000, ocupando el segundo lugar después de Cáncer Cérvicouterino. El análisis de la tendencia de las tasas de mortalidad ajustadas por edad por este cáncer muestra una reducción del 14,4%, entre los años 1990 y 2008 en Chile. Existe evidencia que las mujeres que participan de un programa de tamizaje tienen más posibilidades de acceder a una cirugía

¹³ DEIS, Ministerio de Salud. Diez primeras causas de defunción en Mujeres, Chile 2000-2010

¹⁴ DEIS, Ministerio de Salud., Defunciones por Tumores Malignos según Sexo, Chile 2000-2012

conservadora, debido a que el diagnóstico se hace en etapas más favorables por lo que mejora el pronóstico, en términos de sobrevida y calidad de vida¹⁵.

9. ADULTOS DE 65 Y MÁS AÑOS

Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 y más años, en este grupo de población deberá efectuarse la detección de la condición que se señala a continuación.

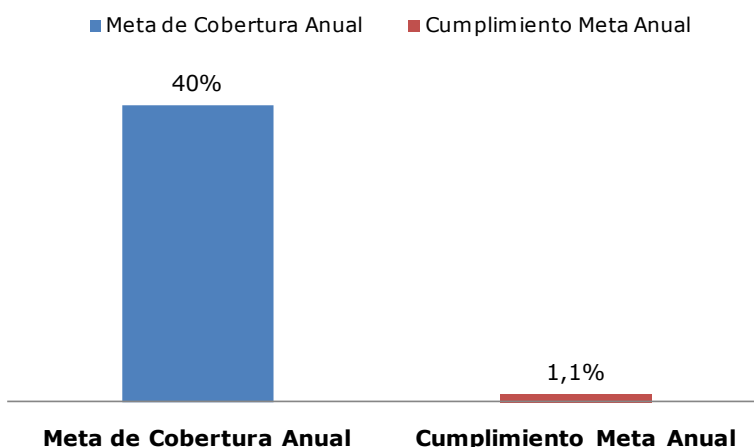
Meta de cobertura: 40% anual

Detección precoz de:

a) Autonomía funcional

Examen: Cuestionario estandarizado, Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM).

Resultados Julio 2014 – Junio 2015



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de Isapre, Superintendencia de Salud

Interpretación de resultados

Entre las múltiples causas que pueden explicar las bajas coberturas observadas en este grupo de personas podemos señalar las que fueron descritas en el grupo etáreo de 15 años y más. Además, la aplicación del cuestionario para la Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM), no constituye una prestación específica y por este motivo no tiene codificación para su cobro adicional. Esto podría explicar, además, un subregistro y la baja cobertura observada a través del Examen Preventivo.

¹⁵ MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Cáncer de Mama. Santiago, MINSAL, 2011.

Comentarios

El cuestionario EFAM es un instrumento “**predicador de pérdida de funcionalidad**” de las personas mayores. La aplicación del EFAM permite detectar en forma integral los factores de riesgo de la persona mayor que vive en la comunidad y que es autovalente. No se aplica a los adultos mayores que a simple vista están discapacitados, como por ejemplo quienes usan silla de ruedas, a quienes sufren secuelas de accidente vascular, etc. Esto podría explicar en parte, entre otros factores, que su aplicación sea baja.

7. Cobertura del EMP según Modalidad de Otorgamiento

La cobertura total para el cumplimiento de las metas de coberturas establecidas anualmente, tiene su origen en la cobertura lograda a través de la realización de los test de pesquisa vía Examen de Medicina Preventiva (EMP), con una bonificación del 100% de las prestaciones y la cobertura alcanzada a través del Plan Complementario de Salud, con una bonificación según el Plan de Salud contratado. En el cuadro resumen siguiente se pueden observar cada uno de los test de pesquisa, las coberturas alcanzadas, respecto de las metas de cobertura anual establecidas.

Resultados Julio 2014 – Junio 2015

Test de Pesquisa	Cobertura Anual Observada	Metas de Cobertura Anual
Cuestionario Autodiagnóstico sobre riesgos en el uso de Alcohol	1,1%	100%
Medición estandarizada de presión arterial	1,1%	100%
Aplicación de Cuestionario Tabaco Estrategia 5 A´s	1,1%	100%
Medición de peso y talla	0,4%	100%
Glicemia en ayunas	100,0%	100%
Urocultivo	100,0%	100%
VDRL o RPR en sangre	100,0%	100%
Test de Elisa para VIH con consejería pre y post examen	100,0%	100%
Maniobra de Ortolani o Barlow	0,0%	100%
Determinación de Fenilalanina en sangre	80,7%	100%
TSH en sangre	92,9%	100%
Radiografía de Pelvis	59,6%	60%
Aplicación de Cartilla LEA	0,1%	60%
Pesquisa precoz de factores de riesgo para patologías bucales	0,1%	60%
Medición de peso y talla	0,1%	60%
Cuestionario Autodiagnóstico sobre Riesgos en el uso de Alcohol	1,8%	25%
Medición estandarizada de presión arterial	1,8%	25%
Aplicación de Cuestionario Tabaco Estrategia 5 A´s	1,7%	25%
Medición de peso y talla y circunferencia de cintura	1,8%	25%
Glicemia en ayunas	25,0%	25%
Baciloscopía a personas con tos productiva por 15 días o más	1,7%	25%
VDRL o RPR en sangre en personas con riesgo	10,5%	25%
Papanicolaou (PAP) o citología exfoliativa cervical	80,0%	80%
Colesterol total	4,4%	15%
Mamografía cada 3 años	25,0%	25%
Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM)	2,1%	50%

Fuente: Elaboración propia. Depto. de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Del total del test de pesquisa realizados a las personas, que alcanza a 2.144.972, una cantidad de 569.646 test (27%) fueron realizados a través del EMP y 1.575.326 test (73%), usando el Plan Complementario de Salud.

La bonificación total de los test de pesquisa realizados, fue por un monto de \$7.602.488.932, de los cuales \$1.872.736.843 (25%) fueron por el uso del EMP, con copago cero para los beneficiarios y \$5.729.752.089 (75%) fueron bonificados por las Isapres a través del Plan Complementario de Salud. En esta segunda alternativa, existe un copago de parte de los beneficiarios, que en promedio, corresponde a un 40% del valor facturado total por parte de los prestadores de salud vinculados con los exámenes de laboratorio e imagenología (test de pesquisa del EMP). Este porcentaje corresponde a un gasto de bolsillo total estimado de \$3.819.834.726.

8. Comentarios y Perspectivas Futuras del Examen de Medicina Preventiva

1. Prestaciones Preventivas *versus* Curativas

Por concepto de prestaciones preventivas del EMP, en las Isapres Abiertas, entre el período Julio de 2014 y Junio de 2015, la bonificación total alcanzó un monto de \$7.602.488.932 (7.602 Millones). Por otra parte, en el Sistema Isapre, durante el año 2014, el monto total bonificado por prestaciones curativas alcanzó un monto total de \$1.440.126.231.879 (1.440.126 Millones). A modo ilustrativo, al evaluar estas dos cifras, en términos generales, podemos señalar que de la bonificación total por concepto de prestaciones de salud, aproximadamente un 99,5% corresponde a bonificación por prestaciones curativas y alrededor de un 0,5%, a bonificación por prestaciones de tipo preventivo. A su vez, de realizarse todos los test de pesquisa a las personas, según los grupos objetivos y con cumplimiento del 100% de las metas de cobertura anual, este porcentaje subiría sólo a un 1,5% del total bonificado en prestaciones de salud. Esto traduce un claro desbalance entre ambos tipos de prestaciones. Y sabemos que más vale un gramo de prevención que un kilo de curación. Y tal como lo señaló Sócrates (470 a.C.) "Al comienzo de una enfermedad, ésta es difícil de diagnosticar y fácil de curar. Cuando la enfermedad avanza, ésta es fácil de diagnosticar y difícil de tratar". Esto no significa que se deban privilegiar las prestaciones preventivas en desmedro de las curativas, sino que se debería mejorar los aportes en recursos y modificar el modelo de gestión del EMP existente para alcanzar mejores resultados que los observados, después de 9 años de implementación.

En Chile, se estimó que durante el año 2013, entre 1,6% y 4,1% del Gasto Público en Salud fue destinado a actividades de promoción de la salud y prevención primaria. Asimismo, se estimó que el Gasto Público en Salud en promoción y prevención de enfermedades no transmisibles representó el 0,19% del PIB¹⁶.

¹⁶ Cuadrado, C.; García, J., Estimación de Indicadores para Monitoreo del Impacto Socioeconómico de las Enfermedades No Transmisibles en Chile, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Septiembre 2015, Santiago.

Los principales efectos positivos de una mayor inversión en promoción de la salud y prevención (I y II), son los siguientes: 1) Permite mantener saludables a las personas sanas, con más años y mejor calidad de vida. 2) El diagnóstico y la terapia precoz previenen una evolución irreversible. Se logra tratar los problemas de salud detectados precozmente en etapas más favorables por lo que mejora el pronóstico, en términos de sobrevivencia y calidad de vida. En algunos tipos de cáncer el tratamiento es definitivo y a un costo bajo, en comparación con los tratamientos en etapas avanzadas y que afectan el pronóstico de sobrevivencia. 3) En términos económicos, contribuye a morigerar el gasto en salud del país, respecto del Producto Interno Bruto (PIB), conteniendo el alza sostenido observado en los países de la OCDE estos últimos años, como consecuencia del cambio del perfil demográfico (envejecimiento), cambio en el perfil epidemiológico (enfermedades crónicas no transmisibles), uso de nuevas tecnologías, nuevos tratamientos, etc.. En síntesis, podemos señalar que más vale prevenir que curar y que el beneficio para las personas y el país son significativos en el corto y en el largo plazo, en términos de salud y en los aspectos económicos.

2. Propuestas para aumentar la Cobertura anual del EMP

Ante las diversas causas que explican la baja cobertura general observada del uso del EMP, especialmente en las personas de 15 años y más, es posible adoptar algunas medidas tendientes a aumentarla, lo que se presenta en el cuadro siguiente.

Examen de Medicina Preventiva (EMP) Propuestas para aumentar la Cobertura Anual

CAUSAS		MEDIDAS
Baja difusión del EMP (gratis)	➔	Aumentar difusión del EMP
Estado Asintomático (“sentirse sano”)	➔	Promover consulta anual (“revisión anual”)
Carácter Voluntario del EMP	➔	Promover compromiso personal y laboral anual
Temor a Discriminación Laboral	➔	Garantizar manejo privado de los resultados
Condicionantes al Acceso del EMP en Prestadores	➔	Facilitar Acceso del EMP en Prestadores (disponibilidad y horarios)
Contratos de Salud Anuales	➔	Generar incentivos para permanencia de personas beneficiarias a largo plazo

Fuente: Elaboración propia. Depto. de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

Sin embargo, el impacto que puedan tener estas medidas para aumentar la cobertura anual, se ven limitadas por las dos principales causas que explican la baja cobertura observada, como son el carácter voluntario de la aplicación del EMP y el estado asintomático de las personas que se sienten “sanas”, constituyendo variables relevantes para no acudir a realizarse un chequeo preventivo anual, porque a su juicio “no lo necesitan”, especialmente importante en el grupo objetivo de personas de 15 años y más.

3. Cambio en el Modelo de Gestión: Acercar el EMP a las personas

Por lo señalado previamente, plantear un nuevo modelo de gestión adquiere validez para mejorar la cobertura del EMP. Entre otras cosas, una medida importante sería facilitar el acceso a los niños, jóvenes y adultos para realizarse el EMP, trasladando este chequeo preventivo anual a los colegios (niños y jóvenes) y a los lugares de trabajo (adultos en edad laboral), cuando esta opción sea factible de ser implementada. Esto significa acercar la salud a la gente y contribuiría a promover una cultura preventiva a lo largo de la vida.

4. Propuesta de hacer obligatorio el EMP en las personas trabajadoras

Por lo anteriormente expuesto, también resulta pertinente evaluar la obligatoriedad de la aplicación del EMP si se desea mejorar su cobertura, tal como se hizo a través de la Ley N° 6.174 del año 1938, al plantear la realización de exámenes sistemáticos de salud, gratuitos y obligatorios, a los trabajadores¹⁷ y que actualmente se encuentra plenamente vigente para los profesionales activos de Carabineros, Policía de Investigaciones (PDI) y Gendarmería.

Esta propuesta, por su complejidad, dadas las múltiples variables que deberían ser consideradas y evaluadas para su eventual implementación, requiere de un análisis integral que escapa a las posibilidades de este Informe.

5. Hacia una Cultura del Deporte en Chile

Si bien la prevención secundaria del EMP, para la detección precoz de enfermedades y/o factores de riesgo en personas asintomáticas (que desconocen su condición de enfermo), es relevante, cobra también importancia promover la salud en personas sanas, siendo la actividad física y la práctica deportiva, acciones esenciales para el cambio hacia una cultura del deporte en Chile.

En este sentido, la contribución del Sistema Elige Vivir Sano (SEVS) en comunidad, junto con el Comité Interministerial que actúa como asesor y en el cual participan sus Ministros como representantes de sus carteras: Desarrollo Social, Hacienda, Salud, Educación, Trabajo y Previsión Social, Vivienda y Urbanismo, y Ministerio del Deporte, son fundamentales para implementar acciones en sus ámbitos de competencia vinculados con los estilos de vida saludables. Un rol relevante le cabe al Ministerio del Deporte en el desarrollo de una cultura del deporte en Chile.

Cabe hacer presente, que la práctica deportiva, presenta múltiples externalidades sociales positivas, entre las que destacan la integración social, la promoción de la salud y el bienestar social, que en su conjunto contribuyen a hacer más saludables y más felices a las personas, tal como se muestra en el cuadro siguiente.

¹⁷ Osvaldo Cifuentes, La Sanidad en 1946-50, Etapas del Proceso Sanitario Chileno, Servicio Nacional de Salubridad. Inspección General de la Dirección General de Sanidad, Santiago, Chile, Noviembre 1953.

LA PRÁCTICA DEL DEPORTE

Integración Social

- Integra transversalmente nuestra sociedad
- Crea y desarrolla hábitos sociales
- Crea y desarrolla una cultura deportiva
- Promueve el trabajo en equipo
- Fomenta la tolerancia y el respeto por los demás
- Valora y reconoce el esfuerzo para alcanzar metas individuales, grupales y como país.

Promoción de la Salud

- Promueve estilos de vida saludables
- Promueve una alimentación saludable
- El uso del tiempo libre en los jóvenes los aleja del sedentarismo, la drogadicción y la delincuencia
- Contribuye a la disminución de las enfermedades crónicas no transmisibles (Diabetes, Hipertensión, Obesidad y sus complicaciones asociadas).

Bienestar Social

- Contribuye al bienestar social
- Fomenta las actividades al aire libre
- Fortalece los lazos familiares
- Contribuye al bienestar de la salud mental
- Permite usar espacios naturales para el deporte y la recreación
- Contribuye al pensamiento positivo
- Contribuye al desarrollo integral
- Hace más felices a las personas



CHILE PARA TODAS Y TODOS MAS SALUDABLE

Chile más saludable es tarea de todas y todos

Fuente: Elaboración propia. Depto. de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud

1. Bibliografía

- Casos GES acumulados Julio 2005-Marzo 2015, Depto. de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud, Santiago.
- Tegtmeier R. Examen de Medicina Preventiva durante el Primer Año de Vigencia Año 2005. Depto. de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud, Santiago.
- Guía Clínica del Examen de Medicina Preventiva Año 2005. Ministerio de Salud, Santiago.
- Guía Clínica del Examen de Medicina Preventiva Año 2008. Ministerio de Salud, Santiago.
- Guía Clínica del Examen de Medicina Preventiva Año 2013. Ministerio de Salud, Santiago.
- Decreto Supremo N°4, de fecha 05 de febrero de 2013, del Ministerio de Salud. Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud.
- Estadísticas de Prestaciones de Salud Curativas del Sistema Isapre, año 2014. Depto. de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud, Santiago.
- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud 2002. Manejo Alimentario del Adulto con Sobrepeso u Obesidad. <http://minsal.cl>
- Encuesta Nacional de Salud Año 2010
- INE, Empleo Trimestral, abril-mayo-junio de 2015
- Health at a Glance 2011-2013, OECD Indicators
- Estadística Consolidada de Movilidad de Cartera del Sistema Isapre, Julio 2014-Julio 2015, Depto. de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud, Santiago.
- Cuadrado, C.; García, J., Estimación de Indicadores para Monitoreo del Impacto Socioeconómico de las Enfermedades No Transmisibles en Chile, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Septiembre 2015, Santiago.