



## **INFORME DE PASANTÍA**

**“Innovaciones en gestión de salud y cuidado centrado en el paciente, para el abordaje interdisciplinario, y las consecuencias del contagio y prevención del virus VIH, en los últimos años y sus efectos en la población chilena, y los costos-efectividad de un adecuado manejo desde lo económico y emocional”**

Marjorie Todeschini Schleede, RUT: 9.037.227-0  
Pasantía realizada en la Universidad de Harvard, Boston, MA  
Período noviembre de 2018  
Supervisor: Sr. Rony Lenz  
Fecha de entrega: 14 de diciembre de 2018  
Universidad Andrés Bello  
Instituto de Salud Pública Andrés Bello  
MBA con Especialización en Salud

## **2) Resumen Ejecutivo**

Este informe, corresponde a valorar hoy en día en Chile, el aumento alarmante de los últimos siete años en nuestro país Chile, de un 96%, llegando a ser el país con mayor aumento Latinoamericano, incluso ganando por encima de cifras a África. Es por esto, mi real interés, también de mostrar aquí, cuál sería la forma más practica para evitar el contagio masivo, a través de la elección de un test rápido, En el cual sea de fácil administración ,para cualquier persona, sin tener que pasar por médicos, consultas, listas espera, exámenes que demoran, ahorrando tiempo y costo efectividad, en cuanto a accesibilidad y precio, comprándolo en farmacias a bajo costo, o dándolo en atención primaria gratuitamente si lo requiriesen, y que esto incluya la ayuda integral del Estado y Ministerio de Salud. A través también, de realizar mayores campañas durante el año, y poder proporcionar mayor financiamiento en este aspecto, especialmente dedicado a lo que es el contagio del virus VIH Sida en Chile. Todo lo anterior mencionado, bajaría el aumento del contagio, y les sería más cómodo, fácil, practico a jóvenes, y gente en general de adquirir el test. Todo esto, en conjunto con las campañas publicitarias, las cuales deben aumentar, se tendría más conciencia y, a su vez se realizarían el test de forma masiva, evitando los futuros contagios.

Por, otra parte se habla, del modelo a seguir que se ocupa en Estados Unidos, sobre el análisis de Sentimientos, sus consecuencias favorables, tanto para profesionales de la salud, que atienden en este caso a pacientes con virus VIH/SIDA, lo que favorece la esfera de lo emocional, tanto como para el paciente y sus familiares, entendiendo que la parte de salud mental es de suma importancia para un paciente que esta inmunodepresivo. Para esto, se podría imitar un modelo de software, que permite estar en directa comunicación con los pacientes, en sus diferentes etapas, así como también, por ejemplo, cuando se encuentra en

cirugías y/o hospitalizados. Se ha descubierto, que a pesar de que las computadoras, no pueden analizar sentimientos, si pueden ayudar a llegar de forma masiva, rápida y efectiva, a comunicación con pacientes y sus familiares, lo que demostró de beneficios emocionales de un sentir, de “BIENESTAR”, tanto para los profesionales de la salud, como para pacientes y familiares a cargo del paciente.

Por otro lado, se describen las consecuencias que significa, estar contagiados con el virus VIH SIDA, de una forma breve, especificando algunos aspectos físicos, pero dándole más énfasis, en los aspectos psicológicos y sus síntomas.

Finalmente, sacar el estigma, y la confiabilidad para este tipo de paciente, depende de un cambio cultural, que, a través de tiempo con estas, y otras medidas, se puede lograr a mediano y largo plazo.

La población chilena, que se muestra según los estudios hoy en día más vulnerables al contagio, con mayores tasas en este aumento es de jóvenes, que están en un rango de edad de 15 a 29 años, donde se incluye edad fértil en mujeres, y por ende el contagio es también de forma vertical.

En esta informe se demuestra a través de la metodología ocupada cualitativa, a través de entrevistas semiestructuradas, a 25 pacientes con 15 preguntas en un centro de salud mental privado; que estas 15 personas optaron por tratarse el área de la salud mental en un lugar de salud privada, sin dejar de adquirir y continuar con su tratamiento gratuito debido al GES, para no perder, sobre todo su tratamiento de fármacos, controles médicos y posibles hospitalizaciones en día de mañana. Esto demuestra, que falta mucho por parte de las instituciones de salud pública, el poner énfasis en la calidad de comunicación con el paciente,

y los tiempos que se les da en la atención, el sentirse escuchados y contenidos, y la poca relevancia e importancia que dan al área de la salud mental, tanto al paciente como sus familiares. Lo que, finalmente sin estar esto presente de forma adecuada, ha demostrado en los pacientes sin una atención adecuada de su salud mental, disertan del tratamiento, y concluyen sin tener adherencia a él en muchas ocasiones, o sólo se preocupan de ir a recibir su tratamiento de fármacos y de sus controles de exámenes rutinarios, pero son estos los que generalmente se encuentran inmersos en diferentes trastornos afectivos; como la distimia, depresión enmascarada, episodios psicóticos por angustia elevada flotante, crisis de pánico, ideación suicida con o sin planificación, y la mayoría con una depresión mayor sin tratamiento efectivo. Por lo que existen muchos suicidios por lo anteriormente descrito.

Es importante recalcar, que se hace una definición del sistema de salud hoy en día de Chile, explicando cómo opera, y planteando las carencias hoy en día existentes, al ser un plan mixto, por lo tanto, se propone nuevas medidas para formular un nuevo plan de salud, con nuevos marcos regulatorios, que logren una salud de forma universal, y dónde se proponen nuevas estrategias, eliminando factores que no aportan a la salud, sobre todo a los pacientes contagiados con el virus VIH/SIDA, ya que son estos los que están dentro de la población más vulnerable, ya que son pacientes de enfermedades crónicas ya que están en continuo tratamiento y supervisión clínica. Se analiza el sistema de salud en Chile, del financiamiento y sus prestadores, así como sus beneficiarios o pacientes, dónde se demuestra que aún existen varias falencias y por sobre todo equidad en la salud de los chilenos.

### **3) Tabla de Contenidos**

- 1) Título del Informe de Pasantía. Página 1.
- 2) Resumen Ejecutivo. Páginas 2 – 4.
- 3) Tabla de Contenidos. Página 5.
- 4) Lista de Tablas y Gráficos. Página 6.
- 5) Descripción del Contexto de la Pasantía. Páginas 7 – 10.
- 6) Cuerpo del Informe de Pasantía. Página 11.
  - 6.1) Introducción. Páginas 11 – 17.
  - 6.2) Metodología. Páginas 18 – 22.
  - 6.3) Resultados. Páginas 23 – 61.
  - 6.4) Discusión. Páginas 62 – 89.
  - 6.5) Conclusiones. Páginas 90 – 101.
- 7) Bibliografía y Referencias, Páginas 102 – 103.
- 8) Anexos: Páginas 104 – 115.

#### **4) Lista de Tablas y Gráficos**

- Tabla 1: Cuadro comparativo de la sensibilidad, especificidad y uso de pruebas diagnósticas de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Página 35.
- Tabla 2: Tiempo Médico compartido: Medición de Éxito. Página 45.
- Tabla 3: Viabilidad de las reformas. Páginas 88 y 89.
- Tabla 4: Tabla Contenidos y Horarios Seminario Salud en el Siglo XXI. Páginas 113 y 114.
- Gráfico 1: Gastos del Ministerio de Salud para enfrentar el SIDA.
- Gráfico 2: Muestras para la confirmación de diagnóstico de la infección por VIH. Página 32.

## **5) Descripción del Contexto de la Pasantía**

Aquí, describo de forma resumida el contenido de las visitas incluidas en el programa de pasantía realizada en la Universidad de Harvard, Boston, MA., en el instituto de salud de la propia Universidad, describiendo el contexto desde dónde parte la preparación de este informe de pasantía.

Partiendo desde el día domingo 28 de octubre, entre 6:00 P.M y 7:00 P.M a una recepción en el Hotel Inn at Longwood, recepcionado por Diana Bowser y el profesor encargado de la pasantía el señor Rony Lenz; donde nos dan la bienvenida, nos entregan los materiales de estudio para la realización de la pasantía, y donde se hace un breve resumen de los temas que abordaremos en general durante toda la pasantía. Luego el día lunes 29 de octubre, se inicia el proceso de clases a las 9:00 A.M, hasta las 10:15 A.M, del curso INTRODUCCIÓN Y VISIÓN GENERAL DEL PROGRAMA, relatado por la profesora Diana Bowser, luego el mismo día de 10:30 a 12:00 P.M, se imparte el curso de INTRODUCCIÓN AL SISTEMA DE SALUD EN EE.UU, por Diana Bowser.(en este curso me baso también para la formulación de mi informe, en comparar, los sistemas de salud entre Chile y Estados Unidos, y más bien describiendo el sistema de salud en Chile y dándole opciones para sus posibles mejoras), luego de 1:00 P.M a 2:30 P.M, se imparte el curso de: CREANDO UN PROGRAMA DE MEDICINA GUIADA POR LA PRESICIÓN DE LOS DATOS INFORMÁTICOS, relatado por el profesor Joan Quackenbush, finalmente ese día de 2:30 P.M a 4:00 P.M, se realiza una caminata al Gordon Hall, para conocer las instalaciones más significativas de la Universidad, luego de esto, sacándose la foto grupal en la sección física original de Harvard; en las escaleras del Gordon Hall Harvard Medical

School y finalmente concluyendo en un evento opcional; de un breve tour del campus de Harvard Medical School.

Luego, el martes 30 de octubre, desde las 9:00 A.M a 10:15 A.M, se imparte y relata el curso: CALIDAD FARMACEÚTICA, COSTO Y VALOR; relatado por el profesor Paul Jeffrey, luego de 10:30 P.M a 12:00 P.M, se imparte y relata el curso; INNOVACIONES EN GESTIÓN DE SALUD Y CUIDADO CENTRADO EN EL PACIENTE; relatado por el Profesor Richard Siegrist (tema en el cual me enfoco principalmente dentro de mi informe de la pasantía, en el cual me baso para compararlo y poder imitar el modelo en Chile, a través de la problemática del aumento del virus VIH/SIDA en Chile), luego de 1:00 P.M a 2:30 P.M., se imparte y relata el curso: INNOVACIONES EN SISTEMA DE PAGO EN LOS ESTADOS UNIDOS, relatado por la Profesora Belén Fraile Ortiz, en este curso también saco algunas ideas y detalles para incluirlos dentro del informe, específicamente en la parte de la discusión, luego de 2:00 P.M a 4:00 P.M. se imparte y relata el curso de: INNOVACIÓN EN PREVENCIÓN DE ENTs EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE), relatado por la Profesora Lindsay Jaacks.

El día miércoles 31 de octubre desde las 9:00 A.M a 10:15 A.M, se relata el curso: CONECTANDO PACIENTES, PROVEEDORES Y PAGADORES, relatado por el Profesor Manu Tandon, curso en el cual también saco referencias e ideas para mi informe de pasantía, luego de 10:00 A.M a 12:00 A.M, se relata e imparte el curso: INNOVACIÓN Y CAMBIOS EN LOS HOSPITALES DE ESTADOS UNIDOS, relatado por la Profesora Laurie Pascal, dónde también saco de aquí ideas para cambios e innovación para Chile y sus gestiones en el nuevo sistema de salud, luego de 1:00 P.M a 2:30 P.M, se imparte el curso de: PAGO POR DESEMPEÑO, relatado por la Profesora Diana Bowser, y luego ese mismo



día se genera una salida para la visita al centro de salud, en las cuales también obtuve varias ideas para mi informe, sobre todo en el tema de confidencialidad del paciente desde la recepción y con un sistema generalizado dónde asisten todos los pacientes de diferentes enfermedades, sin ser estigmatizados, luego de 2:30 P.M a 4:00 P.M se realiza una visita al centro de salud comunitaria en el este de Boston y una actividad optativa al museo de bellas artes, por Sonja Luvara.

El jueves 1 de noviembre, desde las 9:00 A.M a las 10:15 A.M, se imparte el curso: REFORMA DE SALUD EN MASSACHUSETTS, & EE.UU. I, relatado por Profesora Nancy Turnbull, en el cual también me dio algunas ideas y referencias para el presente informe, proponiendo una nueva reforma para Chile en salud. De 10:30 A.M a 12:00 P.M se genera el segundo módulo del mismo curso, tema y profesora anterior, luego de 1:00 P.M a 2:30 P.M, se imparte y relata el curso, LIDERANDO MEJORAS I, luego de 2:30 P.M a 4:00 P.M, se imparte el curso LIDERANDO MEJORAS II, por el Profesor Pedro Delgado, en el cual también me ayudó en el informe para adquirir nuevas ideas para las mejoras de el sistema de salud en Chile.

Y finalmente, el viernes 2 de noviembre, de 9:00 A.M a 10:15 A.M, se imparte el curso: MÁS ALLÁ DEL ACÁ: EL CAMINO HACIA EL FUTURO, relatado por el profesor John McDonough, en el cual también fue muy relevante e interesante para sacar ideas hacia el futuro o proponer no necesariamente las misma, pero si el concepto en general, luego de 10:30 A.M a 12:00 P.M, se genera en grupos de discusión, ciertas preguntas que nos otorgaron, para luego ser presentadas de forma verbal en un papelógrafo frente al curso de pasantía, evaluando los profesores el trabajo de discusión, preguntándonos sobre lo planteado y evaluando la efectividad de nuestras respuestas, luego de 1:00 P.M a 2:30 P.M, se imparte

el proceso final de discusión plenaria, junto a la profesora Diana Bowser y Rony Lenz, aquí es donde se exponen los trabajos realizados de la discusión grupal, finalizando a las 7:00 P.M, la cena de clausura de la pasantía en la Universidad de Harvard, en el Faculty Club, donde recibimos nuestros títulos del seminario del siglo XXI en salud, acompañados por todo el equipo organizativo de la pasantía y principalmente otorgándonos los diplomas por los Profesores Diana Bowser y Rony Lenz.

## **6) Cuerpo Principal del Informe de Pasantía**

### **6.1 INTRODUCCIÓN**

El VIH es, el causante del SIDA, SIDA es una sigla que significa, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, esta es una enfermedad causada por el daño que el virus VIH produce en el sistema inmunitario. Una persona tiene SIDA cuando contrae infecciones peligrosas o tiene un número extremadamente bajo de células CD4.

Puede detectarse mediante un análisis de una muestra de sangre o saliva. La prueba de detección se realiza mediante una prueba, llamada Test de E.L.I.S.A, método que detecta los anticuerpos producidos por el organismo como una reacción a la presencia del virus. Por lo tanto, un resultado negativo, nos indicará que la persona no tiene VIH.

Una cosa es ser seropositivo; es decir, que la serología para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), causante del SIDA, se es positivo. Otra cosa es ser seropositivo; esto corresponde al grupo sanguíneo que no quiere decir que se esté infectado con VIH.

Este año 2018, el VIH SIDA en Chile, se ha evidenciado un alza en los casos de contagio de VIH superior a la vista en todos los países de Latinoamérica, incluso en África, según datos revelados por inmunólogo y director del centro de VIH del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Dr. Alejandro Afani. El cual afirma, que, de 2.968 casos registrados en 2010, en los siguientes años se vio un alza del 96% al compararlos con los 5.817 casos del

2017, todo esto estaría afectando al grupo de alto riesgo, que está dentro del rango de los 15 a 25 años principalmente.

El Dr. Afani calificó las cifras como “alarmantes”, asegurando que demuestran que “el VIH SIDA está totalmente fuera de control en Chile y que como país hemos tocado fondo”. Los números, dicen que incluso existe la posibilidad y “apuntan a que hay 40.000” personas infectadas que lo desconocen”. Es por esto, mi real interés en el tema, ya que aún se puede prevenir más esta situación de ahora en adelante, así como ver las consecuencias de estar contagiado, entregar mayor información para disminuir las cifras del aumento de los últimos años, y tener un adecuado manejo emocional., de la forma más adecuada y adaptativa.

El Ministro de Salud, Emilio Santelices, agregó que “entendemos que en Chile 45.000 personas estaban contagiadas con VIH, pero con esta nueva estimación **proyectamos que son 100.000**”.

Es por esto, que es muy importante evaluar y poner medidas sobre el tema, desde la prevención, cuáles son los métodos más efectivos a más bajo costo para esto, que pueda alcanzar la masividad de los grupos, evaluando costo-efectividad de lo anteriormente descrito dentro de la población chilena. Además, analizar las consecuencias básicas, sobre todo en el área de la salud mental, cuidado centrado en el paciente, siendo un componente importante para la contención y manejo de los pacientes contagiados con el virus VIH.

En Estados Unidos, según el Dr. Richard Siegrist y sus estudios, es de real importancia significativa poner énfasis en el cuidado a paciente, como así también, la forma de comunicación con los médicos, así como también, la satisfacción del paciente, medidas

que podrían implementarse en Chile, para los pacientes contagiados con el Virus VIH, proponiéndolo dentro de esta informe, más el análisis de sentimientos como una nueva ciencia dentro del área de la salud.” Cuando se trata con gente, recuerde que no actúa con criaturas de lógica, sino con criaturas de emoción”, Dale Carnegie. “Yo aprendí que la gente perdonara lo que le diga, olvidara lo que haga, pero la gente nunca olvidara como la hizo sentir”. Maya Angelou.

Ya que las computadoras no pueden analizar sentimientos, pero si pueden ser buenas para, manejar blogs y networks sociales, se ha alentado un mercado de opiniones, visiones, ratings, y otras formas de expresión on-line. Por lo que esto, puede al ser copiado aquí en Chile, ayudar mucho, ya que científicos expresan aprovechar estas nuevas tecnologías. Para los computadores científicos, esta montaña de datos que crece rápidamente está abriendo una ventana en la conciencia colectiva de los usuarios de internet.

Entonces, un campo nuevo emergente, conocido como; “Análisis de Sentimientos”, está tomando forma como una de las fronteras no exploradas en el mundo de la computación, traduciendo la vaguedad de los sentimientos humanos en datos “hard” de computación. Esto es más que allá, que una interesante proposición en este ámbito del área de la salud para pacientes contagiados, sino que también sería muy útil para muchas industrias, como, por ejemplo, hospitales, clínicas u otras, la opinión “online” se ha convertido en dinero corriente, ya que puede tanto destruir o crear un producto en el mercado.

Todo esto, debido a que muchas empresas, y en este caso hospitales, sobre todo públicos, así como también los privados, todavía luchan por dar sentido a la cantidad de quejas o alabanzas que recolectan “online” sobre sus servicios. Mientras que las herramientas de análisis de sentimientos comienzan a tomar forma, no sólo pueden ayudar a negocios o

instituciones de salud públicas v/s privadas para ampliar sus bases, sino que también pueden eventualmente transformar la experiencia al buscar la información vía online.

Por esto, que las encuestas de satisfacción al paciente son, la base de datos más extensas y más significativas que se pueden tener, y así revelan de forma masiva la emoción humana respecto al cuidado de salud, por lo que el grado de sentimiento puede ser un indicador más significativo y modificable que los tradicionales indicadores de satisfacción, teniendo más complejas interacciones con las nuevas tecnologías aplicadas. Si pudiésemos aplicar esta innovación en Chile para los pacientes contagiados con el virus VIH, imitados de Estados Unidos, realizado por el Dr. Richard B. Siegrist, Jr. de la Universidad de Harvard School of Public Health, a través de un software implementado, donde pudiese contactarse de forma personalizada con los pacientes en su proceso de tratamiento y seguimiento de la enfermedad, esto marcaría la diferencia absoluta, ya que habría una mayor contención hacia ellos.

En Estados Unidos, especialmente en la Universidad de Harvard, el director de calidad argumenta esto con algunos comentarios médicos como los siguientes:

- Pienso que nosotros como médicos lo que muchas veces hacemos es hablar “a” pacientes en vez de “con” pacientes. Usamos palabras como “informando” como si la conversación debiera ser unidireccional, como si estuviéramos depositando en una cuenta bancaria.

Mucho de lo que los médicos, debiesen hacer es ayudar a los pacientes a cambiar sus hábitos. Para ser mejores en eso debemos escuchar mejor, preguntar más cosas y ayudar a la

genta a luchar con las decisiones que toman en una manera que sea más beneficiosa y productivo para ellos.

Se comenta, que este es el tema de hoy; llamado Compromiso del Paciente, comunicación y empoderamiento, donde se demuestran según los últimos estudios recientes la real importancia de las “pequeñas cosas”, como la manera que un médico o profesional de la salud, se presenta a su paciente (nombre primero y apellido, luego es mejor percibido), si el profesional se sienta o se para (estar sentado resulta una mayor satisfacción para el paciente, y una percepción de haber pasado más tiempo con el paciente, aunque no haya sido así”, el lenguaje corporal es importante tanto como todo lo antes señalado.

La satisfacción del paciente se mide en Estados Unidos, según el especialista en números de rating general, que van del 0 al 10, estos serían; comunicación con los profesionales de la salud, capacidad de respuesta del personal del centro de salud, limpieza del centro de salud, silencio el centro de salud, manejo del dolor y/o otras afecciones, comunicación sobre medicamentos, información de alta a los pacientes.

Este problema, relevante para Chile ha sido enfrentado por el sistema de salud, en los últimos tiempos haciendo algunos cambios y esfuerzos, a través de campañas publicitarias, y realización a futuro de un test rápido masivo de prevención del virus VIH/SIDA (pudiendo ser adquirido en farmacias u hospitales de forma gratuita, solo al solicitarlo)

Las campañas, no han sido suficientes, ya que según los resultados se necesita poner mayor énfasis, y mayores esfuerzos por parte del Ministerio de Salud y el Estado. Para generar un cambio cognitivo y masivo de la población chilena, de la importancia de la prevención de esta enfermedad, así como también explicar a la población chilena, hoy en día

a pesar de tener un tratamiento gratuito por el Estado, el conocer realmente los cuidados que se tienen que exponer el resto de sus vidas, al estar inmunodepresivos en su salud.

Es por esto, que el Gobierno se enfocó en una campaña llamada comercial “que salva vidas”, un spot que llama a los jóvenes a realizarse el test, y a usar preservativo, y que consistió en un casting masivo al que se inscribieron más de 20.000 personas, y en el que participó un centenar de seleccionados al azar.

El Ministro de Salud, Dr. Emilio Santelices Cuevas, señaló que “los jóvenes han perdido la percepción de riesgo de cara al sexo, por eso las tasas de contagio han crecido en ese grupo, y a la luz de esas cifras, iniciamos un trabajo que se refleja en esta parte de la campaña, que busca sensibilizar a la población entre 15 y 29 años. Hay que enfatizar a que esta ahora es una enfermedad crónica, por lo que no hay que estigmatizar a quienes la padecen”.

Creo que, hay que perder el miedo al tomarse el test, y facilitar la toma de los test rápidos, para apurar la fase de inicio de tratamiento, luego de la confirmación en las personas, para luego promoverles a través de un acompañamiento interdisciplinario el hacerse cargo de la salud mental y física de este contagio. De esta manera, poder otorgarles las herramientas necesarias básicas, para la contención de las personas contagiadas con el virus VIH/SIDA en Chile, y salvaguardar el estado emocional, sin estigmatizarlos, y pudiendo darles una mayor tranquilidad en este nuevo proceso al que se ven enfrentados al adquirir la enfermedad

En cuanto al estudio de costo-efectividad, así como su aplicación y análisis en el contagio del virus VIH/SIDA en Chile, me enfocaré en los 2 test para el diagnóstico, test de ELISA y test rápido VIH, ya que, según lo planteado por la OMS, nuestra meta en Chile es



que el 90% de las personas infectadas conozcan su diagnóstico al año 2020. Es por esto que, en los resultados explicaré el análisis costo-efectividad que tienen estos 2 test, eligiendo uno en particular para poder alcanzar a llegar a la población chilena en forma masiva, más fácil, rápido y con menor costo.

En cuanto a las consecuencias desde la esfera de lo emocional, de ser portador del virus VIH, se identificarán las más importantes y sobre todo se remarcará el hecho de no estigmatizar al paciente como una de las consecuencias más negativas dentro de todo, así como el tema de sentimientos de culpabilidad o derrota frente a la vida.

## 6.2 METODOLOGÍA

Los objetivos principales de la informe son: a) Evaluar y dar a conocer información, concreta, precisa y eficiente del tema general del contagio del virus VIH/SIDA b) evaluar el impacto de una intervención temprana breve en la conducta general de las personas en Chile contagiada con el virus VIH c) realizar una medida prevención óptima y efectiva en cuanto a costo-efectividad, para la población chilena y el Estado, como para que realmente este sirva de forma óptima para bajar los índices en incremento del contagio del virus VIH, sobre todo en los jóvenes del rango descrito en la informe; de 15 a 29 años. d) dar información real y concreta, así como eficiente de las consecuencias de adquirir el contagio del virus VIH/SIDA, para que los jóvenes tomen conciencia a lo que se exponen, así como también tener las herramientas necesarias básicas para su salud mental. e) informar y relacionar las diferencias en el manejo en el área de salud, específicamente en este tema, evaluado costos-efectividad, entre Chile y Estados Unidos, sus diferencias, y el aporte de manejo de Estados Unidos que podrían adoptarse en Chile. f) identificar un formato de software para evaluar la satisfacción del paciente en su enfermedad u/o hospitalización, el cual es limitado por la satisfacción del paciente en Estados Unidos con este mismo método y el análisis de sentimientos, como solución.

Acá se utilizó una metodología más bien cualitativa con entrevistas semiestructuradas a 25 pacientes de rango de edad entre 15 y 29 años en Chile, los cuales estaban en conocimiento de su contagio del virus VIH/SIDA, siendo este un grupo con una encuesta de 15 preguntas semiestructuradas, encuestadas de forma presencial; siendo este grupo anónimo para proteger su identidad, pacientes del centro de Salud Mental Todeschini, los cuáles han sido tratados por equipo multidisciplinario, con psicoterapia de contención y apoyo

emocional en su enfermedad, en este centro privado, ya que en las Instituciones de salud pública, no se sintieron acogidos, ni contenidos. Solo van a recibir eso sí, sus fármacos gratuitos, entregados por el Estado. Y además, un análisis para mejorar el sistema de salud en Chile, especialmente para pacientes contagiados.

### Cuestionario

- 1) ¿Cómo se enteró de tener el virus VIH?
- 2) ¿A qué edad se enteró del contagio?
- 3) ¿Cuánto tiempo cree usted, que estaba contagiado con el virus VIH/SIDA anteriormente haberlo sabido?
- 4) ¿Fue muy complicado tener acceso al conocimiento a través de exámenes o consultas médicas, en cuanto al tiempo, para saber su real diagnóstico?
- 5) ¿Cómo se sintió en cuanto al acogimiento de la institución pública a la que eligió para saber de su diagnóstico?
- 6) ¿Luego de ya estar diagnosticado, cómo se sintió en cuanto a la atención y contención por parte del equipo médico multidisciplinario para llevar su enfermedad?
- 7) ¿Se sintió estigmatizado al saber que estaba contagiado por el virus VIH/SIDA?
- 8) ¿Fue de absoluta confidencialidad su diagnóstico, al asistir en diversas ocasiones a la institución pública en la cual se atendía?
- 9) ¿Cuánto tiempo guardó la información de su contagio a sus familiares o más cercanos, por el miedo de ser estigmatizado?
- 10) ¿Cuántas personas saben de su enfermedad el día de hoy?

- 11) ¿Cuáles fueron las razones de porqué se cambió al área privada para continuar con su tratamiento, más bien de la parte psiquiátrica y psicológica?
- 12) ¿Qué opina usted sobre la adquisición, de un test rápido sin tener que pasar por protocolos anteriores de médicos y exámenes, para saber si está contagiado o no?
- 13) ¿Qué opina usted sobre la implementación de un software dónde se comunican con usted y sus familiares, el equipo multidisciplinario que lo atiende en su seguimiento de la enfermedad, que favorecería el ámbito de la contención del paciente y familiares?
- 14) ¿Qué consejo le daría usted a los jóvenes hoy en día al ya haber adquirido la enfermedad?
- 15) ¿Qué propondría usted a las instituciones públicas, que pudiesen cambiar, en la forma de atención, equipo multidisciplinario que llevan a cargo su tratamiento integral?

La mayoría de las personas encuestadas se contagiaron dentro de un rango de edad más específico entre los 18 y 22 años, siendo este el 70% de los encuestados. La mayoría de estos, se tardaron aproximadamente más de un año y medio de saber su diagnóstico de esta enfermedad, ya que el 70% se enteró cuando les dio alguna enfermedad respiratoria alta (neumonía), que fue cuando estuvieron hospitalizados, así mismo la mayoría en un 95% contestaron que es de suma importancia tener el acceso a un test rápido, para ver el contagio positivo, lo cual de haber existido lo hubiesen adquirido anteriormente, al ser obtenido de forma rápida, concreta y más fácil en su adquisición.

Por otro lado, el 100% de los encuestados se sintieron estigmatizados frente a su diagnóstico en las instituciones públicas que escogieron, ya que por una u otra razón no hubo una confidencialidad absoluta, ya que tenían que estar en un área específica donde están todos

los pacientes contagiados por el virus VIH y tanto las recepcionistas, como el resto del público sabían a lo que iban. Del mismo modo, desde la esfera de lo emocional y la contención, el 100% no se sintió contenido, ni acogido sobre todo en las primeras fases del conocimiento de la enfermedad, ya que todo era muy rápido, las consultas médicas, el hablar con las enfermeras; donde se sentían como pacientes “con número”, y no como personas que necesitaran el espacio, el tiempo y la contención necesaria en algunas ocasiones. Es por esto, que, de las 25 personas encuestadas, prefirieron tomar de forma particular lo que corresponde al ámbito emocional, consultando psiquiatra y psicólogo de forma particular. Sin dejar de recibir sus tratamientos de fármacos y/o continuando con el proceso que les da el AUGÉ en las instituciones públicas para no perder el beneficio.

El 100% contesta que les hubiera sido a lo mejor muy útil el haber tenido el acceso al test rápido para el diagnóstico del virus VIH/SIDA y que les aconsejan a los jóvenes, aunque todavía esto no exista como una ley en la actualidad, de igual forma por mientras, ir a consultar a los consultorios. De esta misma forma, 100% recomienda a las autoridades el tener el acceso de una forma más rápida de tener un test que pueda ser comprado en farmacias y promulgar mayores campañas publicitarias que recalquen la importancia de realizarse este test de forma oportuna, y como así también a través de las campañas publicitarias el poder cuidarse del contagio, a través de tener mayor y mejor información sobre el tema.

En cuanto a la estigmatización, el 100% de los pacientes se han sentido de alguna u otra forma estigmatizados y les da vergüenza, de su condición de VIH positivo, manteniéndolo generalmente en reserva sólo a sus familiares más cercanos, pareja y muy pocas amistades; no superando el número de 15 personas de saber de su condición.

Esto demuestra, que aún en Chile, falta mucho por aportar y realizar sobre este tema; desde lo que se refiere a campañas publicitarias para dar mayor, mejor, y concreta información sobre lo que es realmente la importancia de evitar, adquirir y tratarse esta enfermedad. Del mismo modo, falta mucho hablando desde la parte de salud mental el tener mayor énfasis y cuidado en la protección, contención y acompañamiento de los pacientes en esta área de la salud, ya que la mayoría pasan por períodos depresivos mayores, los cuales, sin una intervención a tiempo, continua de una vez por semana por lo menos, con 1 hora de sesión, durante períodos críticos de sintomatología depresiva y/o suicida, no se avanzará en el tratamiento integral de los pacientes. Ya que no sólo sirve dar el tratamiento completo de fármacos de forma gratuita por el estado, sin poner énfasis mayormente en la comunicación con el paciente de los profesionales de la salud a cargo, su forma de relacionarse con ellos, de forma empática y cálida, y no como un paciente más, dándole los tiempos necesarios y esperados para sentirse escuchados y contenidos, así como también tener mayor continuidad en atenciones psicológicas y psiquiátricas, y no una vez por mes o cada tres meses, lo que conlleva al final a pacientes en la mayoría pseudo deprimidos emocionalmente, y en muchas ocasiones con no adherencia al tratamiento, ya que desisten de seguir tratándose, al estar con síntomas de depresión.

Esta muestra, al ser anónima, pedida por los propios pacientes, no se pueden identificar las personas, y sus respuestas quedan en absoluta confidencialidad dentro del Centro de Salud Mental Todeschini. Sólo se puede dar estos resultados de porcentaje en los rangos de sus respuestas

### **6.3 RESULTADOS**

Con respecto, al contagio de VIH/SIDA, el gasto público por tratamiento creció en 155% en los últimos 7 años, a pesar de esto, subió alarmantemente el porcentaje de los pacientes contagiados en un 96% de nuevos casos desde el año 2010 a la fecha, a pesar de esto, de un universo de casi 100.000 portadores, más de la mitad desconoce su condición, tema por el cual elegí este tema para mi informe. El aumento de los casos VIH/SIDA es analizado hoy en día con preocupación por las autoridades de salud en Chile, por lo anteriormente descrito, y a estos antecedentes se suman otro factor que mantiene alerta al gobierno, que es el crecimiento del gasto público que es destinado a esta enfermedad. 31.000 personas reciben el tratamiento para el VIH, y el gasto en campañas bajó un 14%. Es por esto que creo, que es de real importancia aumentar el gasto de forma urgente, en campañas y otros mecanismos para que la población en Chile pueda recibir mayor información de dicha enfermedad, y así recibir también una mayor facilidad para acceder al test rápido para que no siga aumentando el número de contagiados.

El VIH en Chile es un tema que ha desatado polémica por el número de personas contagiadas, el índice de mortalidad e, incluso, por el gasto público que se dispone para combatir la enfermedad.

Sin ir más lejos, en abril pasado, el Ministro de Salud, Dr. Emilio Santelices, encendía las alarmas señalando que “esto escapa a todas las cifras de contagio de los países de Latinoamérica, e, incluido de África. Toda vez que entendemos que 45.000 personas estaban contagiadas con VIH, pero en esta nueva estimación proyectamos que son 100.000. Datos entregados por transparencia por el Estado en Chile, señalan que la cantidad total de personas

en tratamiento antirretroviral activo en el sistema público de salud, a diciembre de 2017, alcanzó a 31.271 adultos y 231 niños.

En este contexto, de acuerdo con la información entregada, el número de exámenes hechos en el sistema de salud entre 2014 y el 31 de marzo de 2018, ha aumentado de 1.111.688 personas a 1.184.197.

Pese al alza, llama la atención que el gasto por año en campañas de prevención ha disminuido pasando de \$505 millones, entre los años 2014 y 2015, con la campaña “Vivamos como vivamos, siempre condón” a \$434 millones, desde diciembre de 2017 a enero de 2018, de la mano de la campaña “Más lo ignoramos, más fuerte se hace”. Se calcula, que habría al menos cerca de 13.000 personas que no están recibiendo tratamiento hoy en día.

Por otra parte, el gasto asociado al virus VIH, entre tratamientos, medicamentos, y seguimiento, ha pasado de \$54 mil millones en 2014 a \$82 mil millones en 2017. Este año, hasta abril pasado se calculó que el gasto ya suma \$22 mil millones. Cabe destacar que el gasto asociado al tratamiento compete al fondo nacional de salud (FONASA), y el gasto en exámenes durante el proceso de confirmación del VIH corresponde al instituto de salud pública (ISP).

Estados Unidos ha sido históricamente el país que más ha gastado en la lucha contra el sida, con unas sumas equivalentes a más de dos tercios de las inversiones gubernamentales internacionales.

El año pasado, Washington dedicó 4.900 millones de dólares (4.200 millones de euros) a programas de lucha contra la enfermedad, muy por delante de Reino Unido (645,6 millones) y Francia (242,4 millones).



Pero, el presidente Donald Trump propone reducir esos gastos en más de 1.000 millones de dólares en el presupuesto de 2018, que se está debatiendo en el Congreso, según cálculos de la ONG estadounidense Health Gap.

El proyecto de Trump prevé una reducción del 17% de la inversión estadounidense en el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, que será de 1.130 millones de dólares, 222 millones menos que en 2017.

“Estados Unidos representa cerca de un tercio de la financiación total del Fondo Mundial, así que una bajada del 17% de su contribución sería un verdadero mazazo”, tema de Alix Zuinghedau, de Coalition Plus, y un grupo de asociaciones de lucha contra el sida.

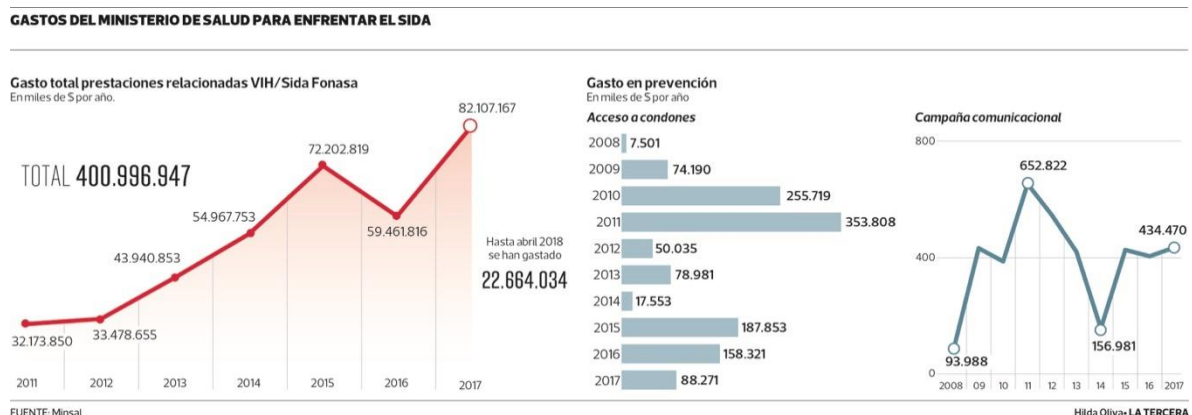
El VIH/SIDA invade el mundo en desarrollo, la pandemia no sólo debilita los sistemas de atención de la salud, sino también las estructuras sociales, económicas y culturales. El VIH/SIDA corresponde al grupo de patologías GES/AUGE (Garantías Explícitas en Salud), incorporado el año 2013, que asegura el ingreso al TARV (tratamiento antirretroviral) para personas a cualquier edad que lo requieran de acuerdo al Protocolo Nacional, así como 100 % a protocolo de la transmisión vertical para embarazadas que viven con VIH y sus hijos .

Es una enfermedad de alto costo, el presupuesto destinado a los fármacos ha crecido un 252%, desde 27.900 millones el año 2011 a 98.300 el año 2018, y el número de personas en tratamiento se ha elevado un 125%, pasando de 13.990 el año 2011 a 31.502 el año 2017, con una proyección al año 2018 de 38.800.

La patología GES VIH/SIDA en Isapres abiertas período 2014-2016, se incrementó en un 41%, registrándose 7.248 pacientes el año 2016. El gasto el año 2016 alcanza a los 40 mil millones en el 2016, que corresponde al problema de salud de mayor gasto, el cual corresponde a un 20 % del pago total que hicieron las Isapres por concepto de GES.

Según cifras de Fonasa, en 2011 el sistema público tuvo un gasto total de prestaciones relacionadas con el VIH/Sida de \$ 32.173 millones. Y en 2017 esa cifra llegó a \$ 82.107 millones, registrando un alza de 155%. Hasta abril de 2018, Fonasa había destinado al tratamiento de la enfermedad un total de \$ 22.600 millones. El 11% del gasto total en fármacos del sistema público es por terapias VIH, lo cual no corresponde a la cantidad de pacientes que reciben tratamiento, sino al elevado costo unitario de los productos. Este año el presupuesto destinado al tratamiento podría superar los \$ 90 mil millones, casi triplicando el gasto que se ha hecho por este ítem en siete años.

En los siguientes gráficos, observamos el gasto progresivo observado entre el año 2011 y 2017, asociado a prestaciones VIH/SIDA y el gasto en prevención entre los años 2008-2017.



Es fundamental, poder garantizar el acceso de la población a las pruebas diagnósticas que puedan favorecer la detección, diagnóstico temprano y el control de la evolución de la infección. Por ley, 19.979, el examen debe ser voluntario, confidencial y con consentimiento informado. Se estima que alrededor de un 25% -30% de las personas afectadas, por el virus de la inmunodeficiencia humana, desconocen su condición serológica, y por lo tanto, de no realizarse ninguna acción, serán pesquisados tardíamente, aumentado su riesgo de enfermar, propagar la epidemia y posibilidades de morir si se complican con enfermedades asociadas a la inmunodeficiencia.

### ESTUDIO COSTO EFECTIVIDAD

Existen varios test para detectar VIH/SIDA, realizare el estudio de costo efectividad en los siguientes:

- Test de Elisa, sensibilidad 99.5% (GEOSALUD)
- Test rápido VIH, sensibilidad 100 % (norma técnica, circular 20, 2014, MINSAL)

La sensibilidad se refiere a la capacidad de una prueba para identificar correctamente a un individuo de presentar la enfermedad. Si una persona tiene la enfermedad, la sensibilidad indica con qué frecuencia el resultado de la prueba será positiva. Matemáticamente, la sensibilidad es la probabilidad de una prueba es positiva cuando la enfermedad está presente:

Sensibilidad =  $\frac{\text{Número de verdaderos positivos}}{\text{Número de verdaderos positivos} + \text{número de falsos negativos}}$

Número de verdaderos positivos + número de falsos negativos

Se consideró para el estudio la sensibilidad, ya que es fundamental conocer el número de casos positivos, para poder dar cumplimiento a la meta planteada y cumplir el objetivo.

La meta que se proyecta en Chile que es alrededor de 100.000 personas infectadas que desconocen su diagnóstico.

Según lo planteado por la OMS, nuestra meta es que el 90% de las personas infectadas conozcan su diagnóstico al año 2020.

En cuanto a los costos;

- Test de Elisa, los gastos incluidos son:
  - consulta médica promedio \$20.000 (consultas médicas FONASA, ISAPRE)
  - test \$18.500 (laboratorios públicos y privados), aproximadamente.
- Test rápido \$20.000 (laboratorios privados), aproximadamente.

#### ANÁLISIS COSTO EFECTIVIDAD (TCE)

1. En el caso de Test de Elisa, el total calculado al 99.5% sensibilidad en una muestra de 100 personas es de \$3.850.000, el costo por persona pesquisada es de \$38.693
2. En el caso de test rápido VIH, el total calculado al 100% sensibilidad en una muestra de 100 personas es de \$2.000.000, el costo por persona pesquisada es de \$20.000

Por lo que se puede concluir, que se prefiere realizar test rápido de VIH, porque presenta la menor TCE (tasa de costo efectividad). El principal potencial de este test rápido, es que las personas no tienen que ir directamente a hospitales ,y consultorios a tomárselo, por lo que es factible implementar una estrategia comunitaria, para aplicarlo donde este la gente,

bajo la acción de profesionales capacitados, incorporando la consejería pre y post test, todo en el marco de una estrategia de prevención integral o directamente poder comprarlos en farmacias a bajo costo, evitando tramites, filas de espera, y consultas anteriores.

El test rápido positivo, se debe enviar muestra de confirmación a ISP, cuando es el de sangre, test ELISA.

### EVALUACIÓN: TASA DE PESQUISA

- % Aumento de las tasas de incidencia VIH/SIDA en los primeros años de implementación del programa (por mayor pesquisa).
- % Aumento de la positividad de las pruebas.
- Tasa incidencia VIH-SIDA aumentar en un 30% la tasa de notificación.

(Bases de datos, Epidemiología, Seremi de Salud Año 2009).

### ESTUDIO COSTO EFECTIVIDAD

Existen 2 test para diagnóstico de SIDA/VIH

- Test de ELISA, sensibilidad 99.5% (MINSAL)
- Test rápido VIH, sensibilidad 100 % (norma técnica, circular 20, 2014, MINSAL)

Se consideró para el estudio la sensibilidad, ya que es fundamental conocer el número de casos positivos, para poder dar cumplimiento a la meta planteada y cumplir el objetivo.

## ANÁLISIS COSTO EFECTIVIDAD (TCE)

3. En el caso de Test de ELISA, el total calculado al 99.5% efectividad en una muestra de 100 personas es de \$3.850.000, el costo por persona pesquisada es de \$38.693
4. En el caso de test rápido VIH, el total calculado al 100% efectividad en una muestra de 100 personas es de \$2.000.000, el costo por persona pesquisada es de \$20.000

Podemos entonces, concluir mayormente que, se prefiere realizar test rápido de VIH, porque presenta la menor TCE (tasa costo-efectividad).

El VIH/SIDA invade el mundo en desarrollo, la pandemia no sólo debilita los sistemas de atención de la salud, sino también las estructuras sociales, económicas y culturales.

El test rápido detecta los anticuerpos generados por la enfermedad, existen 11 tipos de test inscritos en el ISP, vigentes desde el año 1999. Consiste en la punción de un dedo y la verificación no toma más de 15 minutos.

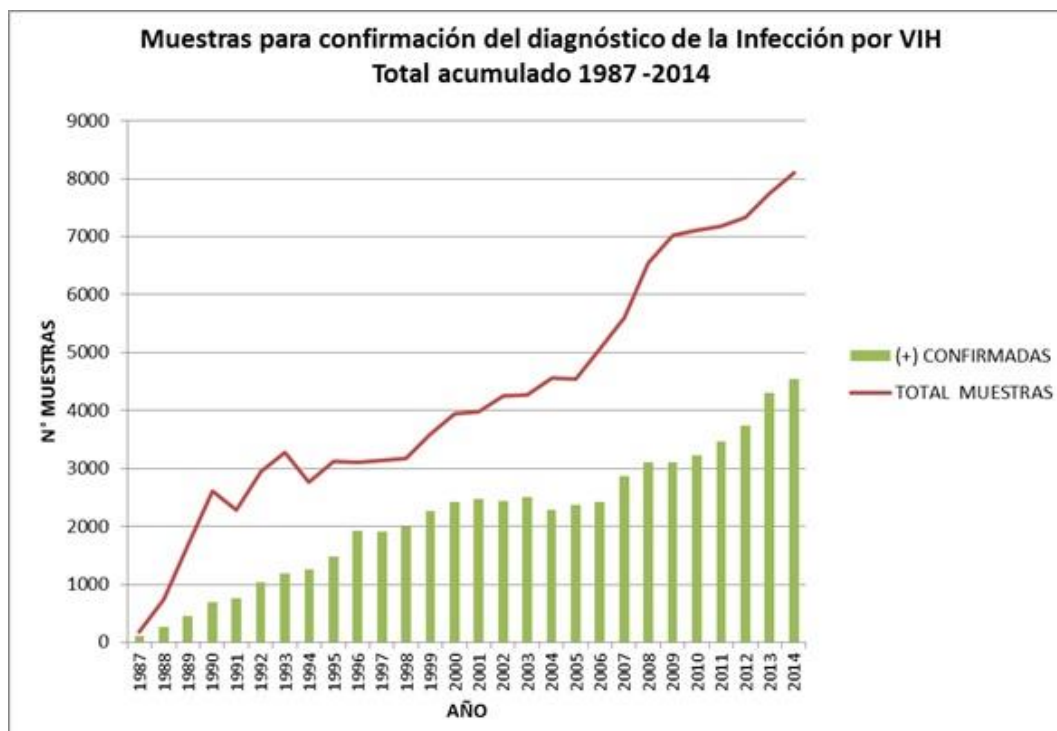
Gracias a la detección más precoz del VIH, se podrá evitar la transmisión durante esta fase increíblemente infecciosa. Esto resulta de gran importancia, teniendo en cuenta que los individuos que no son conscientes de que estén infectados tienen 3,5 más posibilidades de transmitir el virus.

El principal potencial de este test rápido es que las personas no tienen que ir directamente a hospitales y consultorios a tomárselo, por lo que es factible implementar una estrategia comunitaria, para aplicarlo donde este la gente, bajo la acción de profesionales

capacitados, incorporando la consejería pre y post test, todo en el marco de una estrategia de prevención integral.

En caso de que el paciente sea confirmado positivo por el ISP, debe tomarse una segunda muestra de Confirmación de Identidad, la que debe ser analizada nuevamente en el laboratorio (no debe enviarse esta muestra al ISP). Sólo en caso de que este resultado sea nuevamente reactivo, se procederá a informar al paciente de su condición de portador del VIH, realizando en este momento la consejería.

En el siguiente gráfico se observa el aumento de confirmaciones por ISP de la infección VIH entre los años 1987-2014



El VIH/SIDA corresponde al grupo de patologías GES/AUGE (Garantías Explícitas en Salud), incorporado el año 2013, que asegura el ingreso al TARV (tratamiento antirretroviral) para personas a cualquier edad que lo requieran de acuerdo al Protocolo Nacional, así como 100 % a protocolo de la transmisión vertical para embarazadas que viven con VIH y sus hijos.

Es una enfermedad de alto costo, el presupuesto destinado a los fármacos ha crecido un 252%, desde 27.900 millones el año 2011 a 98.300 el año 2018, y el número de personas en tratamiento se ha elevado un 125%, pasando de 13.990 el año 2011 a 31.502 el año 2017, con una proyección al año 2018 de 38.800.



Patología GES VIH/SIDA en isapres abiertas período 2014-2016, se incrementó en un 41%, registrándose 7.248 pacientes el año 2016. El gasto el año 2016 alcanza a los 40 mil millones en el 2016, que corresponde al problema de salud de mayor gasto, el cual corresponde a un 20 % del pago total que hicieron las isapres por concepto de GES.

Según cifras de Fonasa, en 2011 el sistema público tuvo un gasto total de prestaciones relacionadas con el VIH/Sida de \$ 32.173 millones. Y en 2017 esa cifra llegó a \$ 82.107 millones, registrando un alza de 155%. Hasta abril de 2018, Fonasa había destinado al tratamiento de la enfermedad un total de \$ 22.600 millones. El 11% del gasto total en fármacos del sistema público es por terapias VIH, lo cual no corresponde a la cantidad de pacientes que reciben tratamiento, sino al elevado costo unitario de los productos. Este año el presupuesto destinado al tratamiento podría superar los \$ 90 mil millones, casi triplicando el gasto que se ha hecho por este ítem en siete años.

Es fundamental, poder garantizar el acceso de la población a las pruebas diagnósticas que puedan favorecer la detección, diagnóstico temprano y el control de la evolución de la infección. Por ley, 19.979, el examen debe ser voluntario, confidencial y con consentimiento informado.

Es muy importante, poder disminuir la transmisión del VIH a través de test adecuados, asociados a un menor costo y mayor acceso de la población, condiciones que cumple el test rápido, el cual presenta una efectividad similar al test de Elisa, y su distribución puede ser directa en farmacias o en establecimientos de salud públicos o privados, acompañado de material instructivo, para que la persona que se lo realiza sepa qué hacer si resulta positivo.

Se estima que alrededor de un 25% de las personas afectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana, desconocen su condición serológica, y, por lo tanto, de no realizarse ninguna acción, serán pesquisados tardíamente, aumentando su riesgo de enfermar, propagar la epidemia y morir.

#### EVALUACIÓN: TASA DE PESQUISA

- % Aumento de las tasas de incidencia VIH/SIDA en los primeros años de implementación del programa (por mayor pesquisa).
- % Aumento de la positividad de las pruebas.
- Tasa incidencia VIH-SIDA aumentar en un 30% la tasa de notificación.

(Bases de datos, Epidemiología, Seremi de Salud Año 2009)

#### ESTUDIO COSTO EFECTIVIDAD.APLICACION Y ANALISIS DE ESTE.

Calculando la tasa Costo efectividad (TCE) para comparar métodos alternativos. en la detección del VIH. Actualmente contamos en nuestro programa de salud la detección del VIH a través de Test de ELISA de cuarta generación. Se interesa evaluar la introducción de un test rápido, como una manera de aumentar la cobertura de esta prueba a la población en general.

### Test para diagnóstico de SIDA/VIH

- Test de ELISA, sensibilidad 99.9% Especificidad 99,5%
- Test rápido VIH, sensibilidad 99.7. % Especificidad 98%

Ambos cuentan con una sensibilidad cercada al 100%, siendo sus diferencias más notorias en cuanto a su especificidad. (1,2)

Cuadro comparativo de la sensibilidad, especificidad y uso de las pruebas diagnósticas de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

<b>Ensayo</b>	<b>Uso</b>	<b>Sensibilidad *</b>	<b>Especificidad *</b>	<b>Característica técnica</b>
Prueba rápida Ac	Tamizaje	Alta Cercana al 100%	98-99%	- Sensibilidad comparable a los ELISA - Especificidad aún menor a los ELISA - Sólo detecta anticuerpos
Prueba rápida Ag/Ac	Tamizaje	Alta Cercana al 100%	98-99%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• - Sensibilidad comparable con los ELISA</li> <li>• - Especificidad aún menor a los ELISA</li> <li>• - Detecta antígenos/anticuerpos</li> </ul>
ELISA tercera generación	Tamizaje	Alta Cercana al 100%	99,5%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• - Su reactividad sólo significa un diagnóstico presuntivo de la infección por el VIH</li> <li>• - Sólo detecta anticuerpos</li> </ul>
ELISA cuarta generación	Tamizaje	Alta Cercana al 100%	99,5%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• - Su reactividad sólo significa un diagnóstico presuntivo de la infección por el VIH</li> <li>• - Detecta antígenos/anticuerpos</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiene un periodo de ventana menor que los ELISA de tercera generación</li> </ul>
Inmunofluorescencia indirecta	Confirmación	98-99%	99,9%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilidad y especificidad comparable con la del WB</li> <li>- Más barata y sencilla de ejecutar</li> </ul>
Western Blot	Confirmación	98-99%	99,9%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se emplea básicamente en los casos Indeterminados del IFI</li> <li>- Sus criterios de positividad no están unificados</li> <li>- El Perú emplea los del CDC</li> </ul>

*Acta Med Perú. 2017;34(4):309-16*

\* Estos valores sólo son referenciales, ya que pueden variar de acuerdo a cada prueba, el espécimen procesado y la población estudiada. Ac: anticuerpo; etc.

### ANÁLISIS COSTO EFECTIVIDAD (TCE)

En el caso de Test de ELISA:

\$38500 (total de test) aplicado a 100 personas con un 99.5% especificidad:

$TCE = 38500 * 100 = 3.850.000$ .  $\rightarrow 3850000 / 99.5 = 38.693,46$  costo por persona.

En el caso de test rápido VIH, el total calculado al 98.0% efectividad en una muestra de 100 personas es de \$2.000.000, el costo por persona pesquisada es de \$20.060

$TCE = 20000 * 100 = 2.000.000 \rightarrow 2.000.000 / 98 = 20.408.16$  costo por persona.

Se prefiere realizar test rápido de VIH, porque presenta la menor TCE (tasa costo efectividad), finalmente, para la mejora en la solución de la prevención en nuestra población chilena, ya que debemos como país, frenar de forma urgente el aumento del contagio virus VIH SIDA, para la población de hoy, y nuestros futuros compatriotas, así como lo también para inmigrantes, y todo tipo de persona que vive y nace, en nuestro país, Chile.

La especial importancia hoy en día, es más que nada, la prevención del VIH/SIDA. Mientras el VIH/SIDA invade el mundo en desarrollo, la pandemia no sólo debilita los sistemas de atención de la salud, sino también las estructuras sociales, económicas y culturales, en todos los países, en este caso, nuestro país, Chile.

Es por esto que con el objetivo de realizarse el test rápido se podrá:

Tener un análisis rápido, para el punto de asistencia al paciente que detecta tanto los anticuerpos para el VIH-1/2 como el antígeno p24 del VIH-1, que puede aparecer transcurridos entre 12 y 26 horas desde la infección.

Los anticuerpos para el VIH-1/2 aparecen bastante más tarde, entre 20 y 45 días después de la infección, lo que al fin y al cabo retarda el conocimiento del diagnóstico.

Gracias a la detección más precoz del VIH, podrá evitar la transmisión durante esta fase increíblemente infecciosa, y así podrá protegerse a sí mismo, como a sus familiares, y

personas cercanas de posibles contagios, accidentales, o sin querer hacerlo de forma intencional, solo por la falta de información, de tener el virus en la sangre, del VIH. Evita una cadena de precauciones futuras, necesarias de estancarlas a tiempo, o como lo es el caso típico, de contagio a la propia pareja, en algunos casos por infidelidades, por ejemplo, etc.

Esto resulta de gran importancia, teniendo en cuenta que los individuos que no son conscientes de que estén infectados tienen 3,5 más posibilidades de transmitir el virus.

El examen es rápido detecta los anticuerpos generados por la enfermedad, tiene un 99,7 % de efectividad y existen 11 tipos de test inscritos en el Instituto de Salud Pública, vigentes desde 1999. Es un examen similar a la toma de glicemia: consiste en la punción de un dedo y la verificación no toma más de 15 minutos.

El principal potencial de este test rápido es que las personas no tienen que ir directamente a hospitales, y consultorios a tomárselo, por lo que es factible implementar una estrategia comunitaria, para aplicarlo donde esté la gente, bajo la acción de profesionales capacitados, incorporando la consejería pre y post test, todo en el marco de una estrategia de prevención integral (multidisciplinaria).

Este método, es la mejor forma de saber si tienes VIH-SIDA, si lo detectas a tiempo podrás prevenir el SIDA, los síntomas de VIH son muy diversos, y la única forma de saber si realmente tienes VIH es realizando el examen, Este test de VIH es muy rápido y confiable.

## Especificidad

La especificidad se refiere a la capacidad de la prueba para identificar correctamente a un individuo como libre de una enfermedad. Si una persona no tiene la enfermedad, la sensibilidad indica con qué frecuencia el resultado de la prueba será negativa. Matemáticamente, la sensibilidad es la probabilidad de una prueba de ser negativo cuando la enfermedad está ausente:

Especificidad = número de verdaderos negativos

Número de negativos + número de falsos positivos verdaderos

El VIH/SIDA corresponde al grupo de patologías GES/AUGE (Garantías Explícitas en Salud), incorporado el año 2013, que asegura el ingreso al TARV (tratamiento antirretroviral) para personas a cualquier edad que lo requieran de acuerdo al Protocolo Nacional, así como 100 % a protocolo de la transmisión vertical para embarazadas que viven con VIH y sus hijos.

Es una enfermedad de alto costo, el presupuesto destinado a los fármacos ha crecido un 252%, desde 27.900 millones el año 2011 a 98.300 el año 2018, y el número de personas en tratamiento se ha elevado un 125%, pasando de 13.990 el año 2011 a 31.502 el año 2017, con una proyección al año 2018 de 38.800.

Patología GES VIH/SIDA en Isapres abiertas período 2014-2016, se incrementó en un 41%, registrándose 7.248 pacientes el año 2016. El gasto el año 2016 alcanza a los 40 mil millones en el 2016, que corresponde al problema de salud de mayor gasto, el cual corresponde a un 20 % del pago total que hicieron las Isapres por concepto de GES.

Según cifras de Fonasa, en 2011 el sistema público tuvo un gasto total de prestaciones relacionadas con el VIH/Sida de \$ 32.173 millones. Y en 2017 esa cifra llegó a \$ 82.107 millones, registrando un alza de 155%. Hasta abril de 2018, Fonasa había destinado al tratamiento de la enfermedad un total de \$ 22.600 millones. El 11% del gasto total en fármacos del sistema público es por terapias VIH, lo cual no corresponde a la cantidad de pacientes que reciben tratamiento, sino al elevado costo unitario de los productos. Este año el presupuesto destinado al tratamiento podría superar los \$ 90 mil millones, casi triplicando el gasto que se ha hecho por este ítem en siete años.

Es muy importante, poder garantizar el acceso de la población a las pruebas diagnósticas que puedan favorecer la detección, diagnóstico temprano y el control de la evolución de la infección.

Es muy importante, poder disminuir la transmisión del VIH a través de test adecuados, asociados a un menor costo y mayor acceso de la población, condiciones que cumple el test rápido, el cual presenta una efectividad similar al test de Elisa, y su distribución puede ser directa en farmacias o en establecimientos de salud públicos o privados, acompañado de material instructivo, para que la persona que se lo realiza sepa qué hacer si resulta positivo.

Se estima que alrededor de un 25% de las personas afectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana, desconocen su condición serológica, y por lo tanto, de no realizarse ninguna acción, serán pesquisados tardíamente, aumentado su riesgo de enfermar, propagar la epidemia y morir. Se proyecta que son alrededor de 100000 personas infectadas que desconocen su diagnóstico.

La meta sería que el 90% de las personas infectadas conozcan su diagnóstico al año 2020.



## EVALUACIÓN: TASA DE PESQUISA

Porcentaje de aumento de las tasas de incidencia VIH-SIDA, en los primeros años de implementación del programa (por mayor pesquisa). Tasa incidencia VIH-SIDA aumentara en un 30% la tasa de notificación. Mayores bases de datos, estudios de Epidemiología. El Seremi de Salud en el año 2009, tuvo un mayor porcentaje del aumento de la positividad de las pruebas.

Ahora cambiando de tema, en cuanto a lo que son, las innovaciones en Gestión De Salud y Cuidado centrado en el paciente, y pudiendo ocuparse y traspasarse, y especificando para pacientes contagiados con virus VIH, dentro de los resultados se puede decir que existen varios mitos comunes, dentro de lo que es la satisfacción del paciente:

- Mito 1: Muy pocos pacientes llenan encuestas, esto no es real ya que la mayoría si está dispuesto a llenar encuestas si es que supieran que se está implementando un nuevo plan de mejoras para su salud y la de otras personas, a largo plazo.
- Mito 2: Los pacientes que completan las encuestas, son los que mayormente están descontentos, esto es falso ya que se da en ambos casos.
- Mito 3: Sólo pacientes muy satisfechos o muy disconformes hacen comentarios, este tiene el mismo argumento que el mito 1.
- Mito 4: Satisfacción del paciente y calidad no están relacionados; completamente falso, ya que, la satisfacción del paciente se asocia a una baja mortalidad y menor cantidad de readmisiones, menos juicios y mayor rentabilidad.
- Mito 5: No se pueden mejorar los indicadores de satisfacción del paciente, esto es falso ya que, con esfuerzos óptimos y eficientes, así como concentrados en realizar

bien el trabajo de los profesionales de área de la salud, muchas organizaciones (hospitales), han logrado pasar del cuartil inferior al cuartil superior.

- Mito 6: Si construyo un hermoso edificio nuevo, la satisfacción del paciente aumentará, esto es falso, ya que, de lo que se trata aquí es la contención y preocupación del paciente de los profesionales del área de la salud, que tiene que ver con una buena comunicación, explicaciones y una adecuada acogida al paciente infectado con el virus VIH/SIDA.

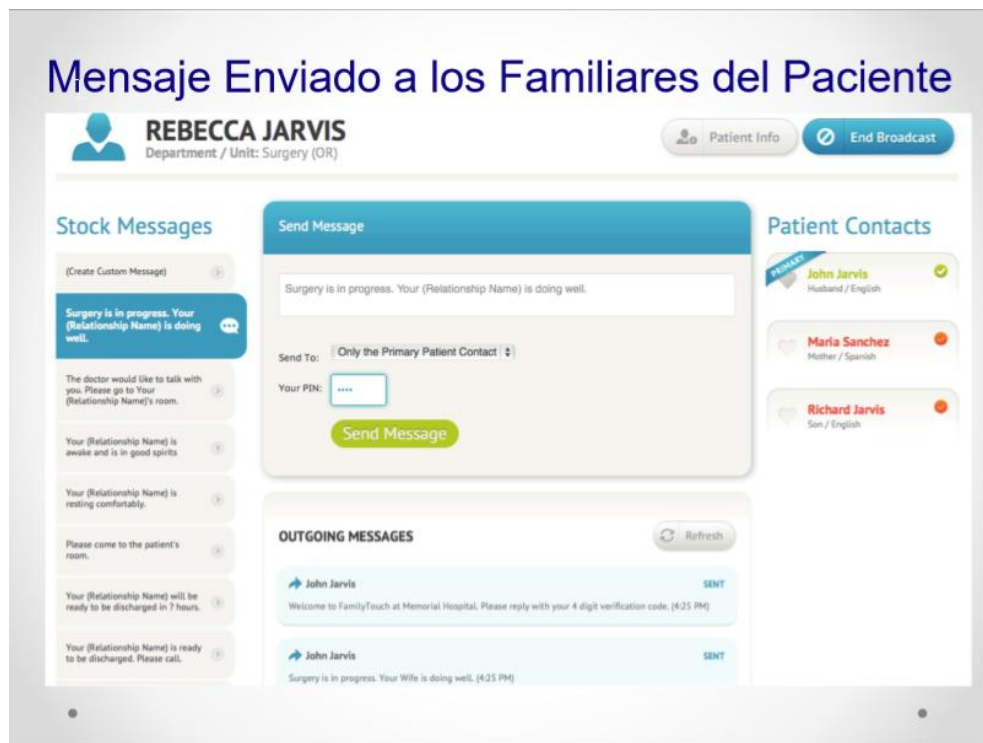
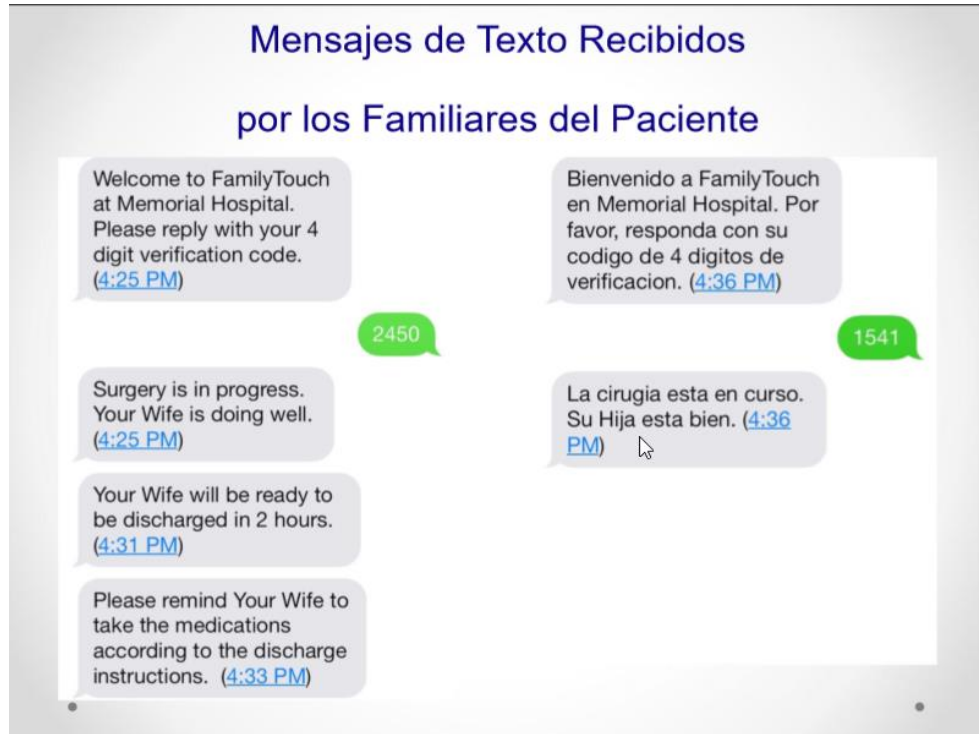
Esto que se realiza en Estados Unidos, podría ser copiado aquí en Chile, a través de encuestas para ver la satisfacción del paciente, y luego hacer un seguimiento de ellos, y con sus familiares a través de un software, ocupando las nuevas tecnologías, para lograr una continuidad de la contención a largo plazo de todo el proceso de su contagio del virus VIH, así como en el caso de alguna hospitalización.

Esto nos abre las puertas a un cambio de cultura propiamente tal, el cual Estados Unidos, ya lo tiene implementándose dando excelentes resultados, pudiendo implementarse en Chile, tanto en hospitales o centros de salud, Cesfam, etc.; y así a mediano y corto poder ir cambiando la cultura de nuestro país en Chile, con respecto a estos mitos y mejoras en la satisfacción del paciente infectado por VIH/SIDA.

Esto, se realiza a través de la comunicación con miembros de la familia, en el cual existen varios puntos a destacar:

- Comunicación de estado actual del paciente a miembros elegidos de la familia vía mensajes de texto.
- Comunicación de la coordinadora de la unidad a través de mensajes guardados o customizados.
- Los mensajes pueden recibirse en inglés, español u otras lenguas según la nacionalidad del paciente.
- Privacidad en la evolución del paciente.
- Obtención de feedback de los miembros de la familia, sobre el valor de las comunicaciones y probabilidad que recomiende el hospital.

Ejemplo del software ocupado para los mensajes y comunicación para pacientes y familiares:



## Ejemplo - Hospital Greenwich

- Lanzado en Cirugía Ambulatoria en Julio 2014
  - Más de 9,000 familiares para 7,000+ pacientes recibieron SMS
  - Promedio de 5+ SMS recibidos por familiar
  - 67% de respuesta a encuesta (vía SMS al momento del alta)
  - 4.8 rating dado por familiares en una escala del 1 al 5
  - 1/3 de quienes responden brindan comentarios



## Tiempo Médico Compartido: Medición de Éxito

Tipo	Métrica
Operacional	Reduce tiempo de espera para conseguir turno
Operacional	Reabre prácticas médicas
Operacional	Menos inversión de tiempo en documentación
Operacional	% del objetivo del censo alcanzado
Calidad	Mayor satisfacción del paciente
Calidad	Mayor satisfacción de médicos/staff
Calidad	Menos quejas de pacientes
Financiero	Mayor productividad de los médicos
Financiero	Ganancia neta marginal

La buena comunicación con el médico, y/o profesionales de la salud, y las buenas prácticas, son fundamentales, para esto, por ejemplo deben existir cambios como: sentarse al mismo nivel visual que el paciente, dejar que el paciente cuente su historia sin apurarlo, hacer referencia a la historia clínica y de los hallazgos encontrados, discutir con el paciente la impresión diagnóstica y el tratamiento a futuro, explicar los estudios necesarios y el tiempo ideal para realizarlos, preguntar si el paciente tiene alguna duda y finalmente, agradecer al paciente por la confianza y el tiempo prestado a los profesionales.

Es por esto, se piensa que los profesionales de la salud, lo que muchas veces hacen es hablar “a” pacientes, en vez de “con” los pacientes. Usando palabras como “informando” como si la conversación debiera ser unidireccional, como si estuviéramos depositando por ejemplo en una cuenta bancaria. Lo que se debe hacer, por tanto, es ayudar a los pacientes a cambiar su hábito para ser mejores en esto, escuchar mejor, preguntar mas cosas, y ayudar a la gente a luchar con las decisiones que toman de una forma que sea más beneficiosa y productiva para ellos, siempre llamándolos por su nombre y mostrando real interés por cada caso.

Todo esto, debe cambiar ya que existe una pobre comunicación con el equipo multidisciplinario que generalmente atiende a los pacientes con VIH/SIDA, profesionales de la salud que deben estar incorporado dentro de su tratamiento, los cuales debiesen ser por lo menos, médico, enfermera, psicóloga tratante, auxiliares de enfermería, asistente social en caso de ser necesario, etc.

Se ha comprobado que los 3 factores que llevan a una gran ansiedad al paciente y a la familia, y muchas veces que resultan en una pobre toma de decisiones por parte del médico o el paciente, son:

- Ser visto como pacientes con números y no como personas que necesitan de ayuda.
- La pobre comunicación e información entre los profesionales de la salud con los pacientes y sus familiares.
- La falta de contención necesaria, y tiempo para los pacientes y sus familias.

Esto es lo que se llama compromiso absoluto con el paciente, en cuanto a lo que se refiere a la parte de salud física por el contagio del virus VIH, como así también la parte de la esfera emocional, siendo fundamental para alivianar la carga que puede conllevar esta enfermedad en su vida.

Es primordial detener la estigmatización de los pacientes contagiados con virus VIH, por parte de la cultura de los chilenos, así como también los lugares donde son atendidos. Por ejemplo, en Estados Unidos, modelo que se podría imitar en Chile, pacientes que van a consultar, por ejemplo, a Psiquiatra o Psicólogos dentro del seguimiento de esta enfermedad, pasan inadvertidos ya que no se aísla las atenciones por especialización, sino que todos entran a la misma recepción sin ninguno enterarse a que especialización van, por lo que, va bajando la estigmatización a nivel cultural.

En Estados Unidos, los pacientes solicitan hora con el médico de cabecera, y luego ellos ven a quien son derivados en ese minuto, lo cual se mantiene en privacidad en la ficha

clínica, a la cual no puede acceder la recepcionista. Los pacientes son llamados por la recepcionista por su nombre, sin especificar el especialista que visita, por lo que el resto de los pacientes en espera, no pueden informarse de la enfermedad que tiene, ni al especialista que lo atenderá. De esta forma, el paciente acude con mayor tranquilidad y confianza a los centros de atención y disminuyendo considerablemente la estigmatización a la que se ven enfrentados los pacientes VIH positivos, frente al resto del público. Así mismo la recepcionista tiene la prohibición de consultar al paciente, el médico que lo atenderá y la enfermedad que posee. Además de lo anterior, los pacientes llegan todos a una recepción generalizada y no son separadas las áreas por zona de especialización.

Además, también mencionar que en U.S.A, se realizan grupos de personas infectadas con el virus VIH, y se juntan para que el médico y especialistas, junto con el equipo multidisciplinario que llevara a cabo, el tratamiento integral, comunican a todos juntos toda información del inicio del proceso, de esta forma se hacen amigos y grupos de pares de contención, además de existir un ahorro de costos en hacer esto, de forma individual, lo que vendría siendo lo que es llamado costo-efectividad. Modelo a imitar en Chile, en el ahorro de tiempos y remuneraciones a profesionales en horas trabajadas-pagadas.

### Tratamiento como Prevención

El tener una carga viral indetectable, gracias al uso de tratamiento antirretroviral reduce de forma drástica la capacidad de transmitir el VIH. Esto no significa, que el riesgo sea completamente nulo, pero sí muy bajo. La mayor parte de estas pruebas proceden del estudio PARTNER, que presentó los primeros resultados en marzo de 2014. Esto intenta valorar si los resultados de un estudio anterior –el HTPN 052–, que mostró la capacidad del



tratamiento antirretroviral para disminuir en un 96% el riesgo de transmisión del VIH en parejas heterosexuales cero discordantes (en las que un miembro tiene VIH y el otro no), serían extrapolables a parejas con cualquier orientación sexual. En el estudio PARTNER, el 40% de las 1.110 parejas incluidas están formadas por hombres gais. Los resultados preliminares muestran que, entre las parejas cero discordantes tanto gais como heterosexuales, no se registró ningún caso de transmisión del VIH dentro de la pareja. Aunque sí se produjeron infecciones por VIH, se pudo demostrar, por medio de un análisis filogenético, que la adquisición del virus provenía de fuera de la pareja (en ningún caso del miembro de la pareja con VIH del estudio).

Aún es necesario disponer de los resultados finales del estudio, para saber cómo de bajo podría ser el riesgo de transmisión del VIH en personas, que toman tratamiento antirretroviral. Es preciso contar con un mayor periodo de seguimiento para tener una mayor confianza en los resultados. Con todo, los resultados preliminares del estudio PARTNER son muy esperanzadores y confirman la capacidad del tratamiento en la prevención de la transmisión del VIH demostrada en estudios anteriores. Por lo tanto, todavía sigue siendo recomendable utilizar preservativos para evitar la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, el hecho de saber que la posibilidad de transmisión es tan baja, reduce la ansiedad de muchas personas en los casos, por ejemplo, en los que se rompe el preservativo. Estos resultados deberían mejorar la calidad de vida, tanto para las personas con VIH preocupadas por la posibilidad de transmisión del virus, como para las seronegativas preocupadas por la posibilidad de infectarse.

### Tratamiento como una opción

Las directrices españolas, por ejemplo; recomiendan que las personas con VIH puedan utilizar el tratamiento antirretroviral, con independencia de su recuento de CD4, para reducir el riesgo de transmisión del virus a sus parejas sexuales.

La decisión de iniciar el tratamiento puede basarse en los beneficios para tu propia salud, o en tu deseo de reducir el riesgo de transmisión del virus a otras personas (o en una combinación de ambos factores), pero, en cualquier caso, es importante señalar que se trata de tu decisión.

Dado que las directrices oficiales, de tratamiento contemplan la posibilidad de iniciar el tratamiento en personas con VIH que desean reducir el riesgo de transmisión a sus parejas sexuales no debería negarse a ningún paciente esta opción incluso cuando se tiene un recuento elevado de células CD4. Es conveniente que hables con tu médico sobre los posibles riesgos y beneficios de la terapia antirretroviral en la prevención del VIH.

### Salud Pública y Salud individual

El concepto de terapia como prevención, ha cambiado el modo en que hasta ahora se usaba el tratamiento antirretroviral. Junto con el aumento de las pruebas diagnósticas, el inicio precoz del tratamiento podría ayudar a reducir el número de nuevas infecciones.

Sin embargo, es importante entender la diferencia entre los beneficios del tratamiento antirretroviral desde un punto de vista de la salud pública y de la salud individual.

Muchas personas con VIH no están poniendo a otras en riesgo. Esto depende de las decisiones que tomen en cuanto a prácticas sexuales y estrategias de reducción del riesgo, entre las que se incluye el uso del preservativo o la elección de parejas del mismo estado serológico, entre otras. De manera que ninguna persona, debería sentirse presionada u obligada a iniciar el tratamiento antirretroviral solo con el objetivo de proteger la salud pública. Ningún médico puede negar el tratamiento antirretroviral, en el futuro a los pacientes que lo rechacen en el momento en que se lo ofrecen, o amenazarlos legalmente para persuadirlos de que lo tomen.

Es cierto, que la extensión del tratamiento antirretroviral podría conllevar beneficios para la salud pública. No obstante, es probable que la mayor parte de las nuevas infecciones provengan de personas que aún no han sido diagnosticadas. Esto está relacionado con la mayor posibilidad de transmisión del virus, durante la fase de infección primaria, o durante las fases más avanzadas de la infección en las que la carga viral acostumbra a estar muy elevada.

Las personas con VIH diagnosticadas suelen ser menos propensas a transmitir el virus en comparación con las no diagnosticadas. A muchas personas con VIH que toman terapia antirretroviral les reconforta la sensación de saber que tienen menos capacidad infectiva. Este factor resulta, cada vez más relevante en la discusión sobre el momento de iniciar el tratamiento. Por ejemplo, para muchos pacientes, tener la carga viral indetectable podría ayudarles a reducir sus niveles de ansiedad y preocupación ante la posibilidad de transmitir el virus durante las relaciones sexuales incluso cuando se utilizan preservativos.

Por consiguiente, tomar tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión del VIH debería ser una opción individual y debería garantizarse el derecho de los pacientes que desean empezarlo con este objetivo, a pesar de no cumplir los criterios clínicos (es decir, por tener recuentos elevados de células CD4).

Asimismo, también se debería garantizar y proteger el derecho de aquellas personas con VIH, que no necesitan, o no están preparadas todavía para tomar antirretrovirales por motivos clínicos y no desean recibirlos por razones preventivas.

### Efectos Secundarios

Todos los medicamentos, para cualquier enfermedad, tienen algún riesgo de provocar efectos secundarios. Esto también, sucede en el caso de los medicamentos contra el VIH. Los efectos secundarios son una preocupación real y común para todos los pacientes antes de iniciar el tratamiento. Sin embargo, conviene señalar que: Los fármacos actualmente disponibles son más tolerables y fáciles de tomar. La mayor parte de los efectos secundarios suelen ser leves. A menudo, dichos efectos pueden tratarse con otros medicamentos fáciles de usar o cambiando a otros fármacos. El riesgo de sufrir efectos secundarios graves suele ser pequeño. Si aparecen, deberían ser detectados en el seguimiento rutinario. Tras unas pocas semanas, a la mayor parte de las personas les resulta mucho más sencillo tomar el tratamiento antirretroviral de lo que esperaban. Por lo general, se convierte en una parte habitual y manejable de la vida diaria. Si necesitas modificar tu combinación antiretroviral, existen otros fármacos que pueden resultar más adecuados para ti. Efectos secundarios 06.

El personal sanitario que te atiende puede ayudarte. Es aconsejable que preguntes al personal médico, de enfermería o de farmacia cuáles son los efectos secundarios más

habituales asociados a los fármacos que vas a tomar; cómo suelen aparecer; cuántas personas interrumpen el tratamiento como consecuencia de dichos efectos adversos. Incluso una estimación aproximada te dará una buena idea de lo que podrías esperar.

### Efectos Secundarios Habituales

Los efectos secundarios como náuseas, diarrea y cansancio son menos frecuentes con los tratamientos actualmente disponibles. Si aparecen, suelen hacerse más leves después de las primeras semanas. En muy raras ocasiones, las náuseas y el cansancio pueden ser síntomas de otras enfermedades, por lo que resulta conveniente que comentes a tu especialista en VIH cualquier problema que tengas. Si los primeros medicamentos que te receten para tratar las náuseas o la diarrea no solucionan el problema, puedes pedir que te prescriban otros fármacos más eficaces. Efavirenz (Sustiva®), uno de los fármacos más utilizados en el tratamiento del VIH, puede actuar sobre los patrones de sueño y alterar tu estado de ánimo. Es conveniente que te informes sobre esto antes de iniciar el tratamiento con este fármaco. Los efectos secundarios de efavirenz se reducen a lo largo de las primeras semanas, pero si se mantienen, sería aconsejable cambiar de medicamento. Algunas personas que han utilizado efavirenz durante muchos años se sorprenden por los efectos del cambio cuando finalmente interrumpen este fármaco.

### Cambios metabólicos

Los cambios en las células grasas, y en la distribución de la grasa corporal (un fenómeno conocido como lipodistrofia), fueron efectos secundarios habituales de las primeras combinaciones de medicamentos antirretrovirales. Afortunadamente, con los fármacos disponibles en la actualidad la lipodistrofia, es ahora mucho menos usual. Sin

embargo, las alteraciones en los niveles de grasa en sangre (colesterol y triglicéridos), sí continúan siendo frecuentes. También es importante realizar el seguimiento de los niveles de azúcar (glucosa) en sangre, ya que están vinculados con el riesgo de sufrir diabetes. Si te preocupan estos temas, tu médico debería tomarse en serio esta preocupación y actuar en consecuencia. Los cambios en los niveles de grasa y azúcar en sangre están provocados por muchos fármacos y se realizará un seguimiento de los mismos en los análisis de sangre, y orina rutinarios. Una dieta sana y equilibrada, practicar ejercicio, cambiar el tratamiento antirretroviral o utilizar fármacos para reducir los lípidos son todas ellas estrategias que pueden ser útiles para paliar este problema.

La lipohipertrofia, es decir, la acumulación de grasa en el estómago, pecho y/o en torno a los hombros o el cuello, es un efecto secundario que se ha asociado a varios medicamentos antirretrovirales. Aún no está claro por qué afecta a algunas personas. Los síntomas leves pueden desaparecer si se realizan cambios en la pauta antirretroviral. La práctica del ejercicio y los cambios en la dieta también pueden ser de gran ayuda.

La lipoatrofia, es la pérdida de grasa subcutánea, es decir, la que se encuentra justo por debajo de la piel. La lipoatrofia puede afectar a todo el cuerpo, pero en general es más visible en las piernas, los brazos, las nalgas y principalmente en la cara. La pérdida de la grasa de los hombros, piernas, cara y nalgas se relacionó con el uso de d4T (Zerit®) y AZT (Retrovir®), fármacos que ya no se emplean en España, y otros países como Chile, solo en casos muy determinados.

### Otros efectos secundarios

Cualquier fármaco podría provocar un efecto secundario grave, pero es algo poco probable. Deberías poner en conocimiento de tu especialista en VIH, si experimentas la aparición de una erupción cutánea (exantema), un efecto grave asociado a algunos fármacos.

Cada fármaco, tiene su propio perfil de efectos secundarios. Por ello, es conveniente que preguntes los posibles efectos secundarios de cada medicamento que compone tu combinación antes de iniciar el tratamiento.

### Relación del paciente con los profesionales de la salud encargado por equipo multidisciplinario.

Mantener una buena relación con el médico y profesionales, y el resto de personal sanitario puede ser útil para tu salud a largo plazo. El personal de enfermería y farmacia, pero más bien el médico de cabecera, son los que pueden proporcionarte apoyo y consejo, en todos los aspectos de tu tratamiento y proceso, incluyendo la adhesión y los efectos secundarios. Además, te pueden derivar a otros profesionales, incluyendo dietistas, psicólogos y trabajadores sociales, si es que lo encuentran necesario en ese momento dado.

Tanto el paciente, como las personas implicadas en la atención tienen, determinados derechos y responsabilidades. En la siguiente lista se incluyen algunos de tus derechos y responsabilidades como paciente.

## Los derechos como paciente

Estar completamente implicado, en todas las decisiones relacionadas con tu tratamiento y atención médica. Ser tratado con respeto y confidencialidad, y que te expliquen las distintas opciones de tratamiento, incluyendo los riesgos y beneficios de cada opción. Que el personal médico o de enfermería te explique cualquier resultado de un análisis, con buena actitud, con tiempo, y contención, así como espacio para preguntas o posibles dudas.

Que cada historia, se conserve de forma segura. Debería estar disponible para que lo consultes si así lo deseas, siempre. Elegir si quieres participar en un ensayo clínico, la decisión no debería afectar a la atención médica que se reciba en la actualidad o en el futuro. Poder realizar una queja sobre tu tratamiento, si se quiere, por alguna negligencia, por ejemplo, o malas prácticas con el paciente, entendiendo incluso, el hablarles como pacientes y no como personas, desde lo emocional-psicológico. Cualquier reclamación debe investigarse completamente. De nuevo, esto no debe afectar a la atención médica que recibas. Contar con una segunda opinión de otro médico calificado, si se quisiese, se está en todo derecho del paciente. Cambiar de médico/a o centro hospitalario (en este último caso, dependiendo del lugar donde residas), sin que esto afecte a tu futura atención médica.

La idea es no tener, que dar motivos para el cambio de médico. Sin embargo, si ha habido algún problema, el dar una explicación en ocasiones puede ayudar a resolver la situación.

Que te envíen los resultados de las pruebas, y un resumen de tu historial de tratamiento a tu nuevo médico y hospital, sin impedimento alguno, y con la mayor rapidez posible.



## Cosas que puedes hacer para mejorar tu atención sanitaria

Encontrar un centro hospitalario que te resulte conveniente, y en el que te sientas cómodo/a. Encontrar un especialista en VIH que te guste. Si eres una mujer y deseas que te atienda una médica, deberías solicitarlo. Procura cancelar tus citas a tiempo. Avisa al hospital de que no puedes acudir, de modo que puedan aprovechar ese tiempo para otro paciente.

Es aconsejable, elaborar una lista de temas que quieres tratar con el especialista, y acordarse de llevarla contigo a la cita. Puedes pedir que te atienda la misma persona en cada visita, al menos hasta que esté familiarizada con tu atención médica. Resulta difícil desarrollar una buena relación si te atiende un médico distinto cada vez. Cuando se esté más familiarizado con todo el procedimiento, recordar que una ventaja de que a veces te atienda otra persona, es que puedes obtener una segunda opinión y otra perspectiva.

Tratar a todas las personas implicadas en la atención, con el mismo respeto con el que te gustaría que te trataran a ti. Procura que las extracciones de sangre se hagan dos o tres semanas antes de la cita con el médico, para que los resultados de la analítica estén listos el día de la visita. Escucha con atención los consejos de salud que den, y procurar actuar en consecuencia. Si no se entiendes algo, poder pedirle a tu médico que te lo explique de nuevo o, con otras palabras, sin problemas o vergüenza de no haber entendido. Procura ser honesto con las personas que te atienden, lo que resultará muy útil para tu atención y cuidados que les pongas en conocimiento, de si estás tomando cualquier otro fármaco o sustancia, incluyendo alcohol, drogas legales o ilegales o tratamientos alternativos.

Intentar ser honesto respecto a tu nivel de adhesión siempre, ya que, si las personas que te atienden no saben que tienes problemas, no podrán ayudarte de forma adecuada y oportuna, ni eficiente.

La reforma de salud en Chile, al ser mixta, tiene muchas deficiencias dentro de nuestro país, se puede plantear una nueva reforma de salud que sea universal, de equidad y con un nuevo marco regulatorio para mejorar las carencias existentes, para esto, es posible de llevar a cabo, siempre y cuando logremos aunar esfuerzos, recursos y voluntad en mejorar el sistema de salud chileno. El propósito de la propuesta es asegurar la salud, y bienestar de la población chilena durante todas las etapas de la vida, sin dejar a nadie atrás, a través de un sistema de salud único, universal, solidario y equitativo, capaz de responder de manera integral y oportuna a las necesidades de salud. En la discusión de la reforma, es necesario ampliar la visión, y estimular el diálogo técnico y político, utilizando datos disponibles. Existen metodologías y herramientas que nos permiten identificar y estimar los efectos de la implementación de ciertos cambios. Es una reforma necesaria, completamente viable desde el punto de vista técnico, financiero, social y político. El sistema actual, evaluado según indicadores de salud, tiene medianamente buenos resultados, sin embargo, estamos dejando de lado a las poblaciones más vulnerables, entre ellos paciente contagiados con el virus VIH/SIDA, extrema pobreza, acceso geográfico difícil de llegar y población envejecida, por lo que debemos como país trabajar en forma eficaz y eficiente desde la prevención hasta el tratamiento. Debiera existir un ente modulador que debe diferenciarse del financiamiento y prestación, con el fin de evitar conflictos de intereses, y asegurar la transparencia, para una mejor distribución de las funciones entre instituciones públicas y privadas, de manera que se logre el bienestar de toda la población, especialmente en el tema planteado en esta informe,

que son los pacientes contagiados con el virus VIH/SIDA, a través de recursos adecuados y la contención necesaria desde el tratamiento y los costos,

Para esto es necesario efectuar un proceso de articulación, por una parte, de las poblaciones, y los prestadores de servicios por otra, incluyendo agencias financieras y/o los prestadores. La articulación permite una conexión entre los diversos componentes del proceso de financiamiento-prestación, ya que así se podría mantener un efectivo monitoreo sobre este, monitoreando; financiamiento, aseguramiento, provisión de servicios e impacto, equidad en acceso, calidad de atención y su pertinencia para responder a las necesidades prioritarias de la salud de la población, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas, donde recaen los pacientes contagiados con el virus VIH/SIDA.

Para todo esto, existe la necesidad de redefinir la mezcla pública-privada, para permitir mayores grados de solidaridad a nivel del financiamiento y atención al paciente de calidad, reduciendo el problema de la selección de riesgos, y permitir una mejor articulación, por ende, entre el sector privado y público, siendo mi propuesta para ello, necesario avanzar hacia seguros de salud universales e integrales para nuestro país, Chile.

Estableciendo entonces, a mi parecer, nuevas reformas como las siguientes:

- 1) Eliminar la segmentación, aumentar la mancomunicación.
- 2) Hacer participar de las cotizaciones en salud al empleador.
- 3) Licencias médicas financiadas por empleador (independiente de recursos aportados a salud).

- 4) Ordenar el financiamiento y definir, beneficios para personas que requieren de cuidados a largo plazo, siendo estos generalmente pacientes con enfermedades crónicas, como, por ejemplo, los pacientes con virus VIH/SIDA.
- 5) Definir coberturas de salud: GES, GRD, paquetizaciones, PAD, y formas de pago en general.
- 6) Favorecer la prevención y promoción de la salud, especialmente en la población contagiada con el virus VIH/SIDA.
- 7) Eliminar las restricciones a las preexistencias, de forma urgente, ya que inhabilitan a los pacientes, de poder tener accesibilidad al cambio por ejemplo en Isapres y en tomas de nuevos seguros, dejándolos inmóviles frente a nuevas posibilidades, el día de mañana de poder adquirir un nuevo plan de salud, que les pudiese ser más beneficioso para su enfermedad a lo largo de su vida.
- 8) Favorecer en pacientes de enfermedades crónicas, y especialmente pacientes con la enfermedad del virus VIH/SIDA, el área de la salud mental, con una mejor atención en calidad, mayor preocupación y atención a los pacientes y sus familiares, mayor énfasis en sesiones psicológicas y psiquiátricas, con una continuidad mayor en las horas de sesiones de consulta, favoreciendo la contención emocional necesaria en este tipo de pacientes, ya que sin esto, existe una alta probabilidad de poca adherencia al tratamiento, así como teniendo comorbilidad alta con sintomatologías de trastornos afectivos, como lo son por ejemplo, la depresión mayor, e incluso llegando muchas veces, al suicidio del paciente, por la falta de estos recursos.
- 9) Es muy importante, recalcar también el tema de ocupar las nuevas tecnologías como ya lo planteé anteriormente en el relato de la informe, que ayudan a llegar en forma masiva, y ayudando a la contención y la preocupación de los profesionales de la salud,

de las instituciones públicas y/o privadas, con lo que resultaría un beneficio que ya se demostró en Estados Unidos que aumentan la satisfacción del paciente, a través de por ejemplo, un software, donde los profesionales de la salud se comunican continuamente con los pacientes y sus familiares a cargo, en casos por ejemplo de hospitalización, y en la continua preocupación en información que tiene que ir siendo entregada a los pacientes y sus familiares, de forma continua en todo su tratamiento, y a lo largo de su vida; incluso recordándole día y hora de controles médicos, preguntándoles como están cada cierto tiempo, de esta forma, podemos analizar qué ya que las computadoras no puede analizar los sentimientos, si nos pueden ayudar a ocupar a través de estas el seguimiento de la satisfacción del paciente, de la comunicación con los profesionales de la salud e incorporando una nueva tecnología, llamada, “análisis de sentimientos” en la cual, se aprende desde los profesionales de la salud que la gente perdonará lo que se le diga, olvidará lo que haga, pero la gente nunca olvidará como la hizo sentir” (Maya Angelou). Este análisis de sentimiento, por tanto, es muy útil para las nuevas tecnologías que podemos ocupar, las cuales ya son usadas hoy en día en Estados Unidos con un alto índice de satisfacción del paciente y mejoras en sus estados de ánimo y adherencia al tratamiento, mejorando también así la satisfacción de la familia, y en definitiva la del paciente, incrementando la lealtad del paciente y los miembros de la familia hacia las instituciones públicas y/o privadas a las que acuden, concluyendo que a raíz de todo esto, se descubrió una potencial reducción de internación y tasa de readmisión e incremento de la conformidad del paciente.

## 6.4 DISCUSIÓN

La legislación de algunos países impone la obligación legal de revelar el propio estado serológico VIH-positivo a las parejas sexuales u otras personas, como los dispensadores de atención de salud. El ONUSIDA no respalda esta obligación. Todo el mundo tiene derecho a la intimidad sobre su salud, y no se debe exigir por ley revelar dicha información, especialmente cuando pueda provocar estigma y discriminación graves o posibilidades de violencia, como en el caso del estado serológico con respecto al VIH. Sin embargo, todo el mundo tiene la obligación ética de no hacer daño a los demás. Los gobiernos deberían ofrecer programas a las personas VIH-positivas, que les permitieran tener relaciones sexuales más seguras y/o revelar su estado serológico con seguridad. Esto fue acordado en la Declaración política sobre el VIH (2006), que incluye el compromiso de los gobiernos de asegurar la existencia de leyes y programas que protejan a las personas de la discriminación, y otros abusos a los derechos humanos en función del estado serológico con respecto al VIH.

Los dispensadores de atención de salud, para protegerse de la exposición al VIH en entornos de asistencia sanitaria, deberían tener acceso a las precauciones universales, contra todos los agentes patógenos por contacto sanguíneo, incluido el VIH, y recibir capacitación en esta materia. Las Directrices internacionales sobre el VIH, y los derechos humanos recomiendan que la legislación sobre salud pública autorice, pero no obligue, a que los profesionales de la salud decidan, en función de cada caso en concreto y de criterios éticos, si informan o no, a las parejas sexuales de sus pacientes del estado serológico con respecto al VIH de sus pacientes. Tal decisión debería tomarse sólo de acuerdo con los siguientes criterios:

- La persona VIH-positiva en cuestión ha sido asesorada rigurosamente.
- El asesoramiento a la persona VIH-positiva no ha logrado los cambios de comportamiento adecuados.
- La persona VIH-positiva se ha negado a notificar o a autorizar la notificación a su(s) pareja(s).
- Existe un riesgo real de transmisión del VIH a la(s) pareja(s).
- La persona VIH-positiva ha sido avisada con razonable antelación.
- Se oculta a la(s) pareja(s) la identidad de la persona VIH-positiva, si es posible en la práctica.
- Se efectúa un seguimiento para asegurar el apoyo a las personas implicadas, siempre que sea necesario. Se debe tratar con especial consideración y dar apoyo a las mujeres VIH-positivas que no puedan revelar su estado serológico por miedo a la violencia u otras repercusiones negativas.

Por otra parte, discutir lo ya anteriormente señalado, que es de suma importancia generar más campañas masivas, para la prevención del contagio del virus VIH, y aumentar los costos en realizar más campañas durante el año , para así poder disminuir los elevados contagios que están existiendo, desde hace aproximadamente 7 años en Chile, llegando a cifras alarmantes, de un aumento de un 96%, es por esto, también necesario, de formular de forma urgente también el uso del test rápido, que sea masivo, y de bajo costo en farmacias, sin necesidad de una orden médica, o que sea de gratuidad a las personas que acudan a centros de atención primaria, como los Cesfam, y/o instituciones del área de la salud. Así, disminuir el contagio masivo, que se está dando en la población chilena, sobre todo en el grupo de

riesgo y de mayor contagio los últimos años, que son jóvenes que están, en un rango de 15 a 29 años de edad. Es por esto, que debiese ser de gran facilidad y comodidad, el poder adquirir el test rápido, sin tener, que pasar por medico anteriormente, con órdenes de exámenes de sangre, que conllevan a alargar el proceso, o desistir de los jóvenes a realizárselos.

Otro punto, dentro de la discusión es la necesidad de contención hacia las personas infectadas con el virus, y acompañarlos por equipo multidisciplinario, durante etapa inicial y todo proceso durante su vida, con un seguimiento continuo de controles mas seguidos, que los existentes en la actualidad en Chile. Ocuparse sobre todo de la esfera de lo emocional, tanto del paciente, como de sus familiares, ya que esto conlleva a tener mayor adherencia al tratamiento, y autocuidado.

Entregar herramientas, a través de terapias ya sean grupales, y/o individuales para ir evaluando su sintomatología mental, y enseñarles, así como dar información de conductas o hábitos, que puedan perjudicar su salud, estando contagiados con el virus. Esto, hará que el paciente a parte de tener más herramientas por la información, más intervenciones, que se preocupen más de su salud y estado salud mental generalizado, disminuyendo el stress que ocasiona, muchas veces las diferentes etapas del contagio del virus VIH/SIDA, y sus consecuencias colaterales al no tener conocimiento del autocuidado.

Dentro de esta informe por tanto, me parece de suma importancia, poner en discusión cómo funciona y cómo es la salud en Chile hoy en día, es por esto que explico de un modo general y específico el sistema operativo que tenemos en salud, y las sugerencias de cómo en el futuro estas limitaciones, que incluyen a la problemática de la enfermedad del VIH/SIDA, pueden ser resueltas; generándose un vínculo entre los resultados anteriores, el problema



planteado, y las limitaciones que tenemos de los mismos, debido al sistema de salud existente en Chile, siendo este muy diferente al de Estados Unidos.

La salud, es un bien esencial para la vida, el bienestar y economía de un país. La Organización Mundial de Salud (OMS) sostiene que la función de todo sistema de salud es conseguir incrementar los niveles de salud en todos los aspectos, y situaciones de la persona aislada y/o en sociedad, por lo que su funcionamiento es condición para establecer indicadores de medición de bienestar y nivel de desarrollo de una sociedad. No existe ningún modelo concreto, único y puro que permita resolver todos los problemas de salud de una población.

Un sistema de salud, según la OMS, es una estructura social que está constituida por el conjunto de personas y acciones destinados a mantener y mejorar la salud de la población. Incluye por tanto diferentes elementos interrelacionados como instituciones, organismos y servicios que llevan a cabo, a través de acciones planificadas y organizadas, una variedad de actividades cuya finalidad última es la mejoría de la salud. Entre estas se incluyen actividades de promoción y protección de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, y rehabilitación y reinserción (específicamente en este caso, la enfermedad del virus VIH/SIDA)

Los principios de este sistema son de contribuir a mejorar la salud de toda la población, ofrecer un trato adecuado a los usuarios y ser sostenible financieramente. Según la OMS, un sistema de salud ideal debería caracterizarse por:

- Universal, cobertura a toda la población.
- Atención integral, que incluye la promoción de la salud, así como la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad.
- Equitativo en la distribución de recursos.
- Eficiente.
- Flexible para dar respuesta a las nuevas necesidades que se vayan presentando
- Participativo.

En Chile, han ocurrido diversos procesos de reforma del sistema sanitario, la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) en 1979 a partir del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y del Servicio Nacional de Salud (SNS), así como la municipalización de la atención primaria y la creación de la red de Servicios de Salud, configuraron un escenario que terminó por separar definitivamente el financiamiento de la provisión de salud en el sistema sanitario chileno. Posteriormente, la irrupción del sistema ISAPRE en 1981 durante la dictadura cívico-militar, estableció una nueva institucionalidad para el financiamiento de la salud, creando un esquema de seguros sustitutivos basado en un mercado de seguros privados de salud, lo que terminó por segmentar en base al riesgo e ingresos a la población, generando un sector del sistema que concentra a las personas de mayores ingresos y menor riesgo, y otro con las personas de menores ingresos y mayor carga de enfermedad, determinando altos niveles de inequidad en salud en el país, aquí en este segmento caen muchos pacientes contagiados con el virus VIH/SIDA.

Desde la década de los noventa, diversas regulaciones pretendieron infructuosamente regular el esquema de seguros privados sustitutivos (ISAPRE) del sector privado. De igual forma, se realizó una gran inversión para fortalecer el debilitado sector público de salud, lo que permitió mejorar su capacidad asistencial. Fue durante el gobierno del presidente, Ricardo Lagos, (2000- 2006) que se planteó una gran reforma al sistema de salud chileno. A pesar de los esfuerzos, esta no llegó a tener la trascendencia que sí tuvo la creación del SNS, ni el impacto de la reorganización introducida durante el Régimen militar y que terminó con la creación de la actual institucionalidad (FONASA, ISAPRES, SNSS y Atención Primaria municipalizada). Es decir, se intentó impulsar cambios sobre la matriz institucional heredada y creada para el Chile de comienzos de los ´80 sin alcanzar el éxito esperado. El año 2005 se llevó a cabo la reforma que creó el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas en Salud (AUGE), la cual garantizó el acceso y la oportunidad de atención a un número establecido de prestaciones de salud (aquí los pacientes con pacientes positivos con el virus VIH/SIDA, entran en el sistema AUGE), tanto en el sector público como privado de salud, avanzando en la focalización de recursos en manejar las patologías responsables de la mayor carga de enfermedad. Sin embargo, esta reforma mantuvo la segmentación del sistema de salud en dos sectores, alejándose de los principios de la seguridad social recomendados por los organismos internacionales y adoptados como orientaciones por la mayoría de los países del mundo desarrollado. Al mismo tiempo, generó una nueva segmentación de la cobertura en el sector público de salud, entre los usuarios con patologías incluidas en las Garantías Explícitas de Salud (GES), y las que no, lo que, en el contexto de falta de financiamiento y baja capacidad del sector, produjo una diferencia en el acceso, la calidad y la oportunidad entre estos dos grupos.

En el primer gobierno de Piñera, el aporte más significativo en salud (a pesar de los formidables problemas de implementación) fue el impulso decidido a la bioequivalencia de medicamentos a través de la Nueva Ley de Medicamentos, lo cual permitió que la población pueda acceder progresivamente a fármacos de calidad comprobada.

Un aspecto interesante del programa de gobierno de Bachelet fue la denominada Ley Ricarte Soto, que creó un fondo para medicamentos de alto costo y que se tramitó producto de las movilizaciones ciudadanas efectuadas por los propios enfermos y sus familias. Esta ley que vino a llenar un vacío en materia de políticas públicas en el área de medicamentos y potencialmente a aliviar la alta carga de gasto de bolsillo que aqueja a las familias, dentro de esto se beneficiaron muchos pacientes contagiados por el virus VIH/SIDA con la nueva calidad de los fármacos.

Desde el 2010 a la fecha se ha generado un extenso debate sobre cómo implementar una reforma que responda desde el financiamiento y el aseguramiento a las necesidades de la población. Por una parte, la pérdida de legitimidad de las ISAPRES a razón de la judicialización del sector y la vulneración de la normativa constitucional vigente en que han incurrido, así como la crisis del sector público de salud a propósito del financiamiento insuficiente, la focalización del gasto en un número acotado de patologías (GES), el déficit en infraestructura y de recursos humano especializado que redundan, entre otras consecuencias, en prolongados tiempos de espera para prestaciones, han vuelto a posicionar el debate en la agenda pública, por ejemplo, los pacientes con virus VIH/SIDA se quejan de las largas listas de espera como consecuencia de lo que se está planteando acá, siendo el sistema muy lento, y a veces no existiendo los fármacos para su tratamiento de forma

oportuna, como así las mismas prestaciones en el área de la salud para su tratamiento multidisciplinario, sobre todo en el área de la salud mental; teniendo citas de muy largo plazo con psiquiatras y psicólogos, tema que se planteó anteriormente en los resultados. Al respecto, diversos esfuerzos gubernamentales, de distinta orientación política, han generado propuestas y cursos de transición para esta tarea, sin lograr hasta ahora la materialización de una reforma.

El 13 de marzo del presente año, el Ejecutivo le confirió urgencia simple a un proyecto de ley del 2011 que planteaba la creación de un Plan Garantizado en Salud (PGS).

En el plan de salud de Gobierno de Sebastián Piñera (2018-2022), el sistema de atención primaria será reformado, creando un nuevo modelo de atención con mayor poder resolutivo. Según el mandatario, se reorganizarán las funciones de los Centros de Salud, potenciando la prevención y usando sistemas de información modernos, que permitan a las personas tomar horas médicas, revisar exámenes, tener una ficha médica digital y comparar los precios de los medicamentos, a través de sus celulares o computadores, en un nuevo Portal Ciudadano de Salud. En cuanto a Fondo Nacional de Salud (Fonasa), se dará inicio a la modernización de su sistema, avanzando “hacia un nuevo seguro social de salud” que mejore los servicios recibidos por los pacientes y la eficiencia del gasto público en salud. Se plantea reformar el sistema de Isapres, avanzando a un sistema más solidario y poner fin a las preexistencias y a las discriminaciones en el acceso y costos de la salud que afectan hoy a las mujeres y adulto mayores. Se creará para esto un Plan Universal de Salud, un sistema de compensación por riesgos sanitarios y un portal de transparencia, que permita comparar planes y precios de las diferentes Isapres.

## Reforma en Salud

El modelo de salud chileno es de tipo mixto, elementos de centralizado (Fonasa A), contributivo (Fonasa B, C y D) y liberal (Isapres). El Fondo Nacional de Salud (Fonasa) es el seguro público de salud, mientras que las aseguradoras privadas son las Instituciones de Salud Previsional (Isapre). Hay pocas experiencias como las de nuestro sistema de salud, algunas experiencias del sistema privado se encuentran en el sistema americano, el sistema público tiene gran influencia del sistema inglés. Según boletín informativo Fonasa 2014-2015, el 73.2% de la población eran beneficiarios de Fonasa, 18.8 % Isapre y un 7.9 % corresponde a privados y FF.AA.. Chile incrementó su gasto en salud per cápita, desde US\$1.892 en 2016 a US\$1.915 en 2017, retrocedió dos puestos en el listado donde se le compara con sus pares de la OCDE, situándose, así como el cuarto país que menos gastó en ese ítem durante el año pasado. En esa categoría, el país sólo superó a Letonia, Turquía y México, que cierra el cuadro con US\$1.034; el gasto total como parte del PIB, con 8,1% el país se ubicó en el puesto 23, por debajo de Eslovenia (8,3%) y por encima de otras 12 naciones, entre ellas Corea del Sur (7,6%), Israel (7,4%) e Irlanda (7,1%). Los extremos se repiten en este listado, con Estados Unidos en la punta, con 17,2% del PIB, y México en la parte más baja, con 5,4%. El gasto público en salud el año 2017 alcanzó el 4.92% del PIB , una caída del 0.07 puntos respecto a 2016, cuando el gasto fue el 4.99% del PIB.

El sistema de salud chileno es segmentado, inequitativo y socialmente ineficiente. La salud privada presenta restricciones a su ingreso, discriminación por sexo y edad, escasa cobertura de adultos mayores, alto costo de procedimientos, altos copagos, carencia de programas de impacto colectivo, integración vertical de Isapres y clínicas privadas, y, por

último, la salud se considera en este sector como un bien de consumo y lucrativo negocio. En la salud pública las deficiencias están orientadas a la calidad y cantidad de las prestaciones, en relación con déficit económico crónico que estas presentan, asociado a déficit de estructura, personal y tecnología. Con las modificaciones que se han efectuado no se ha podido lograr que la atención médica sea equitativa y que satisfaga las necesidades de la población. La VIII Encuesta Nacional de Salud de la U. Andrés Bello (UNAB) arrojó que el 64% de los entrevistados calificó con nota inferior a 4,0 el sistema nacional de salud. De hecho, el promedio de la evaluación fue un 3,9, configurando un alza de cuatro décimas respecto del año pasado, pero que no alcanza para superar el umbral de aprobación desde el inicio de la medición, en 2010. El estudio también mide la percepción de los afiliados de Isapre y Fonasa. Así, en los usuarios del modelo privado mejoró la imagen del sistema, pasando de una nota 3,2 en 2016 a un 4,1 en la reciente medición. En tanto, este ítem en los afiliados de Fonasa solo subió dos décimas: de 3,6 a 3,8 en 2017.

En Chile, están definidas las tres principales funciones del Sistema de Salud planteado por la OMS, establecida en la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión, N°19.937 del año 2004, las cuales son :

1. Rectoría: Al Ministerio de Salud le corresponderá formular, fijar y controlar las políticas de salud. En consecuencia, tendrá, entre otras, las siguientes funciones:
  - a. La formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud.
  - b. La definición de objetivos sanitarios nacionales.

- c. La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.
  - d. La coordinación y cooperación internacional en salud.
  - e. La Dirección y orientación de todas las actividades del Estado relativas a la provisión de acciones de salud, de acuerdo con las políticas fijadas.
2. Función de aseguramiento: El rol asegurador del sistema de Salud en Chile se inserta dentro de un macrosistema de protección social , por medio de un sistema público Fondo Nacional de Salud (Fonasa ) , 73% de la población, financia las acciones de salud y las inversiones , así como las prestaciones otorgadas a través del sistema o por otros organismos y las Instituciones de Salud Previsional (Isapre), 18% de la población, que son intermediarios financieros para la atención médica que captan la cotización mensual obligatoria previsional de salud que afecta a todos los asalariados (7% del sueldo imponible) y el gasto de bolsillo de sus usuarios, variable según los beneficios del programa convenido, éste presenta una serie de restricciones de acceso al sistema (preexistencias), multiplicidad de planes de atención variable pero alto costo para quienes han optado por afiliarse a este subsistema. En Chile, existen otros sistema de aseguramiento (7 % de la población), Caja de Previsión Nacional de la Defensa Nacional (CAPREDENA), dependiente del Ministerio de Defensa; Dirección de Previsión de Carabineros de Chile (DIPRECA), dependiente del Ministerio del Interior y las mutualidades : Instituto de Seguridad del trabajo (IST), Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) y la Mutual de Seguridad, dependientes del Ministerio del Trabajo.



3. Función de prestación: A través de red de prestadores públicos y privados. El número de prestaciones del sector público (Fonasa) es considerable: 1.5 millones de egresos hospitalarios y 43 millones de atenciones ambulatorias, la cual se realiza en condiciones que presentan deficiencias, tanto en infraestructura, personal y tecnologías. El sistema privado de salud (Isapre) tiene una adecuada infraestructura, el acceso a la atención médica es oportuna, con exámenes y tecnología de avanzada. Es evidente que existe una desigualdad entre estos dos sistemas, no existiendo una equidad en salud, el acceso a la salud de los grupos más vulnerables de la población es en extremo dificultoso, lo cual sigue siendo una tarea pendiente.

Las reformas de salud pueden ser definidas como procesos orientados a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias, niveles y funciones del sector, a través de estrategias y acciones, con el fin último de satisfacer mejor las necesidades de salud de la población. FONASA funciona como un seguro solidario, que mancomuna las cotizaciones de carácter progresivo de sus afiliados. Por otro lado, las ISAPRES funcionan bajo el principio de seguro individual, sin existir una mancomunación de las cotizaciones tanto entre las ISAPRES como con el seguro público.

Debería existir un marco regulatorio igual para entidades públicas y privadas, funcionar con la misma lógica. Este marco regulatorio debiera basarse en los siguientes aspectos:

- Desarrollar una institucionalidad que rijan el sector público y privado en lo que se refiere a aseguramiento y prestación de servicios.
- Definir los derechos de las personas.
- Establecer un sistema de acreditación autónomo, obligatorio y exigible para los prestadores individuales e instituciones públicas y privadas.
- Orientar el sistema de acreditación de la industria de medicamentos y tecnología a proteger a los consumidores (especificando todo esto, para los portadores del virus VIH/SIDA).

Las principales diferencias entre sector público y privado en cuanto a los marcos reguladores corresponden a:

1. Aseguramiento: En el caso del seguro público (FONASA), la prima legal obligatoria es del 7% respecto del ingreso con tope 78.3 UF para su cálculo, en el caso de seguros privados (ISAPRE), la prima se fija con el 7% obligatorio más una prima de acuerdo a riesgo, edad y sexo son determinantes.

2. Regulación de precios: Existe regulación de precio en el caso de los prestadores públicos, donde la autoridad define los aranceles de los prestadores públicos, para los asegurados del sector público (arancel FONASA), este arancel es definido por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda, y determina los pagos a los prestadores que atienden a los asegurados del sector público y las coberturas de este seguro. Por lo tanto, en este arancel se definen los pagos del seguro a los prestadores y los pagos por parte de sus afiliados (copagos) a éstos. No existe regulación de precios en el caso de los prestadores privados cuando atienden a pacientes que

pertenecen a las ISAPRES o bien a persona que utilizan prestadores privados, en forma particular. En el caso de prestadores personales que se desempeñan en el sector público, el arancel FONASA establece los valores de los honorarios médico para cada tipo de prestación. No obstante, FONASA establece tres niveles de aranceles y los profesionales pueden adscribirse en cualquiera de ellos en forma voluntaria.

No existe regulación de precio para los prestadores personales que se desempeñan en el sector privado y atienden a pacientes de ISAPRES o particulares

3. Sistema de resolución de conflictos: Existe un sistema de resolución de conflictos entre pacientes y prestadores (públicos y privados). En la presencia de un problema relacionado con un daño de carácter asistencial ocasionado por un prestador público, el afectado puede solicitar una mediación al Consejo de Defensa del Estado (CDE), en el caso de un prestador privado, el afectado puede recurrir a la Superintendencia de Salud. Los principales conflictos se refieren a problemas de mala práctica, calidad de la atención y los precios.

4. Regulación de beneficios: En el caso del seguro público, se regula el listado de prestaciones de salud que tendrán cobertura y los montos de dicha cobertura tanto para la modalidad institucional (MAI) como para la modalidad de libre elección (MLE). También se regulan las patologías GES, definiendo las prestaciones que serán garantizadas en cada patología, el arancel que tendrán asociado y el porcentaje de cobertura. En el caso de seguros privados, se regula el listado mínimo de prestaciones que deben ser cubiertas por el seguro y su cobertura mínima, el formato tipo y contenido mínimo de los planes de salud en sus distintas modalidades de

atención (libre elección, cerrado o con prestadores preferentes), las patologías GES definiendo las prestaciones que serán garantizadas en cada patología, el arancel que tendrán asociado y el porcentaje de cobertura.

5. Regulación de la comercialización de mercado farmacéutico: En el sector público, existe regularización de los medicamentos, principalmente de uso hospitalario a través de CENABAST. En el sector privado sólo se encuentra la Fiscalía Nacional Económica y el Tribunal de la Libre Competencia, quienes fiscalizan y sancionan para que las prácticas de comercialización se ajusten a las de un mercado que funciona en base a las reglas de la libre competencia y donde se impiden prácticas monopólicas y concertación en la fijación de precios entre los competidores.

¿Qué hemos avanzado en el marco regulatorio de ambas aseguradoras?

1. Regulación de la calidad técnica: Existe una regulación de la calidad técnica de los prestadores institucionales públicos y privados, el regulador es el Ministerio de Salud, y en materia de Acreditación de Prestadores Institucionales la Superintendencia de Salud tiene facultades interpretativas de las normas del sistema. El sistema de certificación de especialidades médicas y odontológicas , ley N° 19.937 sobre Autoridad Sanitaria , asignó al Ministerio de Salud la función de "establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud habilitados para ejercer sus respectivas profesiones ", así como a la Superintendencia de Salud la función de mantener registros públicos de los prestadores individuales de salud , de sus especialidades y de las

entidades certificadoras. El EUNACOM nace a partir del EMN (Examen Médico Nacional), es un examen normado por la ley 20.261, la aprobación de él es un requisito obligatorio para el ingreso a cargos o empleos de médico-cirujano en los servicios de salud nacionales dependientes del Ministerio de Salud y los establecimientos de atención primaria de Salud Municipal, así como también participar en las prestaciones de salud de FONASA de libre elección .

2. Evaluación de la satisfacción del paciente: La Superintendencia realiza periódicamente estudios de percepción a nivel nacional, mediante encuestas de opinión y satisfacción que tienen la finalidad de medir el nivel de conformidad o disconformidad de los usuarios de esta institución con el sistema de salud, (es aquí donde cae la encuesta realizada anteriormente a los 25 pacientes contagiados con el virus VIH/SIDA, dónde la satisfacción del paciente a la prestación de servicios en instituciones de salud públicas es bajísima, casi siendo nula)

3.Regulación derecho de los pacientes: El 01 de octubre 2012 entró en vigencia la Ley de Derecho y Deberes de los pacientes, que establece cuáles son los derechos y deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud. La iniciativa legal resguarda principios básicos de atención en salud, disposiciones que se aplican tanto en el sector público como privado, y viene a fortalecer el eje principal de la salud pública en nuestro país: los usuarios. Los derechos y deberes establecidos en esta ley deben estar plasmados de manera visible y clara en la” Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes” en donde se especifica cada uno de los

aspectos señalados en la nueva ley. Esta carta debe estar presente en instituciones tales como: consultorios, hospitales y clínicas del país.

Si bien hemos avanzado en la regulación del sistema de salud de nuestro país, el actual marco regulatorio conduce a la segregación y segmentación del sistema, por lo cual se hace necesario reformar, fortalecer y ser igual tanto para aseguradores públicos y privados.

La existencia de una sola entidad pública, que mancomunase todo el financiamiento disponible y lo destinase al acceso y cobertura universal para todos los habitantes, resolvería el problema de falta de acceso e inequidad en el conjunto del sistema de salud chileno, sin embargo, para lograr este objetivo, los cambios deben ser efectuados por etapas y en un mediano a largo plazo.

En base a esto, mis propuestas a la reforma de salud son las siguientes:

1. Rectoría

- a. Definición de la institucionalidad del Plan Garantizado Universal: El Plan Garantizado Salud Universal, puede ser el pilar sobre el cual se construya la equidad horizontal en el sistema de salud, esto es, igual tratamiento frente a igual necesidad, independiente de las características socioeconómicas del beneficiario. El plan garantizado de salud es una herramienta a través de la cual la sociedad puede definir aquellas partes de las necesidades que el sistema de salud se hará responsable de satisfacer prioritariamente. El plan

garantizado define el marco de incentivos para que las instituciones aseguradoras, prestadoras y todos los actores que intervienen en el sector salud desde el ámbito público, y privado orienten sus esfuerzos en organizar un sistema de salud en base a soluciones para los problemas de salud prioritarios y prevalentes, con altos niveles de calidad y eficiencia. Este plan, debe ser flexible y capaz de adaptarse a los cambios en las necesidades de la población, innovaciones tecnológicas en el ámbito de la medicina y evidencia de costo-efectividad de las soluciones (tema ya planteado en el punto de resultados anteriormente). Los tratamientos, soluciones y/o prestaciones, deben tener garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. Este Plan de Salud Universal dará mayor protección financiera, con especial énfasis en la cobertura de medicamentos, incluirá plazos de atención de menor espera en el tiempo, y altos estándares de calidad.

- b. Eliminación de la declaración de salud : Eliminar la preexistencia que se exige desde las Isapres a partir de la declaración de salud, esto por ejemplo sería de mucho beneficio, y utilidad, para los pacientes contagiados con el virus VIH/SIDA, ya que al tener esta preexistencia tienen muchas complicaciones y casi nula posibilidad, en el caso de pacientes que estén en Isapres y quieren cambiarse a otra, ya que al tener esta preexistencia, deben quedarse en la Isapre que ya están para siempre, sin derecho a la posibilidad de cambio. Las Isapres hoy día exigen la declaración de salud a las personas que ingresan a los seguros de salud privados, y lamentablemente, en esa declaración, ellos consideran las enfermedades previamente para poder aceptar o rechazar la

incorporación de una persona. Se debe hacer una reforma del sistema privado, para insertarlas en un régimen de seguridad social que impida definitivamente que esta inequidad de tener una enfermedad versus estar sano hace que hoy, estas se queden con gente joven, con buen ingreso, con pocas cargas y ojalá sanas, a diferencia de una persona mayor, con una mala pensión, muchas cargas y más enfermedades que cuando era joven. Mantener esta situación conlleva el riesgo de mantener una lógica en que el FONASA subsidia un modelo de descreme en el sector ISAPRES, absorbiendo a la población de menores ingresos y mayor gasto en salud. Sin embargo, esta medida sin un fondo de compensación de riesgo inter-isapres y/o entre sistemas, podría producir un colapso del sistema privado y el seguro público se puede ver dañado financieramente por la fuga de beneficiarios.

- c. Establecer un fondo de compensación de riesgo: El fondo de compensación de riesgo tiene como objetivo compensar las diferencias en el nivel de riesgo de las carteras de cada aseguradora, a través del traspaso de recursos financieros desde los aseguradores con cartera menos riesgosa, hacia los aseguradores con carteras más riesgosas. El fondo de compensación de riesgo tiene por objetivo recolectar los fondos y compensar entre las distintas Isapres y Fonasa los riesgos que cada aseguradora tenga en su respectiva cartera. El fondo de compensación de riesgo evita la selección de riesgo y la adversa. En la primera fase este fondo compensará sólo entre los beneficiarios de los seguros privados. En la segunda fase, este fondo compensará riesgos entre



todos los beneficiarios (de seguros privados y seguro público). El fondo tendrá dos formas de compensación, ex-ante y ex-post. La compensación ex-ante, se refiere a que el seguro recibe una prima ajustada por riesgo (sexo, edad, enfermedad preexistente) independiente de las coberturas que el beneficiario requiera durante el período. La compensación ex-post se refiere a que, frente a eventos de alto costo, no previstos en la compensación ex-ante, el seguro recibe recursos adicionales para hacer frente a dichos eventos.

- d. Fortalecimiento del rol de la Superintendencia de Salud y su autonomía institucional y política: Actualmente, en materia de regulaciones, se tiene un modelo de seguro que opera con integración vertical, de los grupos económicos que son los propietarios de estos seguros, y a su vez son dueños de los prestadores. Eso marca la dinámica industrial de este sector. Si se tiene un escenario sin regulación o una regulación débil, el seguro y el prestador operan con la misma lógica. Se debe modificar el esquema, no eliminarlo. Se debería tener un esquema de seguros con contratación hacia el prestador, donde el beneficiario actúa como principal, y son los objetivos del usuario los que deben ser resguardados por el seguro, en relación con el prestador. El seguro debe actuar en nombre del beneficiario, para conseguir los objetivos sanitarios; se obtendrían resultados alineados en función de eso, con orientación al enfoque preventivo y promocional, evitando la enfermedad.

- e. Objetivos que se deben alinear: Beneficiario-seguro- prestador. Se necesita un ente regulador que esté atento al alza desproporcionada de los precios y por ende de los costos. La Superintendencia de Salud deberá cumplir un rol fiscalizador efectivo que hasta la fecha no ha ocupado, requiriendo para ello entregar facultades reales para asegurar que el Seguro responda de manera oportuna a las necesidades de la población. .

## 2. Función de financiamiento/aseguramiento:

Reformar a través de medidas que posibiliten mejorar la calidad y oportunidad de las prestaciones de salud, así como la protección financiera de las usuarias y usuarios del sistema de salud

- a. Factor imprescindible para avanzar en un mejor acceso a la salud por parte de las personas, hacer el esfuerzo país para aumentar el gasto público en salud al menos a un 6% del Producto Interno Bruto, lo cual nos acerca a lo recomendado para países con niveles similares de desarrollo (OMS 2010 y 2014), a través de un aumento del aporte fiscal provenientes de impuestos generales.
- b. Financiamiento:  
En la primera etapa:  
Seguros privados: 7% + Cotización adicional voluntaria. + Ley Ricarte Soto

Seguro Público: 7% + Aporte estatal al seguro público+ Ley Ricarte Soto

En la segunda etapa:

Corresponde a la integración de lo que era un sistema segmentado hacia un unificado. El sistema contará con dos fuentes de financiamiento, por una parte, la cotización legal obligatoria, más la cotización adicional voluntaria de los trabajadores y, por otra parte, aportes estatales.

- Universal: Plan universal idéntico para seguro público y privado.
- Prima: Prima única, fondo de compensación entre seguro público y privado.

En esta etapa se debe definir elevar el 7% de cotización obligatoria, con el propósito de ampliar la cobertura.

- c. Reformar mecanismos de pago: FONASA no ha modificado sus mecanismos de pago, es un modelo estático y estandarizado, se propone una reforma al financiamiento de los prestadores públicos, que los Servicios de Salud reciban de FONASA un pago capitado ajustado por factores de riesgo de su población; para financiar la atención primaria, los servicios de salud transferirían un pago a los municipios, también en base capitada. Los hospitales deben financiarse a través de pago por prestaciones valoradas (PPV) y GRD provenientes del servicio de salud respectivo, de modo que en su calidad de gestor de la red compre a los hospitales las prestaciones necesarias para solucionar los problemas de salud de su población a cargo.

Avanzar en que el financiamiento de los prestadores públicos esté directamente relacionado con su producción, y eficacia en el enfrentamiento de los problemas de salud de su población. En el caso de los hospitales, que su presupuesto provenga del programa de prestaciones valoradas (PPV), reduciendo el componente de presupuesto histórico (programa de prestaciones institucionales, PPI) y ligando este último a criterios objetivos (no-discrecionales). Se hace conveniente acelerar el paso del actual sistema Pago Asociado a Diagnósticos (PAD) a los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD), o alternativamente generar un sistema de clasificación de pacientes más robusto para los PAD. La idea es equilibrar el uso de mecanismos de pago que permitan la priorización sanitaria y la contención técnica de los costos en salud, junto con transparentar los niveles de eficiencia y productividad con que funcionan las redes públicas de prestadores, sin que con ello se generen incentivos con efectos inflacionarios del gasto público de salud

### 3. Prestación de servicios:

- a. Más recursos y herramientas de gestión a los hospitales para mejorar sus servicios, con especial por el tema de informe, en pacientes con el virus VIH/SIDA, enfermedad crónica que debe ser, por esta característica, tener la mejor gestión, recursos, herramientas en su tratamiento continuo:
  - a) Hospitales deciden cómo invierten en equipamiento médico y gestión del recurso humano.
  - b) Más recursos para mejorar dotación de especialistas y para actualizar infraestructura.

b. Fortalecimiento de los prestadores públicos en su capacidad prestadora, mejorar los sistemas de autogestión y/o avanzar autonomía hospitalaria, avanzar en la utilización e integración de sistemas de gestión hospitalaria, se debe fortalecer la capacidad prestadora del sector público. Esto implica implementar la autogestión hospitalaria tal como fue concebida inicialmente, es decir, entregando grados de autonomía y responsabilidad más importantes a los hospitales. Paralelamente, se requiere avanzar en la reingeniería de procesos hospitalarios, utilización e integración de sistemas de gestión hospitalaria, particularmente impulsar la inversión y el desarrollo en la infraestructura informática sectorial (ficha electrónica, agenda electrónica, etc.), avanzar con la inversión hospitalaria, entre otros. Sacar el máximo posible de eficiencia y calidad al modelo de hospitales autogestionados, principalmente, a través del perfeccionamiento de la gestión y compensación de recursos humanos:

c. Fortalecimiento de la Atención Primaria, que es aquí donde parten consultando principalmente para la verificación y tratamiento, de los pacientes que son portadores del virus VIH/SIDA: La atención primaria de salud (APS), debe consolidar su actual nivel de resolución y velar por la pertinencia y continuidad de la atención desde el primer nivel al nivel secundario, para lo cual deben establecerse mecanismos de incentivos específicos. Adicionalmente, debe relevarse su rol promocional y preventivo, particularmente en el campo de la atención de las enfermedades crónicas,

tercera edad, la salud mental y las acciones de rehabilitación. En este contexto, debe incentivarse el trabajo de la APS con enfoque comunitario, impulsando la coordinación con las organizaciones comunitarias (educacionales, laborales, vecinales, deportivas, etc.) para promover la salud y prevenir la enfermedad. Lograr estilos de vida saludables, desde la Atención Primaria, permitirá mejorar la calidad de vida de la población que está envejeciendo.

- d. Perfeccionar políticas e incentivos en recursos humanos: Es necesario definir políticas y fuertes incentivos en recursos humanos para la formación de especialistas. Esta es una tarea que debe recaer en el Ministerio de Salud y no en los servicios y hospitales, a quienes no les corresponde regular el mercado del trabajo. Se requiere:
  - I. Los centros y los programas de formación estén debidamente acreditados y dotados de las condiciones necesarias para la especialización (especialistas, equipos y tecnología).
  - II. Se definan incentivos para las especialidades en falencia.
  - III. Los médicos en formación cuenten, al menos transitoriamente hasta resolver las brechas actuales, con alternativas de financiamiento públicas que cubran los costos de la formación y dedicación exclusiva, con el compromiso de destinación posterior por un período equivalente al de la formación.
  - IV. Los cupos de formación sean regulados por el Ministerio de Salud según requerimientos nacionales.

- e. Descentralización de hospitales públicos: Convertirlos en empresas públicas del estado, con normativa, gobiernos corporativos, nuevo estatuto de trabajo para el personal que labore en ellos y con capacidad de inversión. El total de sus ingresos provienen de la venta de atenciones que realizan a la seguridad social, a través de los Servicios de Salud, la Atención primaria compradora, directamente del Fonasa y seguridad social privada. Se abre la posibilidad de que los prestadores públicos puedan conformar redes de atención integral con otros prestadores públicos y privados. Estos hospitales y sus gobiernos corporativos debieran ser fiscalizados por una intendencia específica al interior de la Superintendencia de Salud.

Existe una amplia experiencia de países que lograron transitar desde esquemas de aseguramiento múltiples y segmentados, a esquemas únicos basados en un seguro nacional de salud, mostrando su pertinencia. Recientemente, Cid y Uthoff (2017) hacen una revisión del caso de 5 países que concretaron esta transición: Corea del Sur, Estonia y Polonia en los 90, Turquía a partir de 2003, y Uruguay desde 2008. En su descripción, dan cuenta que, en todos los casos mencionados, la transición se realiza a través de un proceso planificado de aproximadamente una década de duración, y que, una vez implementado los esquemas de seguros nacionales, se registra un aumento en el gasto público, junto con una disminución en los gastos de bolsillo de los hogares y una mejora sustantiva de los indicadores de salud (Kwon, 2016; Atun, 2013). Lo anterior coincide con otras experiencias reportadas de países

que realizan la misma transición, como Costa Rica (Arbulo, 2015) y Taiwan (Hslao, 2010).

La experiencia comparada muestra su factibilidad y sus positivos resultados sanitarios. Se hace necesario que la implementación de la reforma se realice con etapas sucesivas con objetivos claros que vayan instalando los pilares que den factibilidad al sistema.

### Viabilidad de las Reformas

Reforma Propuesta	Actores que apoyarán	Acciones para fortalecer apoyo	Actores que rechazará n	Acciones para reducir las resistencias	Postura del Ministerio encargado de las finanzas	Instancias para resolver los conflictos	Gradualidad de la reforma
Gestión	Usuarios parlamentarios de Gobierno.	Campaña de difusión de las ventajas de la concesión Difundir experiencias de otros países exitosas	Parlamentarios de oposición. Isapres	Insistir en la necesidad de garantizar un salud universal, equitativa y eficaz	Eliminar la declaración de salud podría producir un colapso de sistema privado y el seguro público se puede ver dañado por la fuga de beneficiarios. Se debe regular este punto para aprobar, a través de un fondo de compensación de riesgo.	Comisión presidencial	La reforma en salud debe ser por etapas. Evitar migraciones y déficit presupuestarios
Prestación de servicios	Usuarios parlamentarios de Gobierno	Campaña de difusión de las ventajas de la concesión Difundir experiencias de otros países exitosas	Parlamentarios de oposición. Funcionarios de salud.	Explicar los beneficios de regular las prestaciones, con la finalidad de disminuir las brechas de infraestructura y recursos humanos existentes con el objetivo final de garantizar un sistema de salud equitativo,	En discusión, estos cambios están asociados con aumento del gasto en salud.	Reunión con parlamentarios y funcionarios de salud, a través de FENATS y FRENPRUS Comisión presidencial	La reforma en salud debe ser por etapas. Evitar migraciones y déficit presupuestarios



				universal y eficaz.			
Financiamiento	Usuarios parlamentarios de Gobierno.	Campaña de difusión de las ventajas de la reforma. Difundir experiencias de otros países exitosas	Parlamentarios de oposición. Isapres	Insistir en la necesidad de garantizar una salud universal, equitativa y eficaz	Rechazo, por el aumento del gasto público en salud. Cotización de salud obligatoria, ir al fondo de cotización universal, isapres no interfieren con su administración	Comisión presidencial	La reforma en salud debe ser por etapas. Evitar migraciones que desestabilicen los sistemas y déficit presupuestarios

La reforma de salud planteada es posible de llevar a cabo, siempre y cuando logremos aunar esfuerzos, recursos y voluntad en mejorar el sistema de salud chileno. El propósito de la propuesta es asegurar la salud y bienestar de la población chilena durante todas las etapas de la vida, sin dejar a nadie atrás, a través de un sistema de salud único, universal, solidario y equitativo, capaz de responder de manera integral y oportuna a las necesidades de salud. En la discusión de la reforma, es necesario ampliar la visión, y estimular el diálogo técnico y político, utilizando datos disponibles. Existen metodologías y herramientas que nos permiten identificar y estimar los efectos de la implementación de ciertos cambios. Es una reforma necesaria, completamente viable desde el punto de vista técnico, financiero, social y político.

## 6.5 CONCLUSIONES

Puedo concluir, que el tema del contagio en nuestro país Chile, hoy en día es un tema a tratar dentro del Estado y sus organizaciones, como lo es el Ministerio de salud. Esto, debido a que los últimos 7 años el porcentaje, es elevadísimo, convirtiéndose ya en una pandemia en la actualidad, el aumento es de un 96%, lo que nos pone en primera fila, incluso comparado con África, y otros países Latinoamericanos.

Es por esto, la necesidad con suma urgencia de la prevención, sobre todo en el rango de mayor contagio, de jóvenes de 15 a 29 años de edad, así como tener la posibilidad, de acceder a tener un test rápido, ya sea comprado en farmacias, o dado de forma gratuita en los centros de salud primaria principalmente, sin la necesidad, de pasar por médico, ni de necesitar de receta u orden médica, para obtenerlo.

También, vimos la importancia de modelos a imitar, como en U.S.A, de un software, para el acompañamiento del paciente, y sus familiares, en caso de hospitalización, y seguimiento de la misma enfermedad. Esto, hará que el paciente, se sienta más contenido en toda esta etapa de vida, y mayor adherencia a tratamiento, debido a la preocupación que adquieren del sistema de salud. Así como también, la información de las consecuencias tanto físicas, como de salud mental, y tratamientos, para la explicación de los pacientes contagiados con el virus VIH Sida, lo que es de real importancia, ya que muchos no acuden, ni se enteran de a futuro de las posibles enfermedades colaterales, que pudiesen tener al estar con el virus, esto ayuda a fomentar el autocuidado.

Y sin dejar afuera, incorporando en las conclusiones, ya que por mi parte lo encuentro fantástico y modelo a imitar del tema de preocupación, sobre la satisfacción del paciente y lo que es llamado el análisis de sentimientos, que conlleva a:

- Personas que tienen fuertes sentimientos positivos o negativos, son más tendientes a expresar esos sentimientos a otros e influenciar sus percepciones.
- El grado de sentimiento importa, y las mediciones tradicionales no capturan esa diferencia - Siempre una buena valoración, no necesariamente, significa un fuerte sentimiento (en una encuesta de satisfacción).
- Los comentarios empujan más el “score” (puntaje) que viceversa.
- Los tradicionales resultados de satisfacción continuarán siendo la fuerza motora de la evaluación/reembolso – el análisis de sentimientos, que es una perspectiva adicional, que puede abrir nuevas visiones en organizaciones y/o instituciones de salud, y por tanto, una buena ventaja competitiva.

Dentro de los beneficios de la comunicación con la familia, a través de esta implementación de software para los pacientes contagiados con el virus VIH/SIDA, se puede concluir que existen varios beneficios como lo son:

- Disminución de la ansiedad de los miembros de la familia, relacionada con el estado actual de un ser querido.
- Mejora satisfacción de la familia, y en definitiva la satisfacción del paciente.
- Incrementa la lealtad del paciente, y los miembros de la familia hacia el hospital, y/o institución de salud.
- Potencial reducción de internación, y tasa de readmisión e incremento de la conformidad del paciente.

- Disminución del peso de la comunicación de profesionales de la salud, relativos a noticias de estado rutinarias.

Esta implementación en Estados Unidos al poder ser imitado acá en Chile para el contagio del virus VIH/SIDA, sería de suma utilidad, ya que existen ejemplos de comentarios de miembros de la familia que han podido adquirir este tipo de sistema. Comentarios como los siguientes:

- “Es conveniente porque no tenía que estar en un lugar determinado para que me encontraran” (amigo)
- “un servicio maravilloso. Ayuda mucho a alguien angustiado en la sala de espera” (mujer)
- “Pienso que es un servicio de calidad. Nos da una respuesta más rápida sobre un procedimiento médico y más interacción con los médicos intervinientes” (hijo)
- Qué gran idea, especialmente para aquellos de nosotros que estamos lejos y necesitamos de la información. Excelente idea” (hija)
- “Fue una gran ayuda durante un tiempo interesante” (hija)

Siguiendo con el tema, se puede decir que los beneficios de implementar este nuevo análisis de sentimientos en los pacientes contagiados serían: más tiempo con médico, y profesionales de la salud, más tiempo dedicado al cuidado del paciente, beneficio de la interacción entre pacientes y profesionales de la salud, aumento de educación sobre condiciones de salud del paciente, mayor compromiso y satisfacción por parte de los pacientes. Y por parte de los médicos y profesionales de la salud, existirían mayores beneficios, en más tiempo con los pacientes, incremento de la productividad/ reducción de consultas posteriores, disminución de cansancio y estrés al simplificar el trabajo, aumento de

la adhesión del paciente al tratamiento, y finalmente, documentación lista al final de la visita de los pacientes, al ser todo esto estructurado y organizado. En general los comentarios que han existido de los pacientes que han ocupado este sistema, incluso en otro tipo de enfermedades son: “no me sentí tan solo”, “el doctor no tenía que irse apurado para ver al próximo paciente, me sentí que era escuchado”, “me dio tiempo para recordar mis preguntas”, “particularmente me gustó el aporte de otros pacientes”, (esto es los casos grupales que expliqué anteriormente en dar información en forma grupal), “aprecié la mejora de la relación con mi médico y los profesionales que me atienden”. Así mismo también existen comentarios típicos de los médicos que han aplicado este sistema, como por ejemplo:

- ¡Los pacientes aman esto! Parecen disfrutar compartiendo y realmente ayudan unos a otros.
- Disfruto más viendo a mis pacientes, y he aprendido más sobre ellos en una cita médica grupal que en todas las interacciones anteriores que había tenido con ellos en visitas individuales, lo que me permitió manejar mejor a pacientes complicados.

La pregunta es, ¿es aplicable esta metodología a la situación de los pacientes contagiados con el virus VIH/SIDA en Chile?, Absolutamente, ya que creo que al formar grupos de información masiva, ayudaría a una mejor contención para los pacientes, una mejora en la comunicación efectiva con familiares, sobre el estado de salud de un ser querido, y que haciendo uso efectivo de la tecnología, se abarcaría de forma más masiva la contención, incluso a larga distancia, por lo que creo que sí funcionarían las citas médicas compartidas, en un ambiente propicio, adecuado y de respeto, dejando de lado la estigmatización de la enfermedad.

También podemos decir, que el gasto tanto para campañas y enfermedades de pacientes contagiados de virus VIH/SIDA en Estados Unidos, es por lo menos el triple de lo que se gasta acá en Chile, dándole mayor relevancia e importancia al tema. Aunque hoy en día, después de la elección, los republicanos trataron de revocar la ley de Obama, pero no lo lograron, ahora la mayoría de las personas están a favor de la ley, pero igual la política divide demasiado el tema, y obviamente los demócratas no apoyan esto. Ya que los demócratas piensan que el gobierno debiese de tener un rol importante en la salud pública, y los republicanos piensan que no debiese tener un rol importante. Por lo que en el Gobierno no han logrado revocar la ley, pero si han hecho pequeños cambios, para desestimular a la gente para involucrarse en esto, y así sabotear la ley. Quitaron todos los fondos federales para promover el ingreso al seguro, por ejemplo.

Las acciones administrativas de Donald Trump, han hecho una campaña de desinformación y quiere disminuir el gasto para la salud en los estadounidenses, y a animar a estados a debilitar el Medicaid, por lo que esto afectaría proporcionalmente a los pacientes que allá se atienden por el contagio del virus VIH, ya que si recibes ayuda de la salud pública, pueden no darte una VISA, y permiten a aseguradoras vender seguros con menos beneficios y protección, por lo que afectaría de todas formas a algún porcentaje de la población estadounidense contagiados con el virus VIH/SIDA y costo de sus tratamientos.

Y que es de suma importancia aumentar el gasto en Chile en la actualidad, para lo que es campañas de prevención, y tratamientos multidisciplinarios, mejor especializados que los que existen en la actualidad pagando mejores honorarios médicos, y a los profesionales de la salud. El inadecuado nivel de calidad de vida, por el no autocuidado de los pacientes contagiados, al final influye en el incremento de costos ya que siempre se ven asociados a

recaídas y enfermedades adversas colaterales, por el no autocuidado y adherencia al tratamiento.

Según la salud mental, y sus estudios, la prevalencia de depresión en los pacientes con el VIH, puede aumentar con la edad, por eso es muy importante el apoyo social que es un factor que condiciona la presencia de sintomatología depresiva en personas con el VIH en edad avanzada, entre los síntomas que preceden a la aparición de un deterioro neurocognitivo asociado al VIH, se incluyen; la apatía, letargia (sueño profundo y prolongado), y aislamiento social, síntomas que pueden confundirse con un episodio depresivo mayor, por lo que es muy importante estar atentos a los pacientes contagiados en lo que es el área de la salud mental, como así también la contención y las herramientas necesarias junto con el apoyo de un equipo multidisciplinario para no caer en trastornos afectivos importantes y significativos, que pueden llevar incluso al paciente al suicidio.

Dentro de las consecuencias más comunes de enterarse de estar contagiado con el virus VIH, estas son: sentimientos de culpabilidad, fatiga (falta de energía), trastornos del sueño como puede ser la hipersomnia o insomnio, por la preocupación de haber adquirido la enfermedad, por no saber cómo continuar con sus vidas, altos y bajos en el cambio del estado de humor, resignación a los cambios de hábitos en el estilo de vida para su autocuidado, tristeza profunda, anhedonia (incapacidad de disfrutar de las cosas que disfrutaba anteriormente), ideación suicida con o sin planificación, labilidad afectiva, sentimientos de inferioridad frente a los demás, sentimientos de no ser un aporte para la sociedad, sentimiento de culpabilidad hacia sus familiares, sensación de fragilidad que evoca una imagen de sí mismo de vulnerabilidad, discapacidad, etc. Es por esto, que es de suma importancia que, dentro de las campañas publicitarias aparte de la prevención, es importante dar información

de las consecuencias tanto físicas como psicológicas a las que pueden verse enfrentados, así como también al estar ya contagiados la necesidad de ser acompañados durante toda la vida con equipos multidisciplinarios, con un acompañamiento continuo y en controles con psicólogos tratantes, para no recaer en su estado de salud mental. En esta informe se demuestra a través de la metodología ocupada cualitativa, a través de entrevistas semiestructuradas, a 25 pacientes con 15 preguntas en un centro de salud mental privado; que estas 15 personas optaron por tratarse el área de la salud mental en un lugar de salud privada, sin dejar de adquirir y continuar con su tratamiento gratuito debido al GES, para no perder, sobre todo su tratamiento de fármacos, controles médicos y posibles hospitalizaciones en día de mañana. Esto demuestra, que falta mucho por parte de las instituciones de salud pública, el poner énfasis en la calidad de comunicación con el paciente, y los tiempos que se les da en la atención, el sentirse escuchados y contenidos, y la poca relevancia e importancia que dan al área de la salud mental, tanto al paciente como sus familiares. Lo que, finalmente sin estar esto presente de forma adecuada, ha demostrado en los pacientes sin una atención adecuada de su salud mental, disertan del tratamiento, y concluyen sin tener adherencia a él en muchas ocasiones. O, sólo se preocupan de ir a recibir su tratamiento de fármacos y de sus controles de exámenes rutinarios, pero son estos los que generalmente se encuentran inmersos en diferentes trastornos afectivos; como la distimia, depresión enmascarada, episodios psicóticos por angustia elevada flotante, crisis de pánico, ideación suicida con o sin planificación, y la mayoría con una depresión mayor sin tratamiento efectivo. Por lo que existen muchos suicidios por lo anteriormente descrito.

La reforma de salud planteada, anteriormente y en la discusión, es posible de llevar a cabo, siempre y cuando logremos aunar esfuerzos, recursos y voluntad en mejorar el sistema



de salud chileno. El propósito de la propuesta es asegurar la salud y bienestar de la población chilena durante todas las etapas de la vida, sin dejar a nadie atrás, a través de un sistema de salud único, universal, solidario y equitativo, capaz de responder de manera integral y oportuna a las necesidades de salud. En la discusión de la reforma, es necesario ampliar la visión, y estimular el diálogo técnico y político, utilizando datos disponibles. Existen metodologías y herramientas que nos permiten identificar y estimar los efectos de la implementación de ciertos cambios. Es una reforma necesaria, completamente viable desde el punto de vista técnico, financiero, social y político. El sistema actual, evaluado según indicadores de salud, tiene medianamente buenos resultados, sin embargo, estamos dejando de lado a las poblaciones más vulnerables, entre ellos paciente contagiados con el virus VIH/SIDA, extrema pobreza, acceso geográfico difícil de llegar y población envejecida, por lo que debemos como país trabajar en forma eficaz y eficiente desde la prevención hasta el tratamiento. Debiera existir un ente modulador que debe diferenciarse del financiamiento y prestación, con el fin de evitar conflictos de intereses, y asegurar la transparencia, para una mejor distribución de las funciones entre instituciones públicas y privadas, de manera que se logre el bienestar de toda la población, especialmente en el tema planteado en esta informe, que son los pacientes contagiados con el virus VIH/SIDA, a través de recursos adecuados y la contención necesaria desde el tratamiento y los costos,

Para esto, es necesario efectuar un proceso de articulación, por una parte de las poblaciones, y los prestadores de servicios por otra, incluyendo agencias financieras y/o los prestadores. La articulación permite una conexión entre los diversos componentes del proceso de financiamiento-prestación, ya que así se podría mantener un efectivo monitoreo sobre este, monitoreando; financiamiento, aseguramiento, provisión de servicios e impacto,

equidad en acceso, calidad de atención y su pertinencia para responder a las necesidades prioritarias de la salud de la población, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas, donde recaen los pacientes contagiados con el virus VIH/SIDA.

Para todo esto, existe la necesidad de redefinir la mezcla pública-privada, para permitir mayores grados de solidaridad a nivel del financiamiento y atención al paciente de calidad, reduciendo el problema de la selección de riesgos, y permitir una mejor articulación, por ende, entre el sector privado y público, siendo mi propuesta para ello, necesario avanzar hacia seguros de salud universales e integrales para nuestro país, Chile.

Estableciendo entonces, a mi parecer, nuevas reformas como las siguientes:

- 10) Eliminar la segmentación, aumentar la mancomunicación.
- 11) Hacer participar de las cotizaciones en salud al empleador.
- 12) Licencias médicas financiadas por empleador (independiente de recursos aportados a salud).
- 13) Ordenar el financiamiento y definir, beneficios para personas que requieren de cuidados a largo plazo, siendo estos generalmente pacientes con enfermedades crónicas, como, por ejemplo, los pacientes con virus VIH/SIDA.
- 14) Definir coberturas de salud: GES, GRD, paquetizaciones, PAD, y formas de pago en general.
- 15) Favorecer la prevención y promoción de la salud, especialmente en la población contagiada con el virus VIH/SIDA.
- 16) Eliminar las restricciones a las preexistencias, de forma urgente, ya que inhabilitan a los pacientes, de poder tener accesibilidad al cambio por ejemplo en Isapres y en tomas de nuevos seguros, dejándolos inmóviles frente a nuevas posibilidades, el día

de mañana de poder adquirir un nuevo plan de salud, que les pudiese ser más beneficioso para su enfermedad a lo largo de su vida.

17) Favorecer en pacientes de enfermedades crónicas, y especialmente pacientes con la enfermedad del virus VIH/SIDA, el área de la salud mental, con una mejor atención en calidad, mayor preocupación y atención a los pacientes y sus familiares, mayor énfasis en sesiones psicológicas y psiquiátricas, con una continuidad mayor en las horas de sesiones de consulta, favoreciendo la contención emocional necesaria en este tipo de pacientes, ya que sin esto, existe una alta probabilidad de poca adherencia al tratamiento, así como teniendo comorbilidad alta con sintomatologías de trastornos afectivos, como lo son por ejemplo, la depresión mayor, e incluso llegando muchas veces, al suicidio del paciente, por la falta de estos recursos.

18) Es muy importante, recalcar también el tema de ocupar las nuevas tecnologías como ya lo planteé anteriormente en el relato de la informe, que ayudan a llegar en forma masiva, y ayudando a la contención y la preocupación de los profesionales de la salud, de las instituciones públicas y/o privadas, con lo que resultaría un beneficio que ya se demostró en Estados Unidos que aumentan las satisfacción del paciente, a través de por ejemplo, un software, donde los profesionales de la salud se comunican continuamente con los pacientes y sus familiares a cargo, en casos por ejemplo de hospitalización, y en la continua preocupación en información que tiene que ir siendo entregada a los pacientes y sus familiares, de forma continua en todo su tratamiento, y a lo largo de su vida; incluso recordándole día y hora de controles médicos, preguntándoles como están cada cierto tiempo, de esta forma, podemos analizar qué ya que las computadoras no puede analizar los sentimientos, si nos pueden ayudar a ocupar a través de estas el seguimiento de la satisfacción del paciente, de la

comunicación con los profesionales de la salud e incorporando una nueva tecnología, llamada, “análisis de sentimientos” en la cual, se aprende desde los profesionales de la salud que la gente perdonará lo que se le diga, olvidará lo que haga, pero la gente nunca olvidará como la hizo sentir” (Maya Angelou). Este análisis de sentimiento, por tanto, es muy útil para las nuevas tecnologías que podemos ocupar, las cuáles ya son usadas hoy en día en Estados Unidos con un alto índice de satisfacción del paciente y mejoras en sus estados de ánimo y adherencia al tratamiento, mejorando también así la satisfacción de la familia, y en definitiva la del paciente, incrementando la lealtad del paciente y los miembros de la familia hacia las instituciones públicas y/o privadas a las que acudan, concluyendo que a raíz de todo esto, se descubrió una potencial reducción de internación y tasa de readmisión e incremento de la conformidad del paciente.

Y, finalmente en conclusión, también puedo decir que es de suma importancia, la calidad y seguridad de los pacientes contagiados con el virus VIH/SIDA, dónde esto debe ser visto como un proceso de autocontrol, centrado en el paciente y sus necesidades, que lo involucra en sus actividades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios, y superar las expectativas de dichos pacientes. Debe involucrar a todas las personas en la organización, para poder integrar en las instituciones la cultura de calidad, de atención al paciente y satisfacción de este, modificando las creencias de que los errores son el resultado de la falencia personal y profesional de los individuos, sino que, de analizarlos y aprender de ellos, considerando las mejores prácticas. Implica una filosofía de vida laboral, personal y

social, centrado en esfuerzos de mejoramiento constante, y aunque los mejoramientos aislados son pequeños, el proceso origina resultados dramáticos a través del tiempo, además de construir un modelo de bajo riesgo, aplicando el ciclo continuo de la calidad en el tiempo: planear, hacer, verificar, y actuar. Convirtiendo todo esto en una cultura organizacional de las instituciones de salud, en el mejoramiento de los procesos, donde se realizan los esfuerzos para trabajar “en las personas”, en su estado de ánimo, en la comunicación, en el entrenamiento, en el trabajo en equipo, y finalmente en el compromiso y disciplina necesaria para lograr todo esto.

Los problemas de calidad generan tensión e inconformidad al interior de las instituciones de salud, lo que afecta, por ende, al paciente de forma externa, poniendo los problemas de calidad incluso en riesgo la propia seguridad de los pacientes, siendo estos problemas de carácter tanto; estructurales, organizacionales, asistenciales o una combinación de lo anterior, afectando tanto a los procesos como al resultado de estos. Como bien sabemos, los recursos para buscar soluciones son siempre finitos, de allí, la necesidad de priorizar, es decir, escoger aquellos problemas sobre los que actuaremos primero. Para lograrlo, se debe saber exactamente la causa, para luego actuar sobre ella, e intervenir el proceso, de modo de generar una mejora continua y progresiva en el tiempo, de los problemas que aquejan a los pacientes contagiados con el virus VIH/SIDA, para poder solucionarlos de forma, óptima, eficiente y eficaz, a corto y mediano plazo. Los pacientes finalmente prefieren si tienen condiciones, atenderse por ende, en ámbito privado que publico.

## 7) BIBLOGRAFÍA Y REFERENCIAS

- *Siegrist, Richard, (2018). Innovación en Gestión de Salud y Cuidados Centrados en el Paciente. Harvard School of Public Health. (Apuntes).*
- *DSM-V. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – Libro de Asociación Estadounidense de Psiquiatría, Edición V.*
- *McDonough, John E. Mas allá del ACA... El camino hacia el futuro (apuntes).*
- *Bowser, D.M., Figueroa, R., Natiq, L., & Okunogbe, A. (2013). “A preliminary Assessment of Financial Stability, Efficiency, Health Systems and Health Outcomes Using Performance-Based Contracts in Belize, “Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice, DOI: 10.1080/17441692.2013.829511*
- *Siegrist, Richard, “Family Communication – The next Frontier for Improving Patient Satisfaction? “Association for Patient Experience 9/29/2013*
- *Siegrist, Richard Bolton Jr., “Patient Satisfaction: History, Myths, and Misperceptions, “Virtual Mentor. November 2013, Volume 15, Number 11: 982-987.*
- *Swensen S, Pugh M, McMullan C, Kabcenell A. High-Impact Leadership: Improve Care, Improve the Health of Populations, and Reduce Costs. IHI White paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2013.*
- *Oliva G, Almarzán M, Guillen M. Prueba de detección rápida de la infección por VIH, AATRM, Número 2007/3. Barcelona: Agencia d’Avaluació de Tecnologia y Recerca Mediques de Catalunya; 2009.*
- *Ministerio de Salud Pública del Uruguay. Evaluación del desempeño de tres pruebas rápidas para el diagnóstico de infección por VIH en adultos, Montevideo: Imprenta Rojo; 2014.*
- <http://www.ispch.cl/sites/default/files/Circular%20N%C2%B0%2020.pdf>
- [http://www.ispch.cl/sites/default/files/calidad/peec\\_2012/index.html](http://www.ispch.cl/sites/default/files/calidad/peec_2012/index.html)
- [http://www.ispch.cl/biomedicos/subdepto\\_enf\\_virales/sida/vigilancia](http://www.ispch.cl/biomedicos/subdepto_enf_virales/sida/vigilancia)
- [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-14790\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-14790_recurso_1.pdf)
- <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/01/f-bases-para-una-reforma-del-aseguramiento-de-la-salud-en-chile-camilo-cid.pdf>
- <http://www.minsal.cl/sites/default/files/16.%20ISAPRE%20MASVIDA.pdf>
- <http://www.oecd.org/chile/>
- <http://vinculacion.unab.cl/proyectos-y-programas-relevantes/encuesta-nacional-de-salud/>

- [www.ispandresbello.cl/coloquios-la-reforma-salud-chile-necesita/](http://www.ispandresbello.cl/coloquios-la-reforma-salud-chile-necesita/)
- [www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/Libro-ISPAB-11.pdf](http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/Libro-ISPAB-11.pdf)
- [www.espaciopublico.cl/wp-content/uploads/2016/05/30.pdf](http://www.espaciopublico.cl/wp-content/uploads/2016/05/30.pdf)
- [www.saludpublica.cl/lee%20aqui%20la%20propuesta%20lanzada%20por%20esp%20y%20colmed%20\(1\).pdf](http://www.saludpublica.cl/lee%20aqui%20la%20propuesta%20lanzada%20por%20esp%20y%20colmed%20(1).pdf)
- [www.latercera.com/nacional/noticia/cuenta-publica-las-ocho-medidas-anunciadas-sebastian-pinera-salud/188665/](http://www.latercera.com/nacional/noticia/cuenta-publica-las-ocho-medidas-anunciadas-sebastian-pinera-salud/188665/)
- <http://www.sisalril.gov.do/pdf/publicaciones/libro-regulacion.pdf>
- <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-propertyvalue-3465.html>
- <http://www.minsal.cl/derechos-y-deberes-de-los-pacientes/>
- <http://www.supersalud.gob.cl/664/w3-propertyvalue-2648.html>
- [www.segurosocial.gov](http://www.segurosocial.gov)
- [www.cva.itesm.mx-biblioteca-apa](http://www.cva.itesm.mx-biblioteca-apa)
- <https://www.latercera.com/nacional/noticia/gasto-publico-tratamiento-vih-crecimiento-155-siete-anos/191542/#>
- <http://impresa.lasegunda.com/2018/04/09/A/913C23VM>
- [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)
- [www.eldesconcierto.cl](http://www.eldesconcierto.cl)
- [www.biobiochile.cl](http://www.biobiochile.cl)
- [www.elmostrador.cl](http://www.elmostrador.cl) (2017 y 2018)
- [www.fonasa.cl-auge.patologias](http://www.fonasa.cl-auge.patologias)
- [www.testvih.cl](http://www.testvih.cl)

## 8) ANEXOS

**Harvard T.H. Chan School of Public Health  
International Health Systems Program  
Department of Global Health and Population**

**Salud en el Siglo XXI: Seminario para Universidad Andrés Bello**

*29 Octubre – 2 Noviembre 2018*

*Boston, Massachusetts*

### **Plan de Estudios y Programación**

#### **Objetivos del curso;**

Los participantes serán capaces de:

1. Conocer el sistema de salud de Estados Unidos;
2. Profundizar sus conocimientos sobre la reforma del sistema de salud y métodos prácticos para mejorar la calidad; y
3. Aplicar ideas presentadas en el curso para el sistema de salud chileno.



**Lunes, 29 Octubre, Armenise 125, Harvard Medical School**

**9:00 AM BIENVENIDA, INTRODUCCIÓN Y VISIÓN GENERAL DEL PROGRAMA\***

**Profesora:** Diana Bowser, Harvard T.H. Chan School of Public; Rony Lenz, Universidad Andrés Bello.

**Objetivo:** Los participantes conocerán los objetivos del programa, los contenidos que abarca y las metodologías de enseñanza que se utilizarán. También aprenderán sobre algunos de los importantes desafíos que enfrenta el sistema de salud.

**10:45 AM INTRODUCCION AL SISTEMA DE SALUD DE LOS ESTADOS UNIDOS\***

**Profesora:** Diana Bowser, Harvard T.H. Chan School of Public Health

**Objetivo:** Los participantes aprenderán sobre aspectos críticos del sistema de salud de los Estados Unidos, elementos necesarios para comprender las sesiones siguientes del Seminario. Aprenderán sobre aspectos financieros y organizacionales del sistema, así como también los desafíos recientes en cuestiones de acceso, costo y calidad.

**Lecturas Recomendadas:**

1. Brown, Lawrence D., “The Amazing Non-Collapsing U.S. Health Care System – Is Reform Finally at Hand?,” The New England Journal of Medicine, Volume 358: 325 – 327, January 24, 2008.

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp0708600>

2. Kaiser Family Fund (2015). A Primer on Medicare

<https://www.kff.org/medicare/report/a-primer-on-medicare-key-facts-about-the-medicare-program-and-the-people-it-covers/>

3. Kaiser Family Fund (2018). 10 Things to Know about Medicaid: Setting the Facts Straight

<https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/10-things-to-know-about-medicaid-setting-the-facts-straight/>

## Grupos de Discusión de los Participantes

### **1:00 PM    CREANDO UN PROGRAMA DE MEDICINA GUIADA POR LA PRECISIÓN DE LOS                                    DATOS INFORMATICOS\***

**Profesor:**     John Quackenbush, Harvard T.H.Chan School of Public Health

**Objetivo:**    Los participantes aprenderán sobre el potencial diagnóstico y terapéutico de la Genómica.

#### **Lecturas Recomendadas:**

1.    Kahvejian, Avak, John Quackenbush, & John F. Thompson, “What Would You Do If You Could Sequence Everything?” Nature Biotechnology, Volume 26, Number 10 October 2008, pp 1125-1133.

[https://www.researchgate.net/publication/23310372\\_What\\_would\\_you\\_do\\_if\\_you\\_could\\_sequence\\_ever\\_thing](https://www.researchgate.net/publication/23310372_What_would_you_do_if_you_could_sequence_everything)

**Martes, 30 Octubre, TMEC 246, Harvard Medical School**

**9:00 AM CALIDAD FARMACEÚTICA, COSTO Y VALOR\***

**Profesor:** Paul Jeffrey, MassHealth

**Objetivo:** Los participantes aprenderán sobre la gestión de servicios de farmacia disponibles a través de un amplio plan gubernamental de salud implementado en Massachusetts. La presentación describirá el uso del monitoreo electrónico de las órdenes de farmacia en el punto de servicio como una forma de mejorar la rentabilidad y la calidad.

**10:30 AM INNOVACIONES EN GESTIÓN DE SALUD Y CUIDADO CENTRADO EN EL PACIENTE\***

**Profesorado:** Richard Siegrist, Harvard T.H. Chan School of Public Health

**Objetivo:** Los participantes aprenderán sobre las actuales iniciativas para aplicar tecnologías de avanzada, como también conceptos importantes de control de costos, para mejorar la eficiencia y la efectividad de los hospitales en los EEUU.

**Lecturas Recomendadas:**

1. Siegrist, Richard, “Family Communication - The Next Frontier for Improving Patient Satisfaction?” Association for Patient Experience, 9/29/2013.

<http://www.patientexperience.org/Resources/Newsletter/Newsletters/Articles/September-2013/Family-Communication-The-Next-Frontier-for-Improvi.aspx>

2. Siegrist, Richard Bolton, Jr., “Patient Satisfaction: History, Myths, and Misperceptions,” Virtual Mentor. November 2013, Volume 15, Number 11: 982-987.

<http://virtualmentor.ama-assn.org/2013/11/mhst1-1311.html>

**12:30 PM INNOVATIONS IN PAYMENT SYSTEMS IN THE U.S. II**

**Profesora:** Belen Fraile Ortiz, Dana-Farber Cancer Institute

**Objetivo:** Participantes profundizarán en la reforma a los mecanismos de pago en Estados Unidos a través de una discusión centrada en los cambios del Dana-Farber Cancer Institute.

**2:45 PM INNOVACIÓN EN PREVENCIÓN DE ENTS EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE**

**Profesora** Lindsay Jaacks, Harvard T. H. Chan School of Public Health

**Objetivo:** Los participantes pueden aprender sobre las tendencias en obesidad y diabetes tipo 2 – factores críticos de riesgo para las enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer – y los estrategias clave para prevenirlas.

**Miércoles, 31 Octubre, Armenise 125, Harvard Medical School**

**9:00 AM CONECTANDO PACIENTES, PRESTADORES Y FINANCIADORES\***

**Profesor:** Manu Tandon, Beth Israel Deaconess Medical Center

**Objetivo:** Los participantes aprenderán a configurar un proceso de gobierno y desarrollar un plan estratégico para el uso de herramientas de tecnología de la información para mejorar la atención de los pacientes hospitalizados.

**10:30 AM INNOVACIÓN Y CAMBIO EN LOS HOSPITALES DE ESTADOS UNIDOS\***

**Faculty:** Laurie S. Pascal, Harvard T. H. Chan School of Public Health

**Objetivo:** Los participantes aprenderán sobre el cambio en las fuerzas del mercado en los Estados Unidos y cómo hospitales están creando valor al largo plazo para sus organizaciones en el turbulento entorno de la actualidad.

**Vídeo durante la sesión de “Open Notes”:**

[https://www.youtube.com/watch?v=a19\\_6qQoA8s&index=1&list=PLY1\\_BWIZmQfVwtMByqyRJYo4sPfgV9Y-N](https://www.youtube.com/watch?v=a19_6qQoA8s&index=1&list=PLY1_BWIZmQfVwtMByqyRJYo4sPfgV9Y-N)

**1:00 PM PAGO POR DESEMPEÑO**

**Profesorado:** Diana Bowser

**Objetivo:** Participantes profundizaran comprensión sobre potencial y desafíos que comprenden los incentivos en la reforma de salud, con experiencias ganadas en países desarrollados y en vías de desarrollo.

**Lecturas Recomendadas:**

1. Bowser, D. M., Figueroa, R., Natiq, L., & Okunogbe, A. (2013). “A Preliminary Assessment of Financial Stability, Efficiency, Health Systems and Health Outcomes Using

Performance-Based Contracts In Belize,” Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice, DOI: 10.1080/17441692.2013.829511

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24028377>

**2:45 pm      VISITA A UN CENTRO COMUNITARIO DE SALUD:  
EAST BOSTON NEIGHBORHOOD HEALTH CENTER**

**Staff**            Jackie Fantes, MD, FAAFP, Chief Medical Officer  
                      Michael Mancusi, Chief Behavioral Health Officer  
                      Jeffery Schuster, VP Health Center Operations  
                      Lili Silva, VP, Patient access  
                      Steven Snyder, VP, Outreach and Education and Training

**Jueves, 1 Noviembre, Armenise 125, Harvard Medical School**

**9:00 AM      REFORMA DE SALUD EN MASSACHUSETTS  
Y ALGUNAS LECCIONES PARA LOS ESTADOS UNIDOS I\***

**Profesora:** Nancy Turnbull, Harvard T.H. Chan School of Public Health

**Objetivo:** Los participantes aprenderán sobre el Nuevo Plan de Reforma implementado en Massachusetts que se aplicó a partir del 1 de Julio de 2007, una iniciativa política diseñada para activar una cobertura universal de seguros, en este estado que tiene aproximadamente seis millones de residentes, y cómo las lecciones de Massachusetts son pertinentes a la ley de reforma de salud en los Estados Unidos.

**Lecturas Recomendadas:**

1. Long, Sharon K. and Karen Stockley, Sustaining Health Reform In A Recession: An Update On Massachusetts As Of Fall 2009, *Health Affairs*, June 2010, pp. 1234-1241.  
<http://content.healthaffairs.org/content/29/6/1234.abstract>
2. Long, Sharon K., “What is the Evidence on Health Reform in Massachusetts and How Might the Lessons From Massachusetts Apply to National Health Reform,” June 2010  
<http://www.urban.org/UploadedPDF/412118-massachusetts-national-health-reform.pdf>
3. Mechanic, Robert E., S. . Altman, J. E. McDonough, “The New Era of Payment Reform, Spending Targets, and Cost Containment in Massachusetts: Early Lessons for the Nation,” *Health Affairs* September 2012  
<http://content.healthaffairs.org/content/early/2012/09/17/hlthaff.2012.0338>

**10:30 AM      REFORMA DE SALUD EN MASSACHUSETTS  
Y ALGUNAS LECCIONES PARA LOS ESTADOS UNIDOS II\***

**Profesora:** Nancy Turnbull, Harvard T. H. Chan School of Public Health

**Objetivo:** Continuación

**1:00 PM      10:30 AM      LIDERANDO MEJORAS I\***

**Profesor:** Pedro Delgado, El Instituto para el Mejoramiento de Cuidado de Salud

**Objetivo:** Los participantes serán capaces de:

- Comprender y describir la teoría de IHI cambio: Voluntad, Ideas y Ejecución
- Comprender y describir el IHI Triple objetivo
- Comprender y describir el papel crucial de liderazgo para lograr cambios reales y duraderos

**Lecturas Recomendadas:**

1. Barker, Pierre, et al, “A Framework for Scaling Up Health Interventions: Lesson from Large-Scale Improvement Initiatives in Africa, Implementation Science

<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-016-0374-x>

2. Miller, Suellen, et al, “Beyond Too Little, Too Late and Too Much, Too Soon: A Pathway Towards Evidence-Based, Respectful Maternity Care Worldwide,” The Lancet

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31472-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31472-6/fulltext)

3. Nolan, Thomas, Rocco J. Perla, Lloyd Provost, “Correctly Assessing Variation Is Fundamental to Sound Decisions,” Quality Progress, November 2016, [www.qualityprogress.com](http://www.qualityprogress.com)

<https://www.carnegiefoundation.org/newsroom/improvement-voices/what-were-reading-why-correctly-assessing-variation-is-fundamental-to-sound-decisions/>

4. Swensen S, Pugh M, McMullan C, Kabacennell A. High-Impact Leadership: Improve Care, Improve the Health of Populations, and Reduce Costs. IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2013.

<http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/HighImpactLeadership.aspx>

**2:30 PM      LIDERANDO MEJORAS II\***

**Profesorado:** Pedro Delgado, El Instituto para el Mejoramiento de Cuidado de Salud

**Objetivo:** Continuación



**Viernes, 2 Noviembre, TMEC 209, Harvard Medical School**

**9:00 am      MÁS ALLÁ DEL “AFFORDABLE CARE ACT”: EL CAMINO HACIA EL FUTURO**

**Profesor**      John McDonough, Harvard T. H. Chan School of Public Health

**Objetivo:**      Los participantes conocerán actualizaciones del ACA, la Ley de Cuidados Accesibles, y el camino hacia el futuro del sistema de salud en EE. UU. – con un enfoque en los cambios sistémicos.

**10:30 AM      GRUPOS DE DISCUSIÓN**

**Profesorado:** Rony Lenz, Universidad Andrés Bello

Diana Bowser, Harvard T. H. Chan School of Public Health

**1:00 PM      PANEL FINAL, DISCUSIÓN PLENARIA**

Moderadores: Diana Bowser y Rony Lenz

**Objetivo:** Los panelistas analizarán de qué manera los contenidos desarrollados en el Seminario pueden ser adaptados y utilizados en Chile. Todos los participantes tendrán oportunidad de participar en la discusión.

# HARVARD T.H. CHAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

## Salud en el Siglo XXI: Seminario para Universidad Andrés Bello

29 Octubre – 2 Noviembre 2018, Boston, Massachusetts

	Domingo 28 Octubre	Lunes, 29 Octubre <b>Armenise 125</b>	Martes, 30 Octubre <b>TMEC 246</b>	Miercoles, 31 Octubre <b>Armenise 125</b>	Jueves, 1 Noviembre <b>Armenise 125</b>	Viernes, 2 Noviembre <b>TMEC 209</b>
9:00 am - 10:15		<b>9:00 – 10:30</b> <b>Introducción y Visión General del Programa</b> Diana Bowser	<b>Calidad Farmaceutica, Costo y Valor</b> Paul Jeffrey	<b>Conectando Pacientes, Proveedores y Pagadores</b> Manu Tandon	<b>Reforma de Salud en Massachusetts, &amp; EE.UU. I</b> Nancy Turnbull	<b>Más Allá del ACA: El Camino Hacia el Futuro</b> John McDonough
10:15 - 10:30		<b>10:30 -- 10:45</b> PAUSA	PAUSA	PAUSA	PAUSA	PAUSA
10:30 – 12:00 pm		<b>10:45–12:30</b> <b>Introducción al Sistema de Salud en EE.UU.</b> Diana Bowser	<b>Innovaciones en Gestión de Salud y Cuidado Centrado en el Paciente</b> <i>Richard Siegrist</i>	<b>Innovación y Cambio en los Hospitales de Estados Unidos</b> Laurie Pascal	<b>Reforma de Salud en Massachusetts, &amp; EE.UU. II</b> Nancy Turnbull	<b>Grupos de Discusión</b> <i>Bowser, Lenz</i>
12:00 – 1:00		<b>12:30 – 1:00</b> Almuerzo	<b>12:00 – 12:30</b> Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo
1:00 – 2:15  2:15 – 2:30		<b>TMEC 227</b> <b>1:00 – 2:00</b> <b>Creando un Programa de Medicina Guiada por la Precisión de los Datos Informaticos</b> John Quackenbush <b>2:00 - 2:15</b> <i>Llenar evaluaciones y revisar nombre para certificado</i>	<b>TMEC 246</b> <b>12:30 – 2:30</b> <b>Innovaciones en Sistemas de Pago en los EE.UU.</b> <i>Belen Fraile Ortiz</i>  <b>2:30-2:45</b> PAUSA	<b>Countway 506</b> <b>Pago por desempeño</b> Diana Bowser  <b>2:15</b> <i>Salida bus para visita al Centro de Salud</i>	<b>TMEC 227</b> <b>Liderando Mejoras I</b> Pedro Delgado  PAUSA	<b>TMEC 209</b> <b>1:00 – 2:30</b> <b>Panel Final, Discusión Plenaria</b> <i>Bowser, Lenz</i>  <b>6:30</b> <i>Salida bus al Faculty Club</i>

2:30-4:00	6:00 pm - 7:00 pm Recepción, In nn at Longwood, Fenway Room Bowser, Lenz	2:30 <i>Caminata al Gordon Hall</i> 2:45 <b>Foto grupal Escaleras Gordon Hall Harvard Medical School</b> 3:00 <b>Evento opcional: Breve tour del Campus</b>	2:45-4:00 <b>Innovación en Prevención de ENTs en Latino America y el Caribe</b> Lindsay Jaacks	2:45 <b>Visita al Centro de Salud Comunitaria en el Este de Boston</b> 4:15 Salida Bus 5:00 <b>Actividad Optativa</b> Visita al Museo de Bellas Artes - <i>Sonja Luvara</i>	<b>Liderando Mejoras II</b> Pedro Delgado	7:00 <b>Cena de Clausura en Harvard Faculty Club</b> <i>Bowser, Lenz</i>
-----------	--	--	--	--	--	--