

# SALUD

## CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

### 1 | ACCESO A SALUD DE CALIDAD

COBERTURA PREVISIONAL

RED PÚBLICA DE SALUD

### 2 | HÁBITOS Y CONDUCTAS DE RIESGO

TABAQUISMO

ALCOHOL Y DROGAS

SEDENTARISMO, Y ESTADO NUTRICIONAL

#### realidad social

1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SU SITUACIÓN PREVISIONAL DE SALUD | 096
2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA DE FONASA | 100
3. GASTO DE BOLSILLO EN SALUD | 101

4. INFRAESTRUCTURA RED DE SALUD PÚBLICA | 104
5. CUMPLIMIENTO DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES) | 105

1. TASA DE FUMADORES DIARIOS | 108
2. COMPARACIÓN INTERNACIONAL FUMADORES DIARIOS | 110
3. MUERTES ATRIBUIBLES AL TABACO | 112

4. ABUSO DE ALCOHOL | 114
5. CONSUMO DE MARIHUANA | 115
6. CONSUMO DE COCAÍNA Y/O PASTA BASE | 116

7. ACTIVIDAD FÍSICA DE LA POBLACIÓN | 121
8. ESTADO NUTRICIONAL | 123

#### política social

- » PROGRAMA BONO AUGE | 102 MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN
- MODERNIZACIÓN DE FONASA Y OTRAS MEJORAS | 103
- PROYECTO DE LEY DE FARMACIAS: "MODIFICA EL CÓDIGO SANITARIO EN MATERIA DE REGULACIÓN A LAS FARMACIAS"
- FARMACIAS DE TURNO

- CONSTRUCCIÓN DE HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD FAMILIAR | 106
- » PROGRAMA MI HOSPITAL SE PONE A PUNTO
- FORMACIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS | 107
- SISTEMA DE ALERTAS AUGE (SAAF)

- POLÍTICA PARA LA DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DEL TABACO | 113

- POLÍTICAS DE PREVENCIÓN | 117
- » PROGRAMA CHILE PREVIENE EN LA ESCUELA
- » PROGRAMA PREVENCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES
- » PROGRAMA PREVENCIÓN EN LOS LUGARES DE TRABAJO | 118
- » PROGRAMA FONODROGAS

- » PROGRAMA PILOTO VIDA SANA: OBESIDAD | 124
- » PROGRAMA PLANES COMUNALES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
- » PROGRAMA EXTENSIÓN DEL CONTROL DEL NIÑO SANO EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES | 125

- POLÍTICAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN | 119
- » PROGRAMA TRATAMIENTO POBLACIÓN GENERAL
- » PROGRAMA TRATAMIENTO POBLACIÓN ADULTA INFRACTORA
- » PROGRAMA TRATAMIENTO POBLACIÓN ADOLESCENTE INFRACTORA | 120
- » PROGRAMA PILOTO VIDA SANA: ALCOHOL

- LEY COMPOSICIÓN NUTRICIONAL Y PUBLICIDAD DE LOS ALIMENTOS
- CAMBIOS EN LAS BASES DE LICITACIÓN DEL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR (PAE)



## METAS DE SALUD

- › **Terminar** con la lista de espera registrada al 31 de marzo de cirugías y enfermedades AUGE antes de noviembre del 2011.
- › **STATUS** › A noviembre del 2011 estaba cumplida<sup>1</sup>.
- › **Terminar** con la lista de espera para cirugías no AUGE mayores a un año de espera antes de mayo de 2013 (Mensaje Presidencial 21 de mayo de 2011).
- › **STATUS** › Entre marzo del 2011 y agosto del 2012, egresaron 57.179 de la lista de espera, lo que implica una reducción de 64%.
- › **Construir** al menos 10 nuevos hospitales y 56 nuevos centros de salud familiar al término del período de gobierno (Mensaje Presidencial 21 de mayo de 2010).
- › **STATUS** › 17 hospitales construidos y 48<sup>2</sup> centros de salud familiar ya construidos a septiembre de 2012.

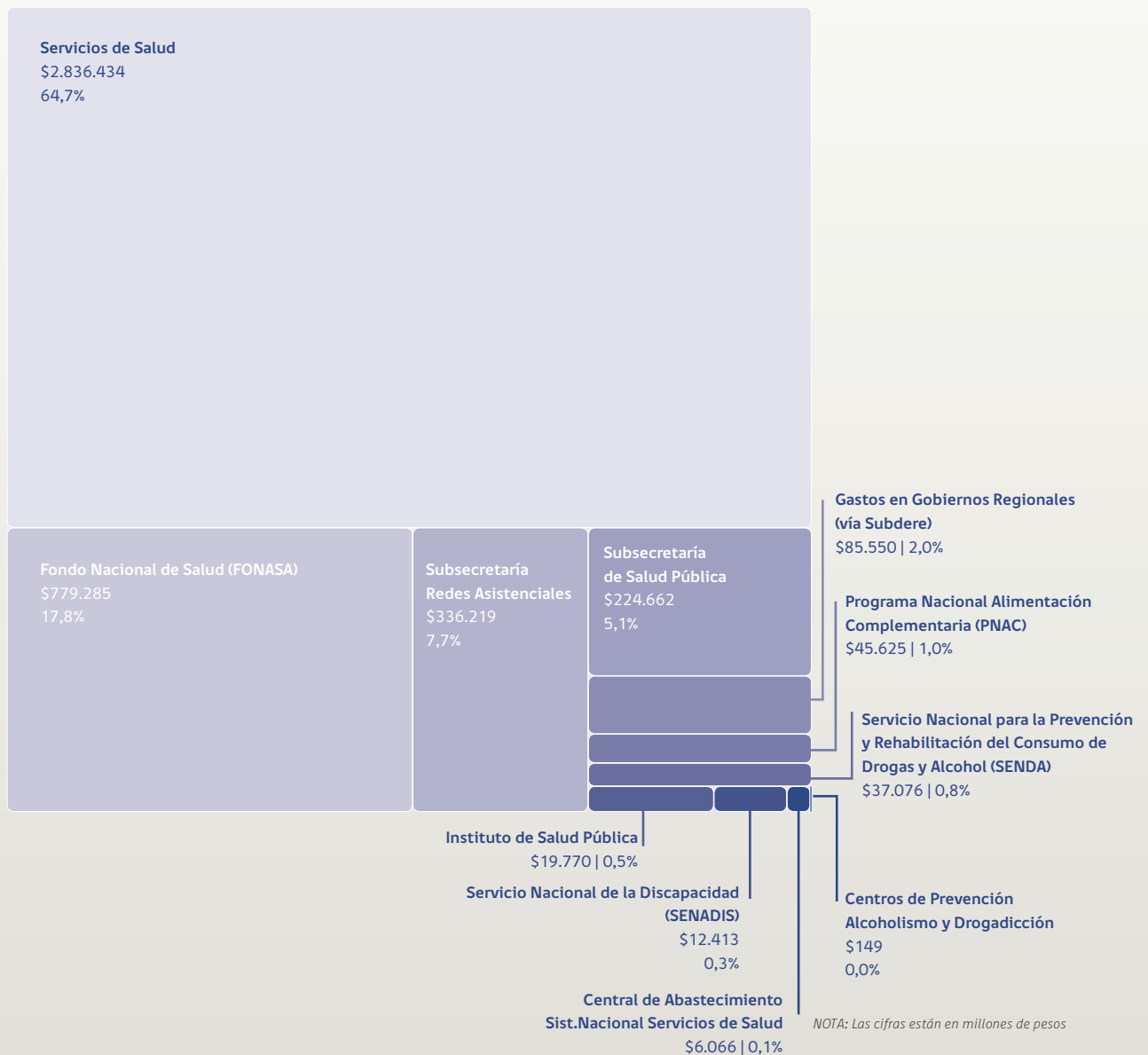
<sup>1</sup> Ver en <http://www.fonasa.cl/wps/wcm/connect/Internet/SAGeneral/Informacion+Corporativa/Lista+de+Espera+AUGE/>  
<sup>2</sup> Incluye los construidos bajo el financiamiento FNDR



## GASTO SOCIAL 2012

### TOTAL

**\$4.383.248 MILLONES**



NOTA: Las cifras están en millones de pesos

El sistema de salud chileno se estructura en dos grandes pilares. Por un lado está la estructura de financiamiento, que en nuestro país opera como un sistema de seguro conformado por una institucionalidad pública y otra privada. El sistema público, administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), se financia con las cotizaciones en salud realizadas por sus afiliados y con aportes fiscales. El sistema privado, por su parte, funciona a partir de un mercado regulado de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) que se financian con las coti-

zaciones realizadas por sus afiliados. Tanto FONASA como las ISAPRES son fiscalizadas periódicamente por la Superintendencia de Salud.

Todos los trabajadores dependientes están obligados a cotizar mensualmente el 7% de su remuneración imponible en el sistema público o privado de salud, lo que les permite obtener determinados niveles de protección financiera en salud para ellos y sus cargas. Además, el Estado financia la salud de aquellas personas que no tie-

nen recursos suficientes para cotizar en el sistema, como las personas en condición de indigencia o que presentan determinadas condiciones de vulnerabilidad.

El segundo pilar lo constituye la red de atención, conformada por una red privada y una red pública; esta última se extiende a lo largo de todo el territorio nacional y se compone de hospitales, consultorios y servicios de urgencia, entre otros.

## COBERTURA PREVISIONAL

En esta sección se presenta la cobertura previsional de la población según seguro de salud. Adicionalmente, se detalla la distribución de

los beneficiarios FONASA entre los grupos de ingresos que considera dicho Fondo. También se resume la política destinada a entregar una

mejor cobertura en salud a quienes acceden al sistema público.

### REALIDAD SOCIAL

## 1.1 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SU SITUACIÓN PREVISIONAL DE SALUD

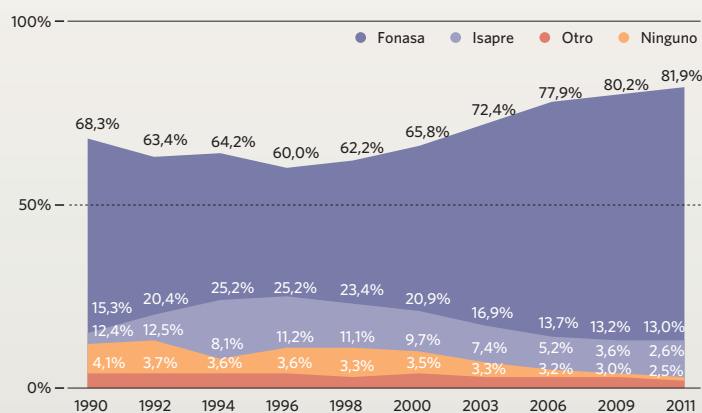
Porcentaje de personas que son beneficiarios del seguro público de salud administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA); beneficiarios del sistema privado constituido por las Instituciones

de Salud Previsional (ISAPRES); beneficiarios de otros sistema de salud (el que incluye a las cajas de las FFAA y de Orden como Capredena y Dipreca); y población que no tiene seguro de salud<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Para el cálculo de los porcentajes no se incluye a las personas que no saben o no respondieron (1,1% de la población total de acuerdo a la encuesta CASEN).

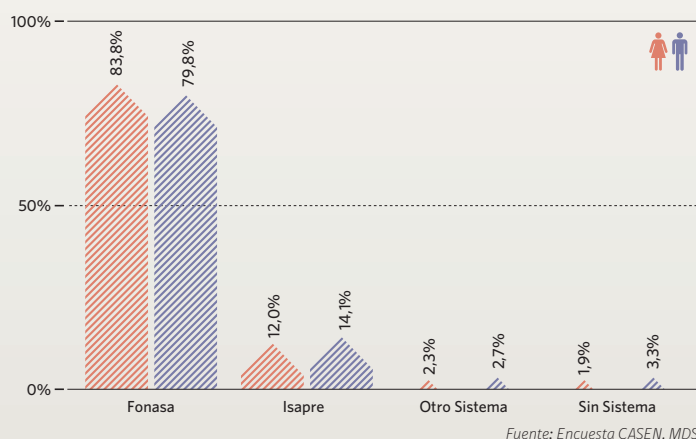


### COBERTURA PREVISIONAL DE LA POBLACIÓN 1990 A 2011



Más de un 10% de la población no tenía seguro de salud el año 1990. Dos décadas después, este porcentaje se encuentra en torno al 2,6%, lo que constituye un avance de alrededor de 10 puntos porcentuales en materia de cobertura. El año 2011 FONASA concentraba a un 82% de la población, comparado con un 60% el año 1996. Tendencia inversa ha tenido el porcentaje de beneficiarios del seguro privado, que experimentó una caída desde un 25% el año 1996 a un 13% el 2011.

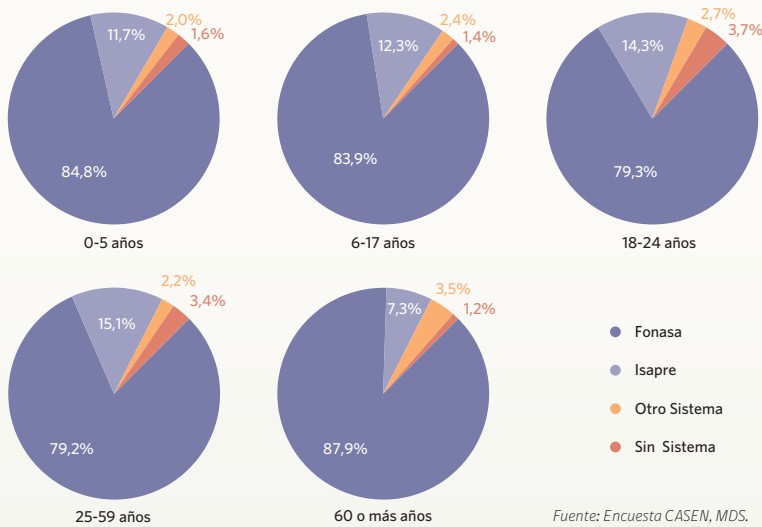
### COBERTURA PREVISIONAL DE SALUD, SEGÚN GÉNERO 2011



El porcentaje de mujeres beneficiarias de FONASA alcanzó un 84% el 2011, comparado con un 80% en el caso de los hombres. El porcentaje de mujeres y hombres en el sistema de ISAPRES alcanzó en tanto un 12% y 14%, respectivamente.



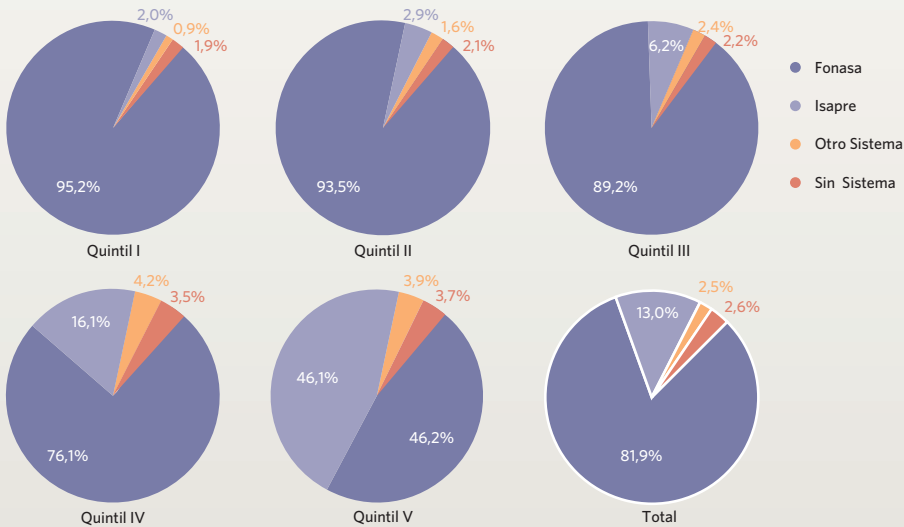
## COBERTURA PREVISIONAL DE SALUD, SEGÚN EDAD 2011



Es posible observar diferencias a lo largo del ciclo de vida: el porcentaje de personas entre 18 y 59 años - tramo en el que hay mayor actividad laboral - que son beneficiarios de ISAPRES supera al porcentaje que se observa en los otros tramos, mientras que lo contrario ocurre con respecto a los beneficiarios de FONASA. En el tramo de 60 años y más, el porcentaje de personas aseguradas por FONASA aumenta bastante, lo que es muy relevante para el sistema público de salud considerando que dicho grupo es el más expuesto a complicaciones de salud.



## COBERTURA PREVISIONAL DE SALUD, SEGÚN QUINTIL DE INGRESOS 2011

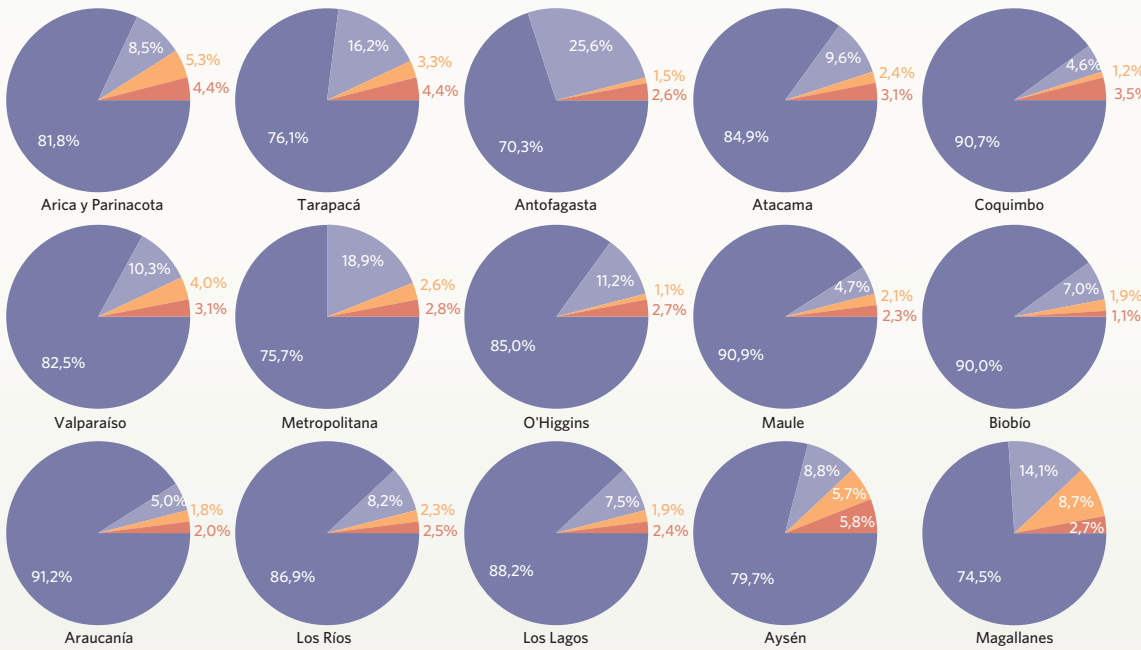


Un alto porcentaje de personas en los cuatro primeros quintiles de ingresos es beneficiaria del seguro público de salud (95,2% en el caso del primer quintil; 93,5% en el caso del segundo; 89,2% en el caso del tercero y 76,1% en el caso del cuarto). En el quinto quintil, los beneficiarios del sistema de ISAPRES alcanza un porcentaje superior al 15% (16,1%). En el quinto quintil, el porcentaje de beneficiarios de FONASA e ISAPRES se iguala en un 46%. El porcentaje de personas sin seguro de salud es mayor en el grupo de hogares con ingresos autónomos per cápita más altos (3,7% de las personas del quinto quintil comparado con un 1,9% de aquellas en el primero).



## COBERTURA PREVISIONAL DE SALUD, SEGÚN REGIÓN 2011

Fonasa Isapre Otro Sistema Sin Sistema

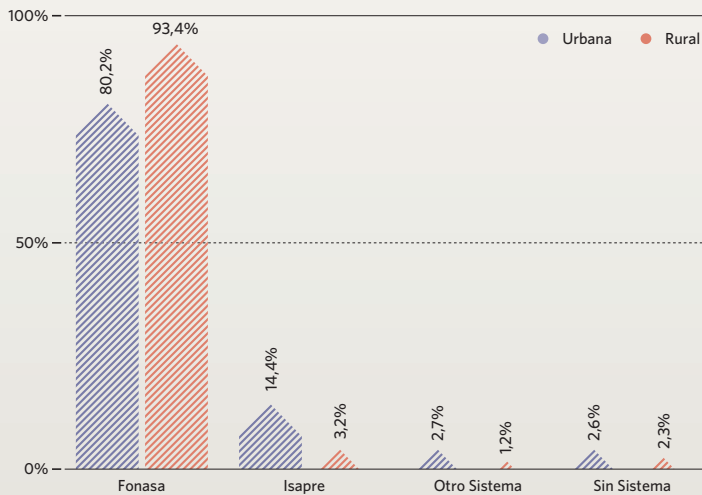


Sobre un 90% de la población regional es beneficiaria de FONASA en las regiones de La Araucanía, Maule, Coquimbo y Bío Bío, lo que está correlacionado con el hecho de que son estas mismas regiones las que tienen un menor porcentaje de su población dentro de los quintiles más altos. La región con mayor porcentaje de personas en el sistema de ISAPRES corresponde a Antofagasta, que duplica el total nacional con un 26% y que tiene el mayor porcentaje regional de personas en el primer quintil (27% de su población).

Fuente: Encuesta CASEN, MDS.



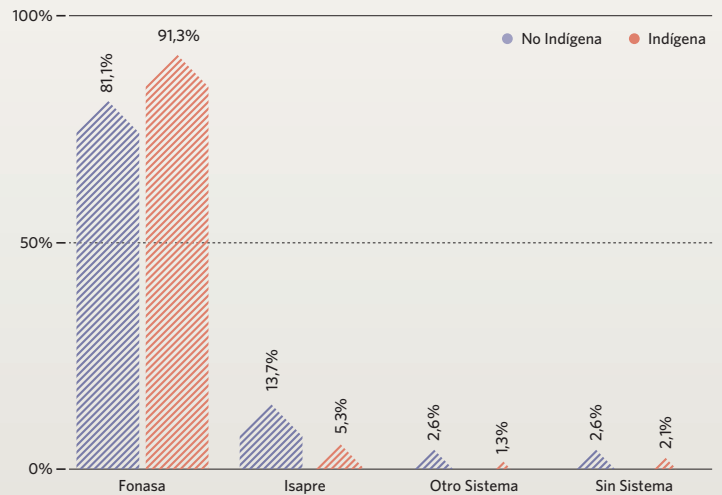
## COBERTURA PREVISIONAL DE SALUD, SEGÚN ZONA 2011



Fuente: Encuesta CASEN, MDS.

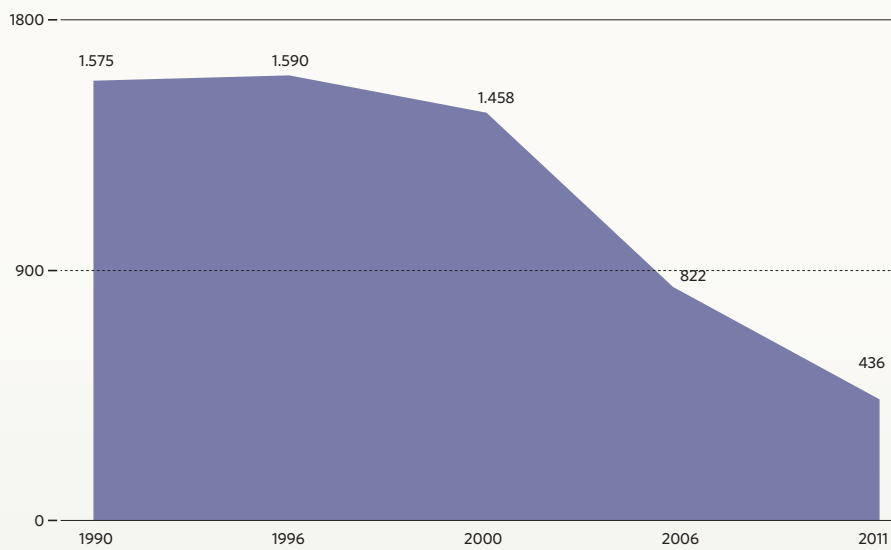
Más de 10 puntos porcentuales de diferencia hay entre el porcentaje de beneficiarios de FONASA e ISAPRES de zonas rurales y urbanas. En las zonas urbanas un 80,2% de la población tiene seguro público en FONASA, mientras que un 14,4% tiene seguro privado en alguna ISAPRE. En las zonas rurales, el porcentaje de la población en FONASA aumenta a un 93,4%, mientras que el porcentaje en ISAPRES baja a 3,2%.

## COBERTURA PREVISIONAL DE SALUD, SEGÚN ETNIA 2011



Fuente: Encuesta CASEN, MDS.

El porcentaje de personas indígenas beneficiarias del seguro público de salud supera en 10 puntos porcentuales al porcentaje del resto de la población (91% comparado con 81%), lo que está relacionado con que la población indígena se concentra en mayor medida que el resto de la población en los primeros quintiles de ingresos.


**POBLACIÓN SIN SEGURO DE SALUD (EN MILES DE PERSONAS) 1990 A 2011**


Fuente: Encuesta CASEN, MDS

Durante la década de los noventa hubo una leve reducción del número de personas sin seguro de salud, mientras que entre el 2000 y el 2011 el número de personas sin seguro de salud se redujo en más de un millón.

**FONASA**

FONASA ofrece dos tipos de modalidades de atención:

- ☑ Modalidad de Atención Institucional (MAI): es la entregada en la red pública de salud.
- ☑ Modalidad Libre Elección (MLE): es aquella entregada por profesionales y establecimientos de salud privados que hayan suscrito convenio con FONASA. Los hospitales públicos atienden bajo esta modalidad en caso que el beneficiario elija a su médico tratante y/o se hospitalice en una sala de pensionado o medio pensionado. La atención de esta modalidad se paga por medio de un Bono de Atención de Salud, cuyo valor depende del nivel de inscripción del profesional o del establecimiento de salud donde se atiende el beneficiario (hay tres niveles, siendo el 1 el más barato y el 3 el más caro).

**FONASA clasifica a sus afiliados (y sus cargas) en cuatro grupos de acuerdo a su renta imponible y número de cargas:**

TRAMOS DE AFILIADOS FONASA SEGÚN INGRESOS	MAI <sup>4</sup> (VALOR A PAGAR)	MLE (NIVELES DE BONO DE ATENCIÓN DE SALUD)
<b>FONASA A. Carentes de recursos o indigentes, beneficiarios PASIS y causantes de Subsidio Único Familiar (SUF)</b>	Atención gratuita	Sólo los adultos mayores.
<b>FONASA B. Menos de un salario mínimo mensual, o entre 1 y 1,46 salarios mínimos con 3 o más cargas legales</b>	Atención gratuita	1-2-3
<b>FONASA C. Entre 1 y 1,46 salarios mínimos sin exceder dos cargas legales, o más de 1,46 salarios mínimos con 3 o más cargas legales</b>	Pago de 10% de la atención	1-2-3
<b>FONASA D. Más de 1,46 salarios mínimos sin exceder dos cargas legales</b>	Pago de 20% de la atención	1-2-3

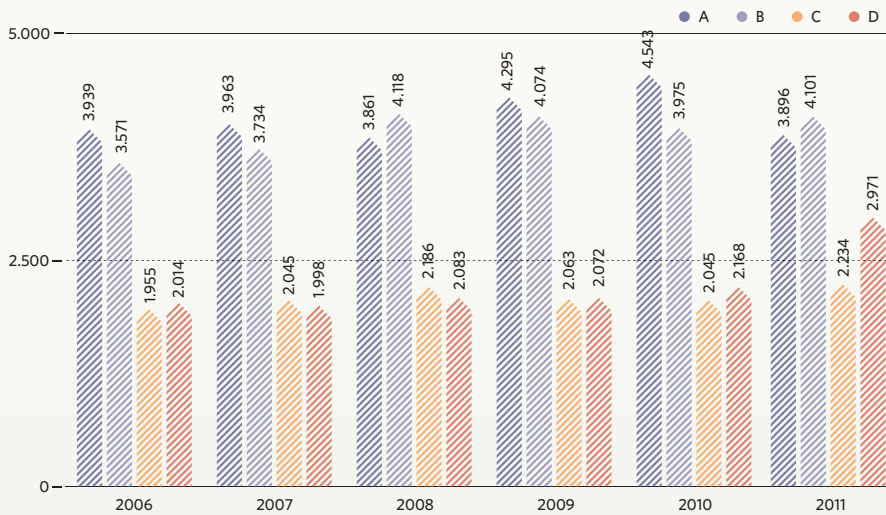
<sup>4</sup> Los mayores de 60 años cuentan con gratuidad en la Modalidad de Atención Institucional.

## 1.2 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA DE FONASA

Población beneficiaria de FONASA y distribución de acuerdo a tramo de ingreso y número de cargas.



### POBLACIÓN FONASA (MILES DE PERSONAS), SEGÚN GRUPO 2006 A 2011

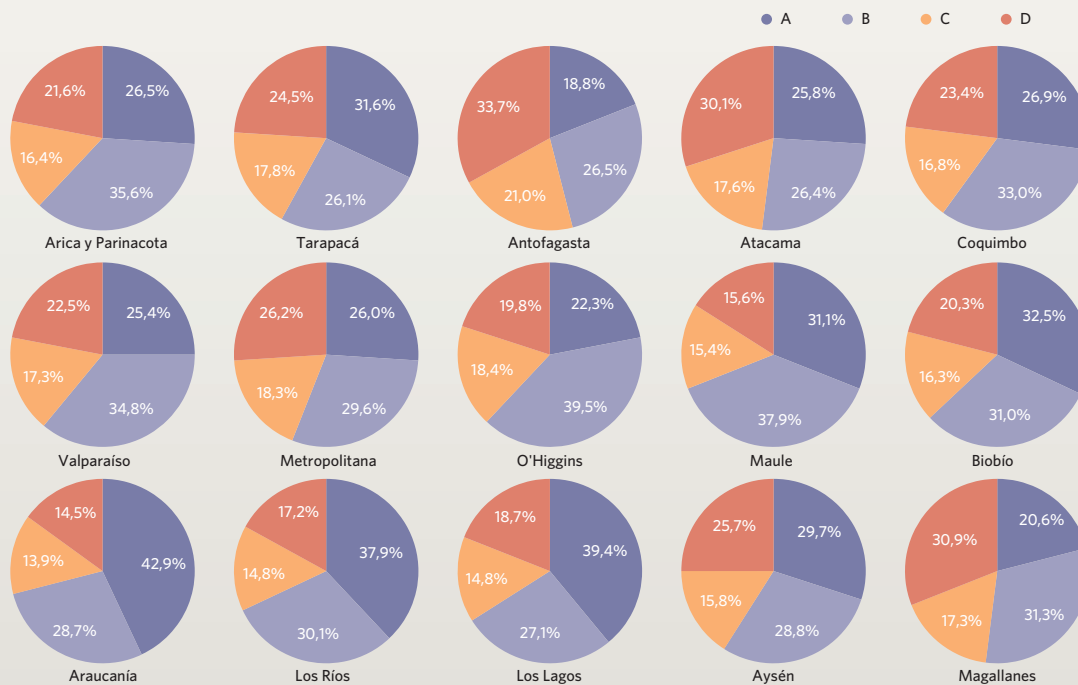


Fuente: FONASA.

Durante el 2011 FONASA hizo una reclasificación de sus beneficiarios tras perfeccionar el instrumento con el que capturaba la información del ingreso de sus afiliados. La reclasificación llevó a que el número de beneficiarios del grupo A disminuyera en un 14% entre el 2010 y el 2011 y a que el número de clasificados en el grupo D aumentara en un 37%.



### DISTRIBUCIÓN POBLACIÓN REGIONAL FONASA, SEGÚN GRUPOS 2011



Fuente: FONASA.

Un 43% de los beneficiarios de FONASA de la región de La Araucanía está clasificado en el grupo A, lo que es consistente con el hecho de que es la región con mayores índices de pobreza del país y con el mayor porcentaje regional de personas en el primer quintil (un 37,7% de su población). Lo contrario sucede con las regiones con menores tasas de pobreza, Magallanes y Antofagasta, que tienen el menor porcentaje regional de personas en el grupo A y el mayor porcentaje en el D.

### 1.3 GASTO DE BOLSILLO EN SALUD

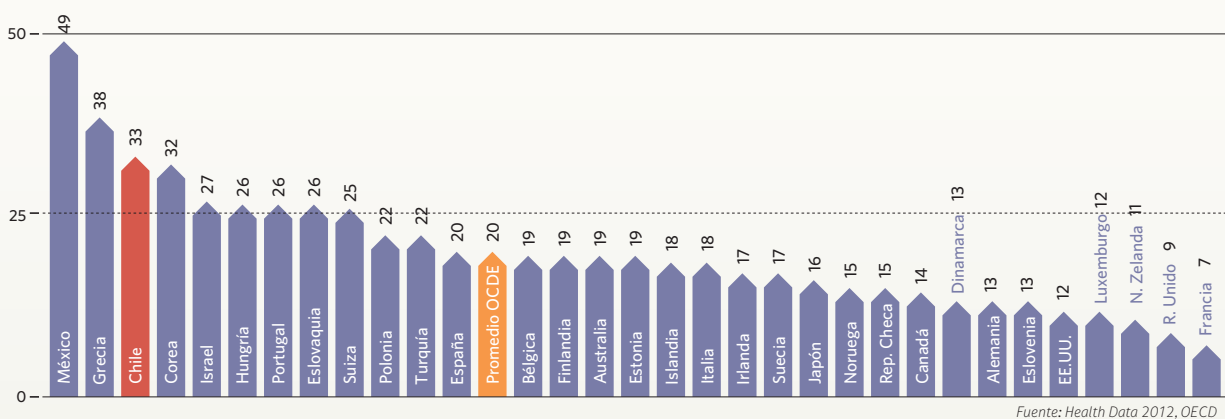
El gasto de bolsillo incluye todo gasto en salud realizado por los hogares, sin incluir las cotizaciones previsionales realizadas en el seguro público o privado de salud. Algunos de estos gastos corres-

ponden a copagos, medicamentos, atenciones de salud no cubiertas por el seguro de salud, entre otros. La relación entre este gasto y el gasto total en salud realizado por un país, permite tener una

idea respecto a cuán protegida se encuentra la población financieramente respecto a los costos que implica el cuidado de la salud.



#### GASTO DE BOLSILLO DE LOS HOGARES EN SALUD, COMO PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL EN SALUD REALIZADO POR EL PAÍS (PÚBLICO Y PRIVADO) 2010<sup>5</sup>



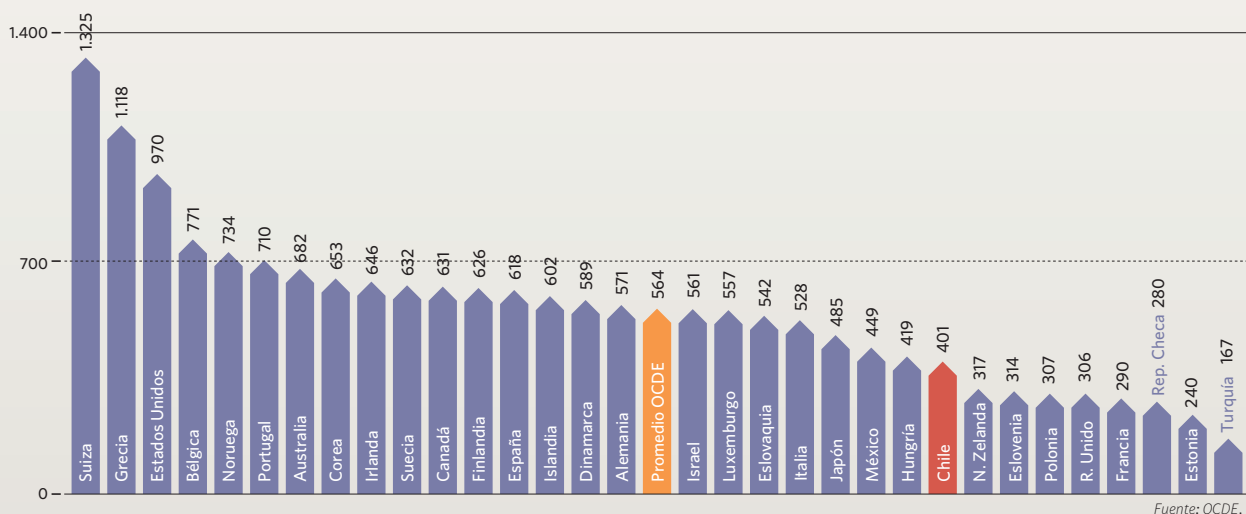
Fuente: Health Data 2012, OECD

Un 33% del gasto total en salud de Chile correspondió a gastos de bolsillo realizado por los hogares el año 2010. Este porcentaje es 13 puntos porcentuales más alto que el del promedio de países de la OCDE, siendo el tercero más alto.

<sup>5</sup> Algunos países no tenían información para el año 2010, por lo que en esos casos se utiliza la información del último año disponible. Para Chile, el dato corresponde al 2010.



#### GASTO DE BOLSILLO PER CÁPITA DE LOS HOGARES EN SALUD, EN USD CORREGIDOS POR PODER DE PARIDAD DE COMPRA 2010<sup>6</sup>



Fuente: OCDE.

El gasto de bolsillo realizado por los hogares chilenos durante el 2010 fue de 401 USD (corregido por Paridad de Poder de Compra) per cápita, 163 dólares menos que el promedio OCDE pese a que Chile es uno de los países con mayor porcentaje de gasto de bolsillo con respecto al gasto total

en salud. Esto último se debe a que Chile aún tiene un ingreso per cápita muy por debajo de la mayoría de los países OCDE.

<sup>6</sup> Algunos países no tenían información para el año 2010, por lo que en esos casos se utiliza la información del último año disponible. Para Chile, el dato corresponde al 2010.



## POLÍTICA SOCIAL

El Fondo Nacional de Salud (FONASA), es el organismo público encargado de recaudar las cotizaciones previsionales de sus beneficiarios, administrar los fondos y distribuir los recursos financieros del sector salud. Además, debe identificar a los asegurados e informarles adecuadamente sobre sus derechos; conocer y resolver reclamos; fiscalizar las cotizaciones de salud y los recursos destinados

a prestaciones. Para el presupuesto del año 2012 los recursos que dispone provienen en un 37% de lo que imponen mensualmente sus afiliados por concepto de salud, en un 58% de aporte fiscal y en un 5% de otros ingresos. Estos recursos corresponden a 3.587.539 millones de pesos que se destinan principalmente a financiar prestaciones de salud (90%) y a pagar subsidios por incapacidad laboral (8%).

Dentro de las medidas que se tomaron para la reducción de las listas de espera AUGE, destaca la implementación del Bono AUGE que, indirectamente, tuvo un gran impacto en el término de las listas de espera, siendo además uno de los mayores beneficios para los usuarios de Fonasa durante el año 2011.

### BONO AUGE

#### FONASA

##### Objetivo

Proveer un método de atención que resuelva las garantías incumplidas de patologías que establece el GES, en el plazo estipulado por el programa.

##### Beneficiarios

Todos los asegurados Fonasa, que cumplan los requisitos para ser beneficiario GES y que no hayan recibido alguna prestación de salud dentro de los plazos que establece la Garantía de Oportunidad.

##### Descripción

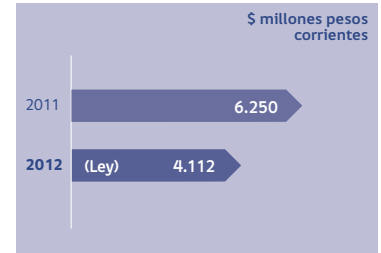
El Bono AUGE es un instrumento con el que el asegurado de Fonasa, a quien no le han respetado los plazos de atención para un problema de salud AUGE, puede acceder a la prestación requerida en otro establecimiento asistencial, público o privado, designado por Fonasa. Al asegurado se le presentarán alternativas de prestadores: de la red pública, si no tienen listas de espera y poseen capacidad de respuesta, o del sector privado (clínicas, mutuales, hospitales universitarios, etc.), previamente licitados por Fonasa. El asegurado podrá elegir libremente aquel que

#### ¿A cuántas personas ha beneficiado?



más le acomode. El nuevo prestador tiene un plazo máximo de 10 días para entregar la atención requerida.

#### ¿Cuántos recursos entrega?



En relación a las prestaciones No AUGE, para este año 2012 FONASA financiará la segunda etapa del programa de Resolución de Listas de Espera Prolongada asociadas a intervenciones quirúrgicas. Adicionalmente, se introdujeron 85 nuevas canastas de prestaciones. Se incorporó el Programa de Fertilización Asistida a los tratamientos de baja complejidad. Asimismo, se amplió el número de beneficiarios del Programa de Medicamentos de Alto Costo y la cobertura de los Programas de Prestaciones Complejas y de Salud Mental, así como el apoyo destinado a casas de acogidas y centros de rehabilitación para pacientes oncológicos y postrados. A su vez, se está promoviendo la entrega de beneficios a enfermos terminales y el apoyo a la salida de enfermos crónicos de los hospitales, mediante ciclos de rehabilitación y posterior hospitalización domiciliaria.

En la Atención Primaria de Salud, el presupuesto asociado al mecanismo de transferencia "per cápita" aumentó más de un 14% para el año 2011;

y para este año 2012 aumentó un 13%. Adicional a lo anterior, se buscará aumentar la resolutivez de los consultorios, aumentando de 61 a 76 las Unidades de Atención Primaria Oftalmológicas (UAPO), de 373 a 393 las salas de cirugía menor para procedimientos quirúrgicos cutáneos de baja complejidad y de 167 a 201 las salas de rehabilitación para pacientes con discapacidad. Esto, además de entregar un servicio más cerca del lugar en donde vive el paciente, descongiona los hospitales, para que éstos puedan entregar solución a los casos de salud más complejos.

#### › MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN

Hasta julio de este año 2012, la modalidad libre elección sólo era accesible para los grupos FONASA B, C y D. No obstante, desde agosto de 2012, todos aquellos pensionados pertenecientes al grupo A de FONASA pueden acceder a dicha modalidad. Esto implica que alrededor de 658 mil chilenos mayores de edad, no tendrán que aten-

derse necesariamente en consultorios y hospitales de la red pública de salud, sino que podrán elegir libremente el médico y la institución donde quieran atenderse.

Un producto importante de la modalidad libre elección que se potenció este año 2012, es el "Pago Asociado a Diagnóstico (PAD)". Este programa se caracteriza porque las canastas de prestaciones incluidas tienen una tarifa fija, lo que permite a los beneficiarios de FONASA conocer de antemano el precio final que deberán pagar, independiente del establecimiento que se elija. Durante este año 2012 se incluyeron 4 nuevos PAD: 1) Tratamiento láser para la miopía, la hipermetropía, entre otros. 2) Extracción del útero. 3) Intervención quirúrgica de meniscos. 4) Tratamiento para los cálculos renales y los cálculos biliares. Y además, se aumentó la cobertura de 12 PAD a un 50% de valor del arancel.

## › MODERNIZACIÓN DE FONASA Y OTRAS MEJORAS

Durante el año 2011 y 2012 se ha avanzado en la modernización de la institución. Sus principales logros han sido la implementación del bono electrónico, la licencia médica electrónica y facilidades de pago asociadas a tarjetas bancarias. El primero, viene a sustituir el modo de venta tradicional de Bonos de Atención de Salud (BAS) que efectúan las sucursales de FONASA permitiendo su emisión directa en el mismo lugar y momento en que el prestador otorga la atención.

La implementación de la licencia médica electrónica (LME) tiene por objeto beneficiar a todos los actores, en diversos aspectos: a los trabajadores les evita el trámite de traslado del formulario, ahorrando tiempo y costos; los asegurados de FONASA podrán hacer un seguimiento en línea a través del sitio web de la institución del estado de la licencia, con la garantía de que se preservará el secreto médico sobre los diagnósticos; para los empleadores, por su parte, significa la notificación electrónica de la ausencia de sus trabajadores de manera oportuna; para los profesionales médicos hará más cómoda su emisión, facilitando su labor, pero además permitirá a FONASA facilitar su fiscalización, evitando así las malas prácticas en el otorgamiento de licencias médicas; se producirá una disminución del tiempo de tramitación; y por último se sabrá en todo momento quién tiene la licencia, lo que da más transparencia y control al proceso.

En forma adicional, se implementó la identificación de los pacientes mediante huella dactilar; esto, tanto en las sucursales de FONASA como en hospitales, lo que permite identificar con precisión a los asegurados de FONASA y las prestaciones que reciben.

En relación a la cobertura presencial, FONASA y el Instituto de Previsión Social (IPS), se unieron en un convenio de colaboración que busca potenciar la cobertura de la red de atención permitiendo a FONASA ampliar su presencia a nivel nacional, llegando a 52 comunas donde actualmente no dispone de sucursales. En los nuevos centros de atención se pone a disposición de los asegurados la venta de bonos, la valorización de programas médicos y el pago de los copagos por atenciones del AUGE.

## BIOEQUIVALENCIA

Su propósito es demostrar que dos medicamentos con el mismo principio activo, fabricados por dos laboratorios diferentes, son equivalentes terapéuticos. Esto se traduce en que los chilenos tengan cada vez más acceso a medicamentos de calidad certificada al menor costo posible. Durante el año 2012 se lanzó una iniciativa que busca que aquellos medicamentos que sean bioequivalentes tengan un sello que cubra, al menos, el 20% de la superficie del envase. A la fecha, hay 70 medicamentos bioequivalentes y al menos 200 medicamentos obtendrán su certificación de bioequivalencia durante 2012.

En relación al gasto de bolsillo mencionado más arriba, uno de los factores que más incide en este indicador es el precio de los medicamentos. Con objeto de mejorar el acceso, asegurar la calidad, y disminuir el impacto financiero que tienen en los hogares, se ha impulsado una agenda legislativa que busca revisar el marco regulatorio de las farmacias y los laboratorios, en conjunto con instalar incentivos que promuevan una mayor competencia en la industria.

## › PROYECTO DE LEY DE FARMACIAS: “MODIFICA EL CÓDIGO SANITARIO EN MATERIA DE REGULACIÓN A LAS FARMACIAS” (Nº BOLETÍN: 6523-11)

Durante el mes de julio el Senado aprobó en forma unánime el proyecto de ley que modifica el Código Sanitario en materia de regulación de las farmacias. La normativa permitirá validar e institucionalizar el concepto de bioequivalencia, obligará a los médicos a prescribir el genérico, entregará atribuciones al Instituto de Salud Pública (ISP) en relación a áreas poco reguladas como el uso de cosméticos, remedios e insumos médicos; perfeccionará los mecanismos de regulación de las boticas; entregará una mayor transparencia en los precios de los medicamentos, entre otros. Además, la ley permitirá multar a las farmacias que no tengan a la venta todos los medicamentos bioequivalentes, así como la totalidad de los remedios del Formulario Nacional de Medicamentos. También se introducen modificaciones que sancionan penalmente la venta de medicamentos distintos a los señalados en la prescripción médica y modificaciones que prohíben los incentivos por la venta de determinados medicamentos. Actualmente, el proyecto de ley se encuentra en su segundo trámite constitucional en la Cámara de Diputados.

## › FARMACIAS DE TURNO

El lunes 19 de diciembre del año 2011 comenzó a regir la disposición de que existan farmacias de turno durante las 24 horas en todas las regiones del país. Serán en total 141 las farmacias que permanecerán abiertas durante todo el día, a partir de su calendario de turnos. De esta forma, aquellas que estén obligadas a cumplir con mantener el servicio con una cobertura de 24 horas, arriesgan multas de hasta 1.000 UTM en caso de incumplir la norma. La vigilancia corre por parte de la Autoridad Sanitaria de cada región y ningún establecimiento puede eximirse, ni siquiera en los feriados irrenunciables. El listado de las farmacias de turno estará disponible en el sitio web [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl) y el número está determinado por cada Seremi de acuerdo a diferentes criterios, como accesibilidad y perfil epidemiológico.

## RED DE SALUD PÚBLICA

En esta sección se presenta la red de salud pública disponible por Servicio de Salud y se detalla la

infraestructura disponible en cada uno. Además se presenta el estado de cumplimiento de las GES en

los que respecta a los plazos máximos de atención dispuestos en la ley y la política pública relacionada.

### REALIDAD SOCIAL

#### 1.4 INFRAESTRUCTURA RED DE SALUD PÚBLICA

Número de Consultorios, Postas de Salud Rural (PSR), Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Centros Comunitarios de Salud Mental

(COSAM), Centros de Especialidad y Hospitales por Servicio de Salud. Además, número de beneficiarios FONASA y disponibilidad de camas pú-

blicas por cada 1.000 beneficiarios FONASA del respectivo Servicio.

SERVICIO DE SALUD	CONSULTORIOS	PSR	SAPU	COSAM	CENTROS DE ESPECIALIDAD	HOSPITALES	BENEFICIARIOS DE FONASA*	CAMAS DISPONIBLES POR CADA 1.000 BENEFICIARIOS FONASA DEL RESPECTIVO SS*
1 Arica	6	8	0	2	0	1	168.079	1,6
2 Iquique	11	14	7	3	0	1	217.654	1,7
3 Antofagasta	12	12	6	3	2	6	347.792	2,3
4 Atacama	19	16	0	0	0	5	232.099	2,1
5 Coquimbo	23	97	10	1	0	9	579.169	1,7
6 Valparaíso - San Antonio	25	21	6	0	2	6	403.807	2,6
7 Viña del Mar -Quillota	36	28	7	2	0	11	772.873	1,6
8 Aconcagua	13	11	1	0	0	5	215.736	3,8
9 Metropolitano Norte	22	10	13	8	0	5	604.562	2,3
10 Metropolitano Occidente	34	21	3	8	1	8	980.997	1,4
11 Metropolitano Central	19	1	5	4	1	3	621.482	1,5
12 Metropolitano Oriente	21	0	9	8	1	9	621.876	2,2
13 Metropolitano Sur	36	12	22	5	2	7	913.884	1,8
14 Metropolitano Sur Oriente	34	8	22	8	2	5	1.082.641	1,4
15 O'Higgins	31	76	7	2	1	16	695.033	1,7
16 Maule	41	158	15	1	9	13	872.784	1,6
17 Ñuble	28	60	6	2	0	7	412.268	2,0
18 Concepción	21	16	12	2	1	6	474.311	2,7
19 Talcahuano	10	5	8	1	0	3	296.555	2,0
20 Biobío	15	69	3	0	0	7	336.352	2,2
21 Araucanía Sur	30	139	3	5	1	14	595.876	2,4
22 Valdivia	17	61	6	2	0	7	326.817	3,0
23 Osorno	12	29	2	0	0	6	203.104	2,3
24 Del Reloncaví	13	89	5	1	0	8	341.044	2,0
25 Aisén	2	30	0	0	0	5	71.692	3,7
26 Magallanes	6	8	2	1	0	3	114.012	3,5
27 Arauco	6	33	0	4	0	5	147.020	2,1
28 Araucanía Norte	8	58	1	0	0	7	175.797	3,0
29 Chiloé	10	75	0	0	0	5	146.670	1,8

Las zonas geográficas sobre las que se extienden los distintos Servicios de Salud se diferencian en múltiples aspectos, tal como el número de beneficiarios FONASA que hay en la zona, la distribu-

ción geográfica de dicha población y los servicios específicos de salud que ésta demanda. En virtud de lo anterior, se requiere un análisis más detallado de cada servicio para poder evaluar si su in-

fraestructura se ajusta de manera adecuada a las necesidades de la población.

## 1.5 CUMPLIMIENTO DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)

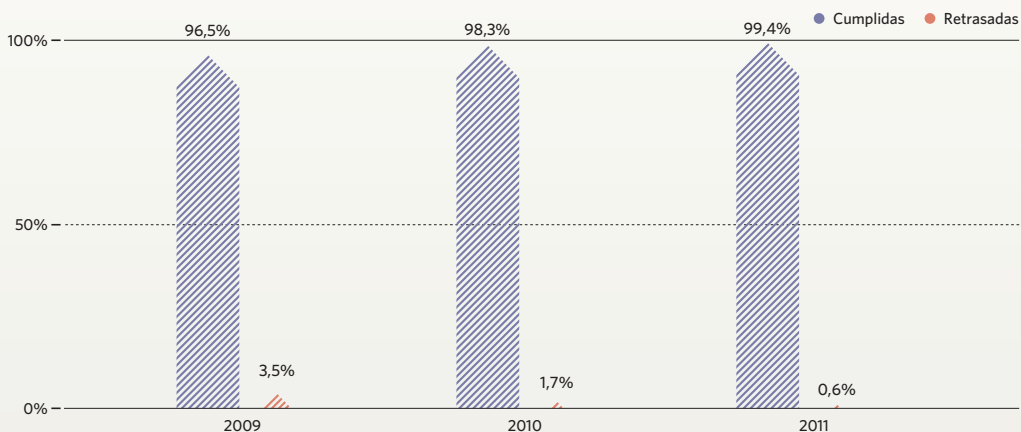
La Cobertura GES es el derecho que otorga la ley a todos los beneficiarios de FONASA e ISAPRES para ser atendidos en condiciones especiales que

garantizan acceso, oportunidad (tiempos máximos de espera), protección financiera y calidad, en caso de sufrir cualquiera de los problemas de

salud definidos por el Ministerio de Salud en la Ley N° 19.966 y el Decreto N° 44.



### DISTRIBUCIÓN DE CASOS GES, SEGÚN ESTATUS DE CUMPLIMIENTO<sup>7</sup> 2009 A 2011<sup>8</sup>



Fuente: Fuente: Sigges - Datamart

Durante el año 2009 un 96,5% de los casos GES fueron cumplidos, lo que equivale a 2.086.284 garantías cumplidas; mientras que un 3,5% de los casos que se generaron en el período no fueron atendidos en los plazos dispuestos por la ley, lo que equivale a 75.750 garantías retrasadas. En el año 2011, un 0,6% de los casos auge generados en el período fueron incumplidos, lo que equivale a 17.036 garantías retrasadas; mientras que un 99,4% de los casos fueron cumplidos, lo que equivale a 2.866.594 garantías cumplidas. A esto se agrega que todos los casos atrasados anteriores al 2010 también fueron resueltos, con lo que se redujo el stock de casos atrasados en forma considerable.

<sup>7</sup> Dentro de las garantías cumplidas se consideran los siguientes casos:

- (1) Cumplidas en el plazo: el problema de salud fue resuelto dentro del plazo máximo que se fijó para hacerlo.
- (2) Retrasadas con evento: cuando se resolvió el problema de salud, pero después de vencido el plazo máximo de cumplimiento.
- (3) Garantías exceptuadas: cuando fue imposible cumplir la garantía dentro del plazo debido a circunstancias y protocolos definidos por el Ministerio de Salud (el registro debe realizarse antes de cumplida la fecha tope). Las causales de excepción pueden darse por un lado, por la decisión del profesional tratante: criterios de exclusión según protocolos y guías clínicas o por indicación médica (decisión justificada del profesional tratante ante condiciones específicas del paciente); y por otro lado, por causas atribuibles al paciente o sus representantes: inasistencia, expresión de la voluntad del paciente o sus representantes, rechazo del prestador designado o rechazo al tratamiento. Las garantías retrasadas corresponden a las garantías que no han sido cumplidas, y no hay registro de causal que justifique incumplimiento o exceptuar la garantía.

<sup>8</sup> Para el año 2009, los datos fueron levantados en enero del 2010; para el 2010, en febrero del 2011; para el 2011, en enero del 2012.

El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNS) se compone por 29 Servicios de Salud que se distribuyen a lo largo de todo Chile. Cada uno de estos servicios articula, gestiona y desarrolla la Red de Atención correspondiente. Ésta está compuesta por establecimientos asistenciales públicos, establecimientos municipales de atención primaria y otros establecimientos privados que tengan convenio con el servicio. Este año 2012 la ley de presupuesto establece el traspaso de recursos desde FONASA a los Servicios de Salud por un monto igual a \$2.829.443 millones de pesos, los que se canalizan a través de 193 hospitales, 23 centros de especialidad, 73 centros de salud mental, 561 consultorios, 1.165 postas de salud rural y 181 servicios de atención primaria de urgencia (SAPU).

**CONSTRUCCIÓN DE HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD FAMILIAR**

Durante el año 2011 se inauguraron 10 hospitales, de los cuales 8 constituyeron obras de construcción acelerada, las que principalmente se utilizaron para reponer de forma rápida la infraestructura dañada por el terremoto de febrero de 2010; mientras que los otros dos corresponden al nuevo hospital de Tocopilla y al nuevo hospital de Punta Arenas. Por su parte durante este año 2012, se inauguró el nuevo Hospital de Curicó, se llevó a cabo la segunda etapa del Hospital Las Higueras (Talcahuano) y la del Hospital de Arica; y se finalizó, aún sin inaugurar, el Hospital de Coquimbo. Además, en la actualidad existen otros 13 proyectos hospitalarios en ejecución.

En forma adicional a la inversión destinada a la construcción de hospitales, el Ministerio de Salud lanzó el año 2011 el programa "Mi Hospital se pone a Punto" que tiene por objetivo mejorar la satisfacción de los pacientes que acuden a los hospitales, a través de mejoras en las salas de espera, baños y accesos a público, en el trato que reciben los pacientes, y en la información que se les entrega a ellos y sus familiares.

Respecto a los Centros de Salud Familiar (CES-FAM), comúnmente conocidos como consultorios, al 2012 ya se han construido 48 nuevos centros y 24 iniciarán obras próximamente. Además, el año 2011 se dio inicio al programa "Consultorios de Ex-

celencia" que también es parte del eje que busca mejorar la satisfacción de los pacientes. Tiene por objetivo premiar a los consultorios que, por medio de una encuesta que se realiza a los propios pacientes de los establecimientos, obtengan las mejores evaluaciones y presenten los mayores avances durante el período de evaluación en relación al trato usuario. En el proceso que se desarrolló entre mayo y diciembre de 2011 participaron 156 consultorios de todo el país, premiándose en el mes de enero de 2012 a 30 de ellos con \$2.640 millones. La nueva versión del concurso ya se encuentra en la etapa de selección de los 30 nuevos consultorios de excelencia que se llevarán 80 millones de pesos cada uno.

INVERSIÓN	PRESUPUESTO EJECUTADO 2011 (EN MILES DE PESOS)
Inversión en Centros de Atención Primaria de Salud	11.158.579
Inversión en Hospitales nuevos	138.203.047
Otras inversiones hospitalarias	13.368.985
Reconstrucción	22.313.996
Laboratorios de Salud Pública	18.399
Inversión en obras menores y equipamiento	105.180.325
<b>Total</b>	<b>290.272.832</b>

**MI HOSPITAL SE PONE A PUNTO**

**SUBSECRETARÍA DE REDES**

**Objetivo**

El objetivo del programa consiste en mejorar las instalaciones de los establecimientos de la red pública de salud que están más deteriorados y que tienen muchos años de uso, para dar un servicio de calidad a los pacientes.

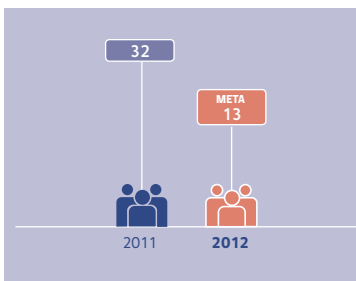
**Beneficiarios**

Hospitales de la red pública de salud.

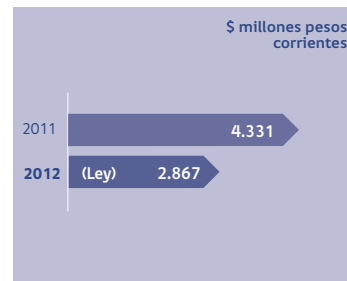
**Descripción**

El año 2010 el programa levantó una encuesta para conocer cuáles eran las principales demandas ciudadanas respecto a la calidad de las instalaciones hospitalarias. De esta forma, las principales remodelaciones estuvieron enfocadas en la reposición de mobiliarios en salas de espera urgencia y especialidades, instalación de boxes de atención directa, renovación de cielos y ampliaciones en salas de espera, mejoras en los baños, limpieza, pintura de fachadas, instalación de áreas verdes, juegos infantiles, y mejoramiento de señalización.

**¿A cuántos hospitales ha beneficiado?**

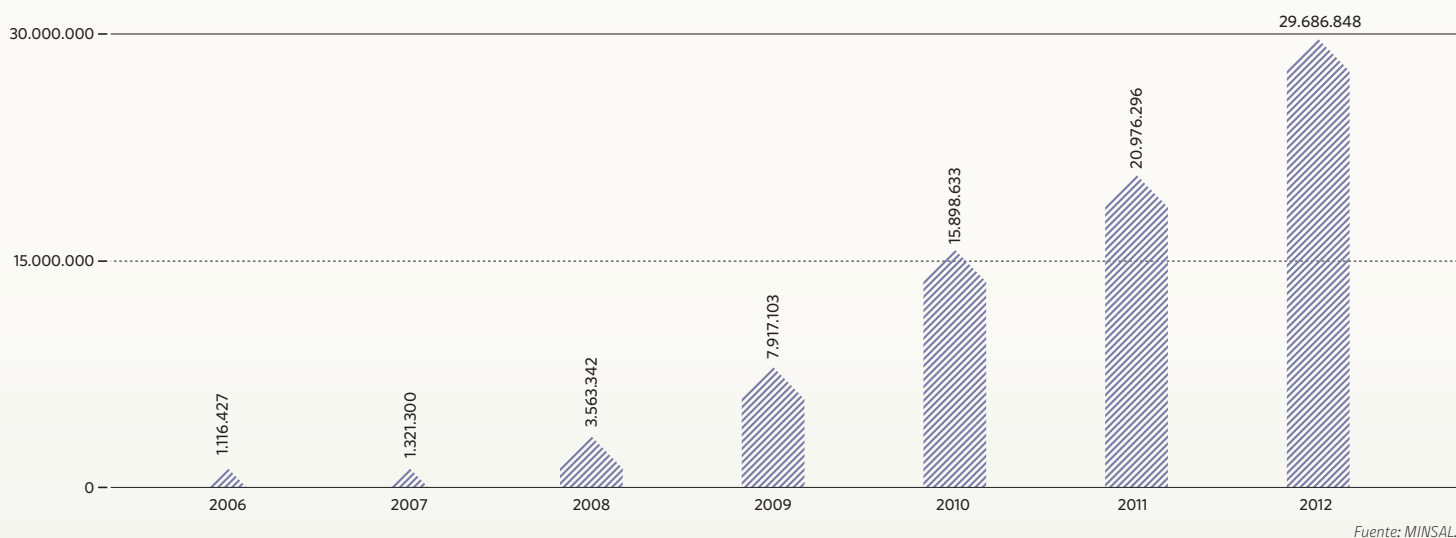


**¿Cuántos recursos entrega?**



## FORMACIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS

### EVOLUCIÓN PRESUPUESTO FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS (MILES DE PESOS DE CADA AÑO) 2006 - 2012



Durante el año 2011, 657 médicos ingresaron al programa de formación de médicos especialistas, para reducir el déficit diagnosticado por el Ministerio de Salud que revela que en el país faltan a lo menos 1.400 especialistas, especialmente en áreas como anestesiología, cirujanos, traumatología, ginecología, entre otras. Por ello, se han tomado varias medidas entre las que se cuentan el pago de becas a médicos en formación a alrededor de dos mil profesionales los que tienen el compromiso de volver a desempeñarse al sector público, mecanismo en que el Ministe-

rio está invirtiendo más de 29.686 millones de pesos durante 2012, lo que significa un gran aumento en comparación con los 1.116 millones invertidos en 2006. Con esto que se espera reducir la brecha de especialistas hacia 2014.

#### SISTEMA DE ALERTAS AUGE (SAAF)

Tras el esfuerzo realizado para reducir las listas de espera del plan Auge, ha surgido la necesidad de aplicar nuevas medidas para impedir el aumento de éstas. De esta forma, una de las

medidas que se implementó este año 2012 por parte de FONASA, fue el Sistema de Alertas AUGE (SAAF), el cual busca transparentar el estado de cada una de las garantías AUGE. Así, se puede saber cuántas garantías se han cumplido, cuántas están en riesgo de incumplimiento y cuántas han sido incumplidas y no reclamadas. Esta información se encuentra disponible en la página web de FONASA a nivel nacional y también desagregada por servicios de salud.

Un gran número de enfermedades y muertes están asociadas a hábitos y conductas que afectan decisivamente la salud de las personas en el corto y largo plazo, tales como el tabaquismo, el sedentarismo o el consumo de drogas. En esta sección se presentan los indicadores más relevantes asociados a hábitos y conductas de riesgo,

lo que permite establecer un diagnóstico global respecto a la magnitud de los desafíos que tiene Chile en materia de prevención y promoción de una vida sana.

Junto con lo anterior, se presentan las principales políticas y programas dispuestos por el Esta-

do para mejorar dichos indicadores. Las políticas preventivas de salud constituyen una herramienta sumamente eficaz para mejorar la calidad de vida de la población, disminuir la presión sobre los servicios públicos de salud y aminorar los gastos que debe realizar el país para financiar dichas prestaciones.

## TABAQUISMO

El consumo de tabaco es causante directo de una serie de cánceres, enfermedades respiratorias y cardio-circulatorias que empeoran y acortan la

vida de la población de manera significativa, a un alto costo humano y económico. A continuación se presenta la prevalencia del tabaquismo, datos

de mortalidad atribuibles al tabaco y las principales políticas puestas en práctica para mejorar estos indicadores.

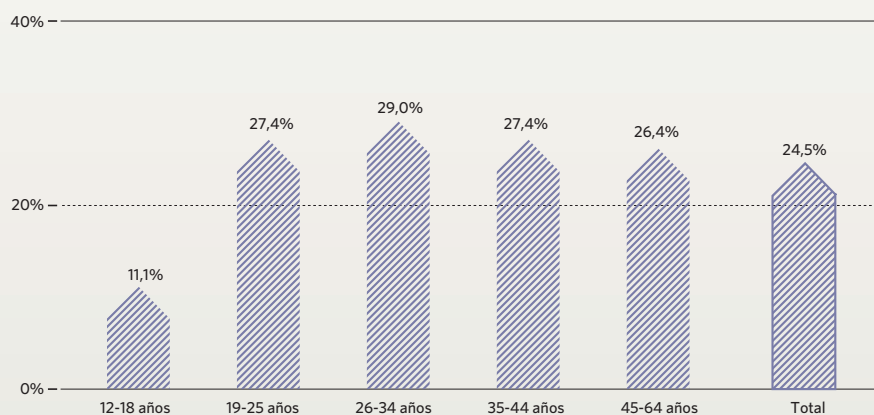
### REALIDAD SOCIAL

## 2.1 TASA DE TABAQUISMO

Proporción de la población que consumió tabaco durante 20 o más días en el último mes (población entre 12 y 64 años)



TASA DE TABAQUISMO SEGÚN EDAD 2010

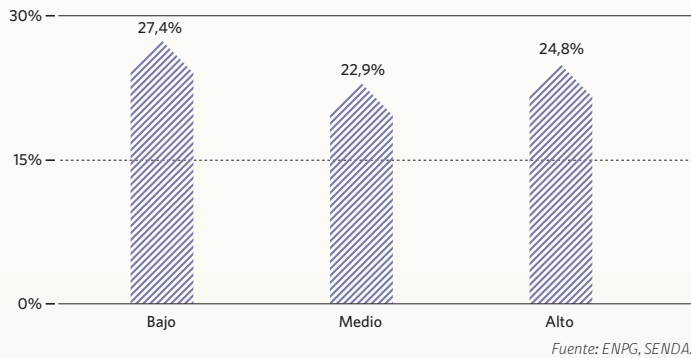


Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población General (ENPG), Servicio Nacional de Drogas y Alcohol (SENDA)

1 de cada 10 jóvenes entre 12 y 18 años fumaba tabaco periódicamente el año 2010, lo que constituye una tasa por debajo del promedio nacional, pero aún alta considerando que ésta es una edad clave para prevenir el consumo de tabaco posterior.

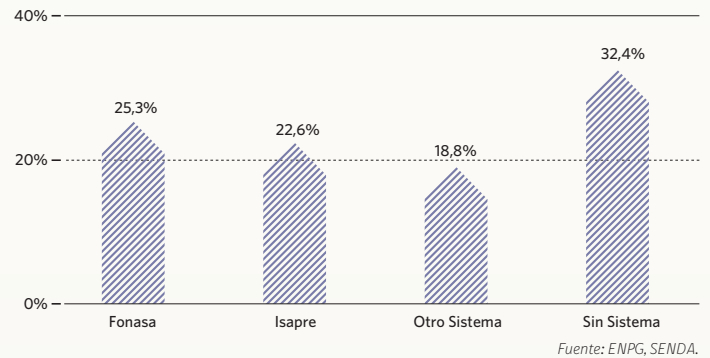


### TASA TABAQUISMO SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO 2010



27,4% de las personas de nivel socioeconómico bajo consumían tabaco periódicamente el año 2010, superando las tasas asociadas a las personas de nivel alto y medio, de 24,8% y 22,9% respectivamente.

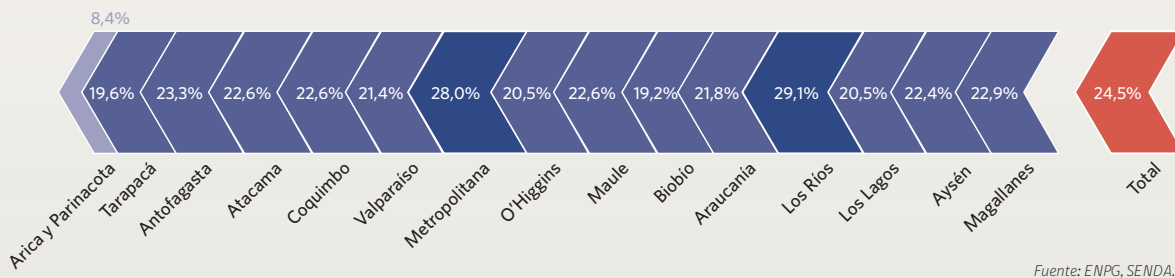
### TASA DE TABAQUISMO SEGÚN SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD 2010



25,3% de los beneficiarios de FONASA fumaba tabaco periódicamente, comparado con una tasa de 22,6% entre los beneficiarios de ISAPRE. El grupo de personas sin sistema de salud es el que presenta la tasa más alta (32,4% personas fumaban tabaco periódicamente), aunque como muestra la sección de cobertura previsional, este grupo concentra un bajo porcentaje de la población.



### TASA DE TABAQUISMO SEGÚN REGIÓN 2010



29,1% de las personas en la región de Los Ríos fumaba tabaco periódicamente el año 2010. Le sigue la región Metropolitana con una tasa de 28%, siendo las únicas dos regiones con tasas superiores al

promedio nacional. Las regiones con las tasas más bajas son Tarapacá, Bio Bio y Arica y Parinacota, esta última con una tasa muy por debajo del promedio nacional.

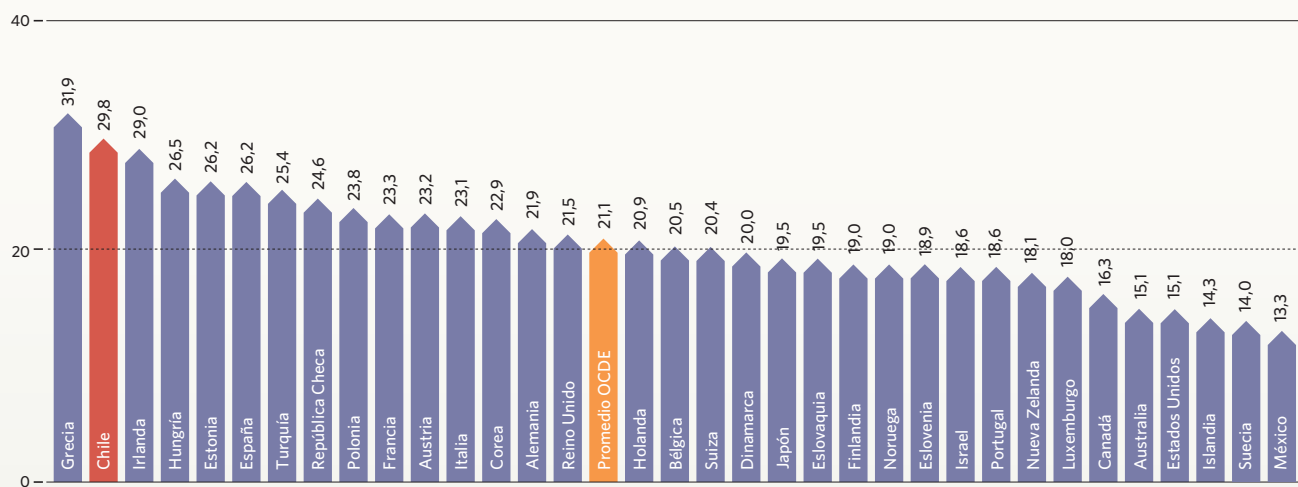


## 2.2 COMPARACIÓN INTERNACIONAL FUMADORES DIARIOS

Porcentaje de fumadores diarios en comparación a países OCDE (personas de 15 años y más)



TASA DE FUMADORES DIARIOS, POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS<sup>9</sup> 2010

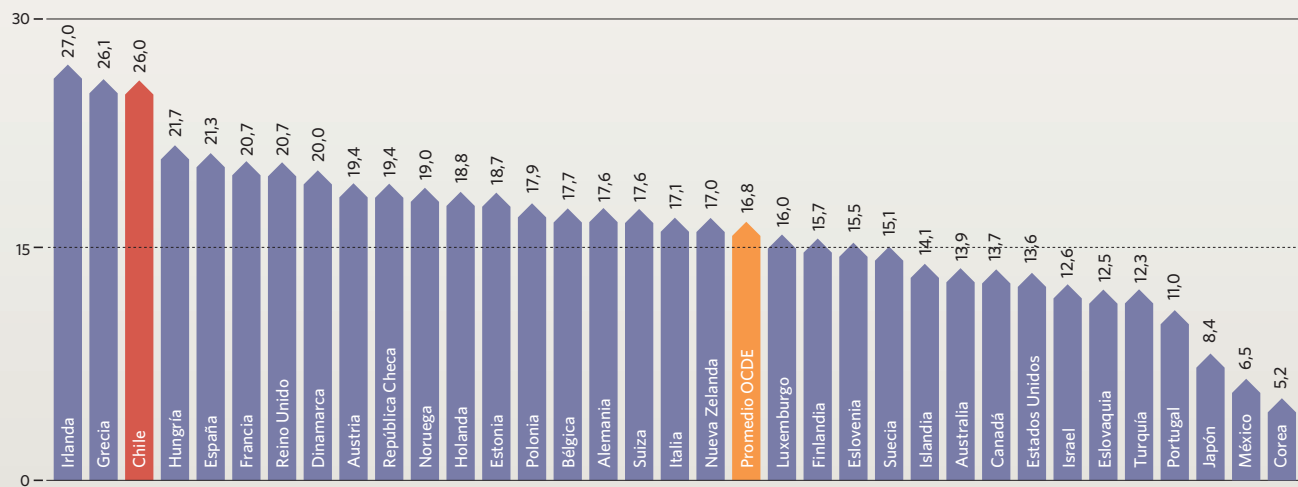


Fuente: Health Data 2012, OECD

<sup>9</sup> Algunos países no tenían información comparable para el año 2010, por lo que en esos casos se utiliza la información del último año disponible. Para Chile, el dato corresponde al 2009, y proviene de la Encuesta Nacional de Salud realizada por MINSAL. Esta cifra es diferente a la presentada anteriormente en este capítulo, que proviene de la ENPG.



PORCENTAJE FUMADORAS DIARIAS, MUJERES DE 15 AÑOS Y MÁS<sup>10</sup> 2010

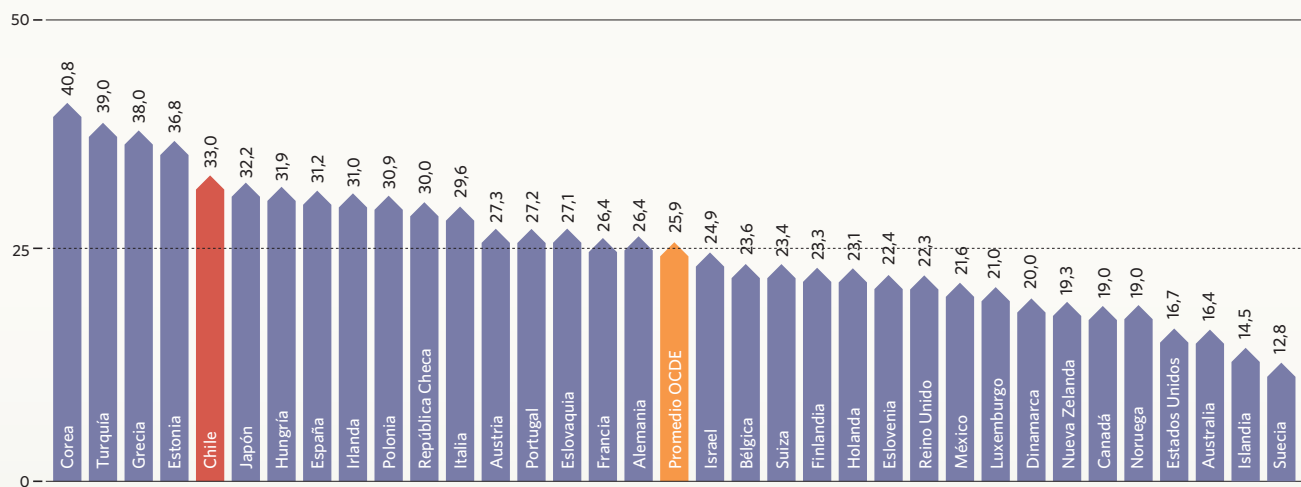


Fuente: Health Data 2012, OECD

<sup>10</sup> Algunos países no tenían información comparable para el año 2010, por lo que en esos casos se utiliza la información del último año disponible. Para Chile, el dato corresponde al 2009, y proviene de la Encuesta Nacional de Salud realizada por MINSAL. Esta cifra es diferente a la presentada anteriormente en este capítulo, que proviene de la ENPG.



## PORCENTAJE FUMADORES DIARIOS, HOMBRES DE 15 AÑOS Y MÁS<sup>11</sup> 2010



Fuente: Health Data 2012, OECD

La comparación con los países miembros de la OCDE muestra que Chile está dentro del grupo de países con más altas tasas de tabaquismo, tanto en hombres como en mujeres. La tasa promedio de los países miembros es de 21,1 fumadores por cada 100 personas, 8,7 puntos por debajo de la tasa chilena. Los países

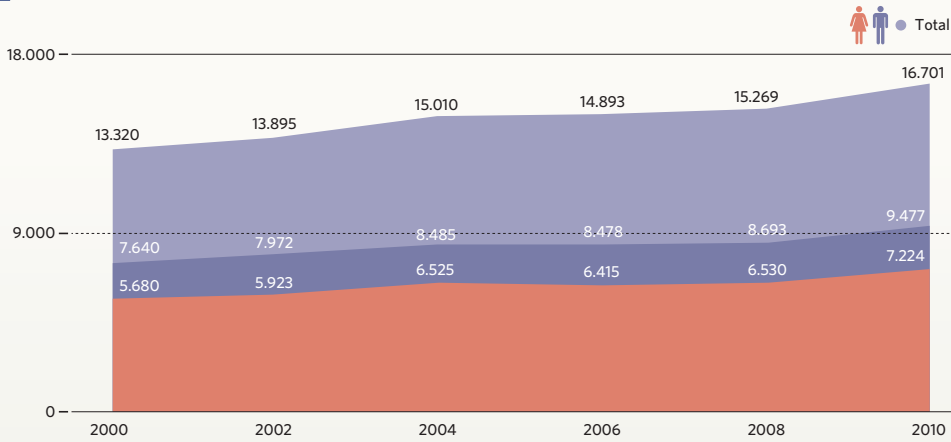
con mejores cifras tienen tasas que bordean los 14 fumadores por cada 100 personas, tales como Irlanda, Suecia y México.

<sup>11</sup> Algunos países no tenían información comparable para el año 2010, por lo que en esos casos se utiliza la información del último año disponible. Para Chile, el dato corresponde al 2009, y proviene de la Encuesta Nacional de Salud realizada por MINSAL. Esta cifra es diferente a la presentada anteriormente en este capítulo, que proviene de la ENPG.

## 2.3 MUERTES ATRIBUIBLES AL TABACO



**NÚMERO DE MUERTES ATRIBUIBLES AL TABACO 2000 A 2010**

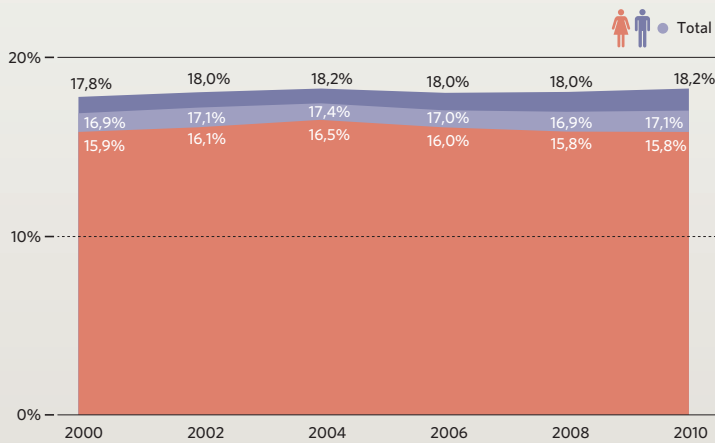


Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), MINSAL.

16.701 muertes atribuibles al tabaco hubo en Chile el 2010, lo que implica un aumento de más de mil muertes con respecto a las que hubo el 2008. Para tener una dimensión más precisa sobre lo que implica dicha cifra, sirve saber que ésta equivale a un 17,1% del total de muertes acontecidas durante el 2010, y que 98 de cada 100 mil personas que había en nuestro país durante el 2010 murió por causas atribuibles al tabaco.

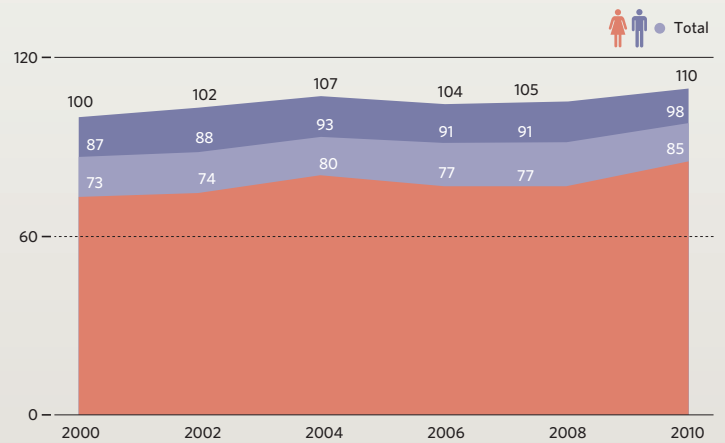


**PORCENTAJE DE MUERTES ATRIBUIBLES AL TABACO SOBRE EL TOTAL DE MUERTES 2000 A 2010**



Fuente: DEIS, MINSAL.

**TASA DE MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL TABACO, POR CADA 100.000 HABITANTES 2000 A 2010**



Fuente: DEIS, MINSAL.

La experiencia acumulada en el decenio recién pasado mostró que sólo se avanzó en la reducción de los índices de consumo del tabaco en la segunda mitad de dicho período, coincidiendo con la entrada en vigencia de la normativa legal sobre la materia. Actualmente, el Ministerio de Salud trabaja permanentemente sobre esta problemática y la aborda desde distintas aristas. Una de sus funciones consiste en ser el ente fiscalizador de la Ley N° 19.419 (“Regula Actividades que Indica Relacionadas con el Tabaco - 1997”); por otro lado incentiva iniciativas locales mediante la asignación de recursos a municipalidades que presenten proyectos para promover espacios libres de tabaco; se puso en marcha un plan de cesación tabáquica, a través del fono Salud Responde, con profesionales capacitados en consejería y entrevista motivacional para apoyar a las personas que desean dejar el consumo de tabaco; y por último, en forma recurrente, se busca educar a la población con campañas masivas que tienen por objeto desincentivar el consumo del tabaco. En esa línea, se desarrolló el Concurso Elige No Fumar. La iniciativa buscó desincentivar el consumo de cigarrillo en los estudiantes

de séptimo básico a segundo medio, a través de la suspensión voluntaria del consumo de tabaco durante dos meses. En este período los alumnos inscritos, a través de un compromiso, mantuvieron la abstinencia y realizaron actividades para desmotivar el cigarrillo dentro de la comunidad escolar o en sus familias. En 2011, la competencia convocó a 18 mil 990 alumnos, resultando más de 60 colegios premiados con dinero para financiar sus giras de estudio.

No obstante lo anterior, el estancamiento en los índices de prevalencia de consumo de tabaco a nivel de la población general y en los escolares, junto a la mantención de una alta prevalencia en adultos jóvenes, hacen necesario que la ley consagre nuevos mecanismos para proteger a la población de la exposición al humo de tabaco en los lugares de uso público y colectivo. En esa línea, el ejecutivo envió un nuevo proyecto de ley: “Modifica Ley N° 19.419, en materia de ambientes libres de humo de tabaco” (N° Bole-tín: 7914-11), el cual prohíbe fumar en espacios cerrados, restringe la publicidad de los cigarrillos y deja en manos de las Secretarías regionales

ministeriales de Salud (Seremis) la fiscalización en estos casos, imponiéndose además mayores multas por infracción a la ley de ambientes libres de humo de tabaco y lugares de venta (la versión actual del proyecto permite fumar en espacios públicos como plazas y parques, pero lo prohíbe en conciertos y estadios). Además, se prohíbe que las tabacaleras financien aquellas producciones en las que aparezcan personas fumando y la exhibición de este tipo de imágenes en programas de televisión en vivo en horario para menores, es decir, antes de las 22:00 horas. Actualmente, el proyecto de ley se encuentra en segundo trámite constitucional en el Senado.

## ALCOHOL Y DROGAS

El consumo de drogas y de alcohol en exceso provoca daños a la salud física y mental de las personas, causando además trastornos en el comportamiento que pueden resultar perjudiciales para los propios consumidores y para terceros. En esta

sección se presenta el porcentaje de la población que ha tenido algún tipo de problema causado por el consumo de alcohol. A su vez, se presenta las tasas de consumo de marihuana y cocaína, que son las drogas ilegales con mayor prevalencia en

Chile. Se recogen también las políticas destinadas a prevenir el consumo de estas sustancias y a tratar a aquellos con problemas de dependencia.

### REALIDAD SOCIAL

## 2.4 ABUSO DE ALCOHOL

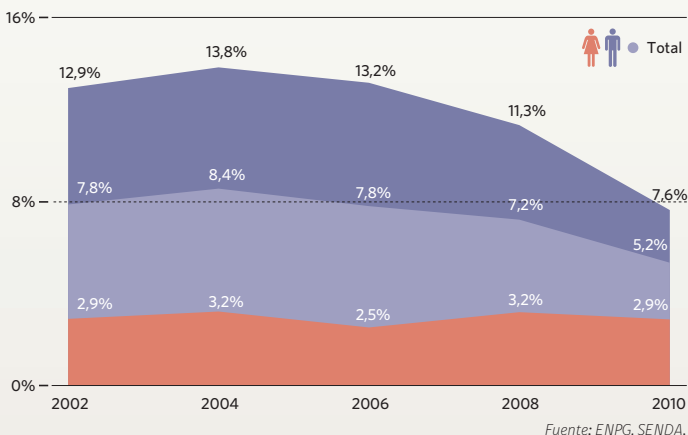
Proporción de la población entre 12 y 64 años que abusó del alcohol en el último año. Las declaraciones de abuso utilizan el criterio DSM-IV

(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) y miden trastornos específicos que provoca el uso de drogas<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> Estos trastornos son: problemas en la casa, trabajo o estudio; exposición a riesgos de la propia integridad física; dificultades en las relaciones con el entorno inmediato como familia y amigos; y problemas con la ley. La declaración de abuso se obtiene con uno o más de los cuatro criterios anteriormente señalados.

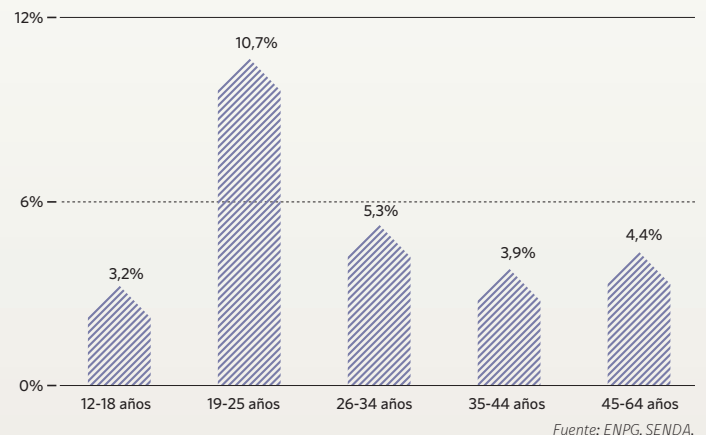


### TASA DE ABUSO DE ALCOHOL, SEGÚN GÉNERO 2002 A 2010



Un 7,6% de los hombres entre 12 y 64 años abusó del alcohol durante el 2010, lo que constituye una baja respecto al 11,3% registrado en la medición del año 2008. La tasa de abuso por parte de las mujeres es menor que la de los hombres, y se situó en torno a un 2,9% el 2010.

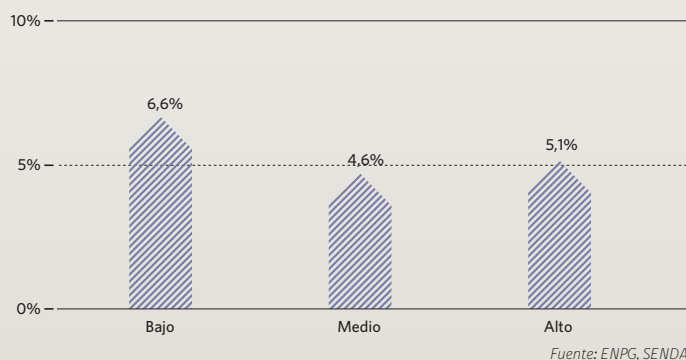
### TASA DE ABUSO DE ALCOHOL, SEGÚN EDAD 2010



El grupo con mayor porcentaje de abuso corresponde a las personas entre 19 y 25 años, con una tasa de 10,7% que equivale a más del doble del promedio nacional. El resto de la población tiene tasas en torno al 5,3% y 3,2%.



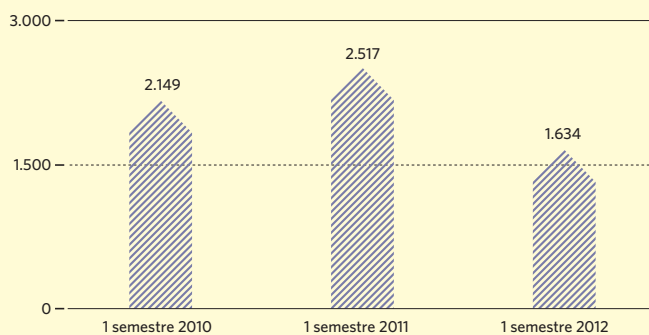
### TASA DE ABUSO DE ALCOHOL, SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO 2010



Las personas clasificadas dentro del nivel socioeconómico bajo son las que presentan la mayor tasa de abuso de alcohol, con un 6,6%.

## ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y ALCOHOL

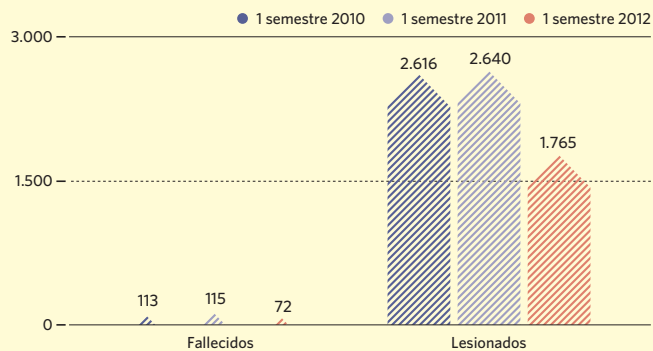
### ACCIDENTES CAUSADOS POR CONDUCTORES QUE HABÍAN CONSUMIDO ALCOHOL (acumulado primer semestre)



Fuente: Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito (CONASET)

El número de accidentes causados por conductores que consumieron alcohol presentó una baja de un 35% entre el primer semestre del 2011 y del 2012. Dicha baja coincide con la promulgación en marzo del 2012 de la Ley 20.580 que elevó las penas asociadas a conducir bajo la influencia del alcohol.

### FALLECIDOS Y LESIONADOS EN ACCIDENTES CAUSADOS POR CONDUCTORES QUE HABÍAN CONSUMIDO ALCOHOL (acumulado primer semestre)



Fuente: CONASET

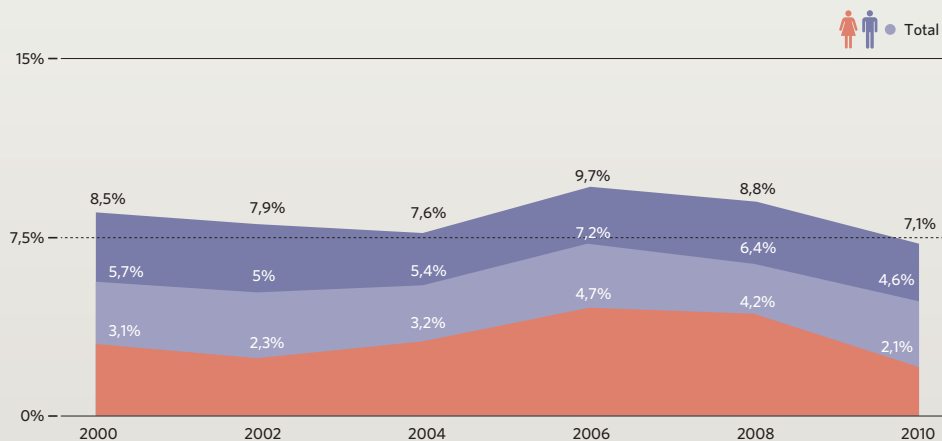
El número de fallecidos y lesionados en accidentes de tránsito causados por conductores bajo la influencia del alcohol disminuyó en un 37% y un 33%, respectivamente, el primer semestre del 2012 respecto de igual período el 2011.

## 2.5 CONSUMO DE MARIHUANA

Proporción de la población entre 12 y 64 años que declaró haber consumido marihuana al menos una vez durante el último año



### PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE CONSUMIÓ MARIHUANA EL ÚLTIMO AÑO 2000 A 2010



Fuente: ENPG, SENDA.

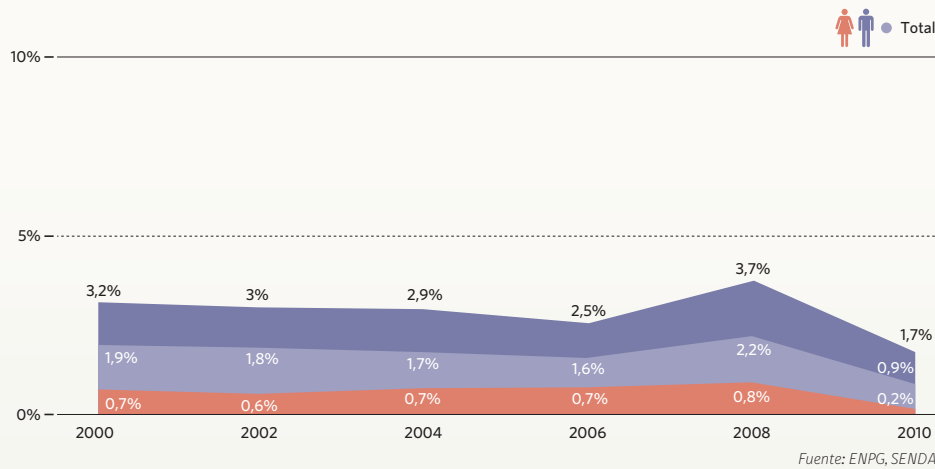
Entre el 2008 y el 2010 se observa una baja en el porcentaje de personas que declaran haber consumido marihuana al menos una vez durante el último año. El 2010 el porcentaje de hombres alcanzó a un 7,1%, comparado con un 2,1% en el caso de las mujeres.

## 2.6 CONSUMO DE COCAÍNA Y/O PASTA BASE

Proporción de la población entre 12 y 64 años que declaró haber consumido cocaína y/o pasta base al menos una vez durante el último año.



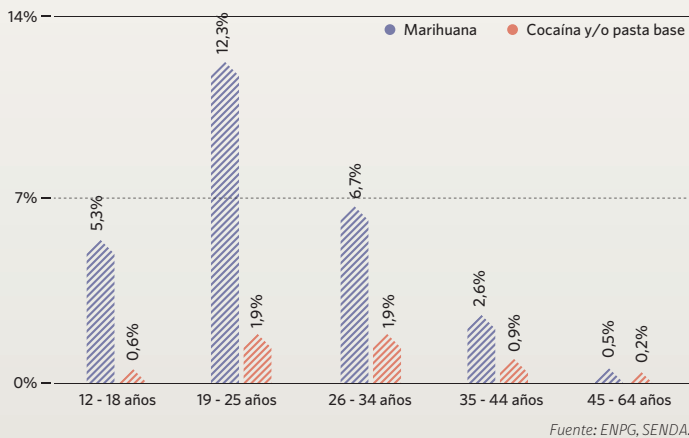
### PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE CONSUMIÓ COCAÍNA Y/O PASTA BASE EL ÚLTIMO AÑO 2000 A 2010



Al igual que en el caso de la marihuana, entre el 2008 y el 2010 hubo una reducción en el porcentaje de personas que declaró haber consumido cocaína y/o pasta base durante el último año, bajando desde un 3,7% a un 1,7% en el caso de los hombres, y desde un 0,8% a un 0,2% en el caso de las mujeres.

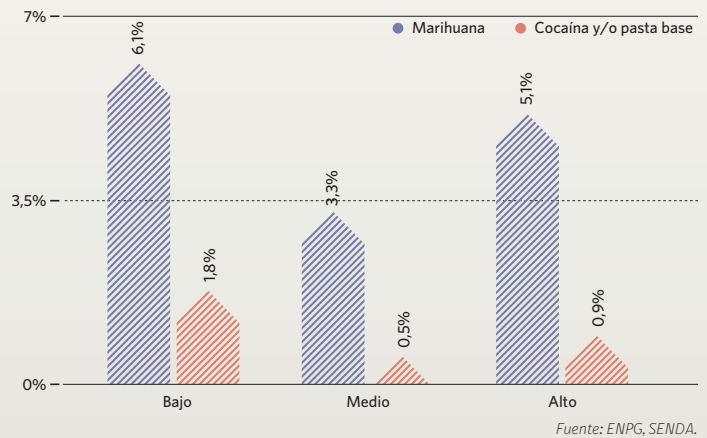


### PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE CONSUMIÓ MARIHUANA Y COCAÍNA Y/O PASTA BASE EL ÚLTIMO AÑO, SEGÚN EDAD 2010



Un 12,3% de las personas entre 19 y 25 años declaró haber consumido marihuana al menos una vez durante el último año, más del doble del porcentaje declarado por el conjunto de la población. Entre los 12 y los 34 años es posible observar las mayores tasas de consumo de marihuana. En el caso de la cocaína, las personas entre 19 y 34 años son las que tienen la tasa más alta: un 1,9% de las personas en dicho rango etario declaró haber consumido cocaína y/o pasta base al menos una vez durante el último año.

### PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE CONSUMIÓ MARIHUANA Y COCAÍNA Y/O PASTA BASE EL ÚLTIMO AÑO, SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO 2010



El consumo de marihuana y cocaína es mayor entre las personas de nivel socioeconómico bajo, especialmente en el caso de la cocaína, que prácticamente duplica el porcentaje de los otros niveles.

## • POLÍTICA SOCIAL

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) es la entidad del Gobierno de Chile responsable de elaborar las políticas de prevención del consu-

mo de drogas y alcohol, así como de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por estas sustancias. De esta forma, la oferta programática de SENDA se divide en ini-

ciativas de prevención y otras de tratamiento y rehabilitación, donde las primeras se canalizan mediante establecimientos educacionales, organizaciones y canales de comunicación masivos.

## POLÍTICAS DE PREVENCIÓN

## CHILE PREVIENE EN LA ESCUELA

## SENDA

**Objetivo**

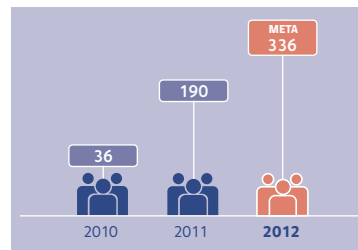
El programa busca que la población escolar de los establecimientos más vulnerables presente menores prevalencias de factores de riesgo que el sistema aborda (factores que se agrupan en las siguientes dimensiones: individuo, familia, grupo de pares y escuela).

**Beneficiarios**

Niños y adolescentes pertenecientes a los establecimientos educacionales municipales y subvencionados más vulnerables.

**Descripción**

A través de un gestor, se busca desarrollar en los establecimientos, una oferta programática articulada y coherente que responda de forma efectiva a las necesidades de niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad y en base a un diagnóstico específico de la comunidad escolar. En términos concretos, la intervención contempla cuatro etapas: (a) Instalación de confianzas, (b) Desarrollo del perfil del establecimiento, (c) Diseño de un plan de acción, y d) Implementación y seguimiento del plan de acción.

**¿A cuántas establecimientos educacionales ha beneficiado?****¿Cuántos recursos entrega?**

## PREVENCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES

## SENDA

**Objetivo**

Lograr que estudiantes, familias y agentes educativos se vean fortalecidos en sus competencias preventivas respecto del consumo de drogas y alcohol.

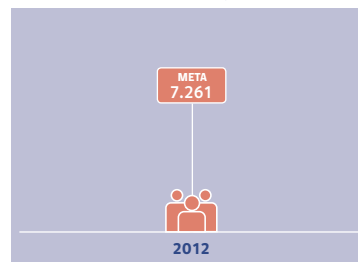
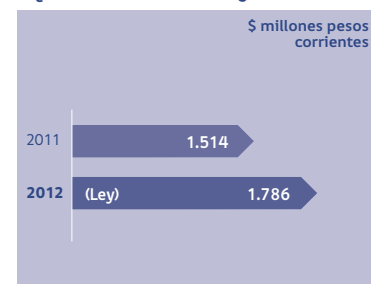
**Beneficiarios**

Establecimientos Educacionales municipales o particulares subvencionados.

**Descripción**

Este programa considera intervenciones preventivas desde un nivel universal a uno selectivo. El componente universal

consiste en un set de materiales educativos preventivos y capacitación docente en establecimientos municipales y subvencionados. El componente selectivo (en establecimientos focalizados) se implementa a través de duplas psicosociales instaladas en los establecimientos donde se desarrollan intervenciones grupales, familiares e individuales en los niños con factores de riesgo. Además, SENDA ha certificado a 134 establecimientos como "Establecimientos Educacionales Preventivos". Para marzo de 2014 se espera llegar a certificar 1.500 establecimientos de todo el país.

**¿A cuántas establecimientos educacionales ha beneficiado?\*****¿Cuántos recursos entrega?**

\*Los beneficiarios corresponden al componente "Acción" que comenzó el año 2012.



## PREVENCIÓN EN LOS LUGARES DE TRABAJO

### SENDA

#### Objetivo

El programa busca que la organización sea capaz de desarrollar una política de prevención del consumo de drogas y alcohol que incorpore aspectos normativos y de calidad de vida laboral; establecer pautas de acción para aquellos trabajadores que presenten un consumo problemático, establecer pautas de acción para la integración laboral de aquellos trabajadores que hayan accedido a programas de tratamiento del consumo de drogas y alcohol; y desarrollar competencias y habilidades necesarias para el despliegue de acciones preventivas efectivas tanto individuales como parentales.

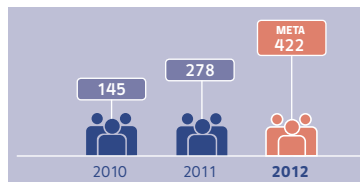
#### Beneficiarios

Organismos de la Administración del Estado sujetos a la Ley 20.000, y también para empresas privadas que no cuenten con herramientas y habilidades preventivas instaladas.

#### Descripción

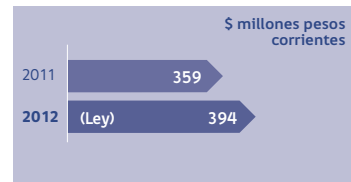
El programa se implementa en instituciones públicas y empresas privadas medianas y grandes, a través de una metodología participativa, auto-aplicada y dirigida por un equipo que representa a todos los estamentos de la organización. La organización que se compromete con

#### ¿A cuántas organizaciones ha beneficiado?



SENDA recibe capacitación para un grupo responsable de implementar el programa. Luego de realizar un diagnóstico, se presta asesoría para desarrollar un plan de acción para mejorar la calidad de vida laboral. Esto mientras SENDA monitorea trimestralmente las actividades. Luego de un año se realiza una segunda encuesta, si la organización

#### ¿Cuántos recursos entrega?



cumple ciertos estándares es certificada como Espacio Laboral Preventivo. Finalmente se continúa de manera permanente las actividades a fin de sensibilizar a todos los trabajadores.

## FONODROGAS

### SENDA

#### Objetivo

Porcentaje de la población informada y orientada en relación a los efectos del consumo problemático de drogas y alcohol.

#### Beneficiarios

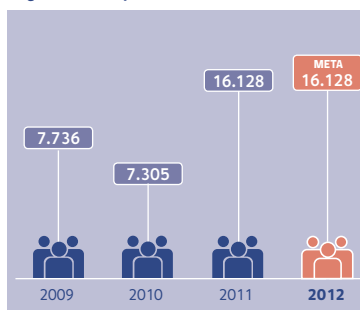
Población mayor a 9 años con acceso a telefonía fija o móvil.

#### Descripción

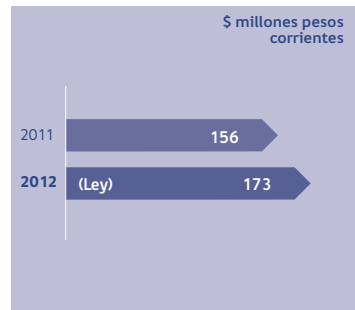
Servicio de información y orientación que se entrega a través de una plataforma de atención telefónica que funciona de

manera gratuita, anónima y confidencial a la que se puede llamar desde celulares o red fija, desde cualquier punto del país, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Está compuesto por un equipo de consejeros que están capacitados para recoger la demanda ciudadana en materias de drogas y alcohol.

#### ¿A cuántas personas se ha atendido?



#### ¿Cuántos recursos entrega?



Por otra parte, durante este año 2012 SENDA lanzó el **PLAN CALLES SIN ALCOHOL**, el cual busca posicionar la cultura del “beber y manejar” como un atentado contra la vida. La principal estrategia del programa consiste en reestructurar la fiscalización aleatoria en calles y carreteras: se combinan acciones disuasivas como la implementación de “Ambulancias para la Toma de Muestras” altamente visibles, aumento de controles vehiculares y de pruebas de “alcotest”, con mejoras en la tecnología. Adicionalmente,

el plan contempla una estrategia de educación que consiste en campañas masivas de alto impacto acerca del consumo de alcohol y riesgo de “beber y conducir”. Y por último, también se incorpora una mejor fiscalización al expendio de alcohol, la cual busca informar a distribuidores de alcohol acerca de la ley de alcoholes, capacitar a los fiscalizadores sobre las normativas de las patentes municipales, y mejorar el acceso y calidad de información de las mismas.

En relación a los programas de tratamiento y rehabilitación, SENDA canaliza su oferta programática mediante tratamientos especializados para cada uno de los individuos. Por otro lado, el ministerio de salud cuenta con un programa piloto en la Atención Primaria de Salud (APS) de prevención de alcohol destinado a intervenir tempranamente en aquellas personas que consumen en exceso.

## POLÍTICAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

## TRATAMIENTO POBLACIÓN GENERAL

## SENDA

**Objetivo**

Modificar el patrón de consumo de adultos con consumo problemático de drogas y alcohol.

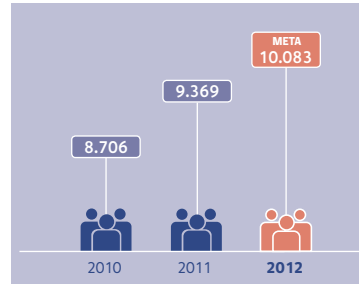
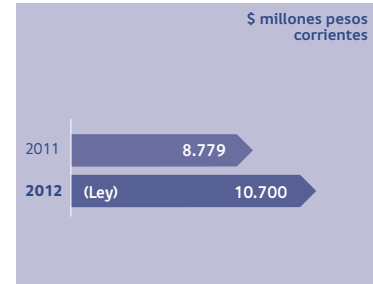
**Beneficiarios**

El programa está dirigido a hombres y mujeres mayores de 20 años que presenten consumo problemático de drogas y que sean beneficiarios de Fonasa.

**Descripción**

SENDA ofrece en forma gratuita alternativas de tratamiento a personas mayores

de 20 años afiliadas a Fonasa y que presenten problemas de drogas. Dependiendo de la evaluación que realice un equipo profesional, el usuario puede acceder a los siguientes sistemas de tratamiento: 1) Residencial: El usuario debe ser internado en un centro en convenio con SENDA. 2) Ambulatorio intensivo: El usuario asiste sólo durante el día a algún centro en convenio con SENDA. 3) Ambulatorio básico: El usuario asiste por unas horas de algunos días de la semana, en horario diurno o vespertino, según su disponibilidad y la oferta de tratamiento existente en ese momento.

**¿A cuántas personas ha beneficiado?****¿Cuántos recursos entrega?**

## TRATAMIENTO POBLACIÓN ADULTA INFRACTORA

## SENDA

**Objetivo**

Abordar el consumo problemático de drogas y conducta delictiva; con lo cual se pretende la promoción de un estilo de vida y funcionamiento personal e interpersonal saludable y funcional a la sociedad.

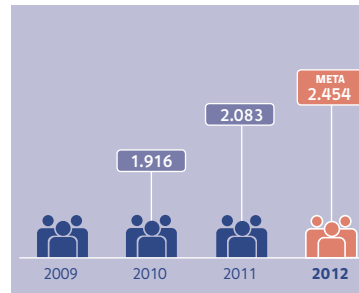
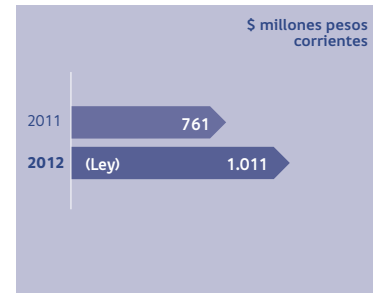
**Beneficiarios**

Condenados en medio privativo y en medio libre que presenten consumo problemático de drogas y alcohol.

**Descripción**

Este programa que se ejecuta a través

de un convenio de colaboración técnica y financiera entre SENDA y Gendarmería de Chile consiste en otorgar tratamiento y rehabilitación especializada a internos consumidores problemáticos de drogas, que cumplen condena en el medio privativo y en el medio libre. Los beneficiarios corresponden a internos e internas de 11 centros de tratamiento de adicciones ambulatorios y residenciales instalados al interior de 9 unidades penales de ocho regiones del país (Arica, Tarapacá, Antofagasta, Valparaíso, Maule, Bío-Bío, Araucanía y Metropolitana); y también aquellos penados que cumplen

**¿A cuántas personas ha beneficiado?****¿Cuántos recursos entrega?**

condena en el medio libre en Centros de Reinserción Social de las ciudades de Antofagasta y Santiago.

## TRATAMIENTO POBLACIÓN ADOLESCENTE INFRACTORA

### SENDA

#### Objetivo

Proveer posibilidad de que los jóvenes con medidas o sanciones en medio libre o privativo de libertad, puedan acceder voluntariamente a tratamiento.

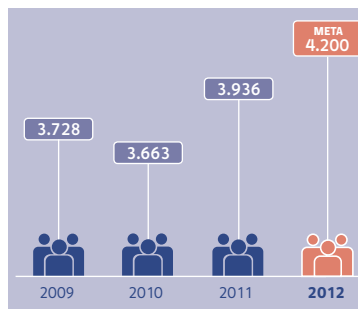
#### Beneficiarios

Adolescentes imputados con consumo problemático de drogas y/o alcohol.

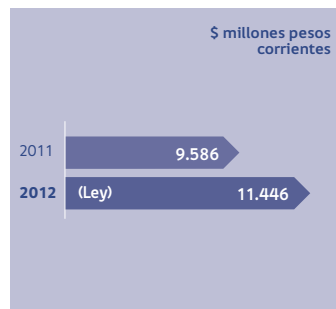
#### Descripción

Se establece un convenio entre SENDA, MINSAL y SENAME, a través del cual se ofrecen diversos planes de tratamiento y rehabilitación, que consisten en un conjunto de prestaciones de distinta intensidad y frecuencia terapéutica, según las características, necesidades y complejidad de los jóvenes a tratar.

#### ¿A cuántas adolescentes ha beneficiado?



#### ¿Cuántos recursos entrega?



## PILOTO VIDA SANA: ALCOHOL

### SUBSECRETARÍA DE REDES

#### Objetivo

Contribuir a la reducción de riesgos y consecuencias sociales y sanitarias, relacionadas con el consumo de alcohol en Chile.

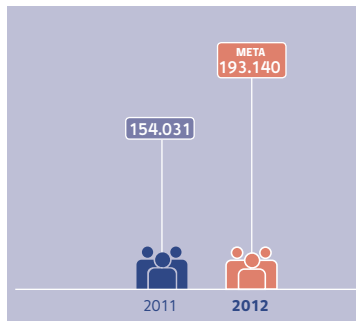
#### Beneficiarios

El programa está enfocado en la población de 15 a 44 años, beneficiaria del Sector público de salud.

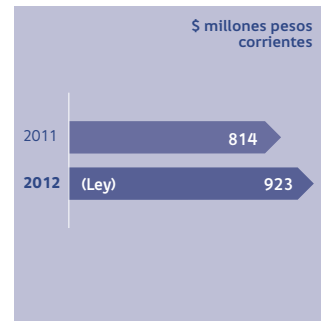
#### Descripción

La estrategia de intervención consta de la implementación de un sistema de detección de consumo de alcohol, con base a test AUDIT para consumo de alcohol; e implementación de intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo, conforme resultados de evaluación de patrón de riesgo previo.

#### ¿A cuántas personas ha beneficiado?



#### ¿Cuántos recursos entrega?



En forma adicional a éstas líneas programáticas, el 9 de marzo del presente año se promulgó la "LEY DE TOLERANCIA CERO DE ALCOHOL" (Ley N° 20.580), que busca disminuir el consumo de alcohol y drogas en las personas que conducen, para disminuir los accidentes fatales producto del

consumo de éstos. Se modifica el límite inferior permitido, entendiéndose que se está bajo la influencia del alcohol cuando el informe arroje una dosificación superior a 0,3 gramos por mil de alcohol en la sangre. Se modifica asimismo el límite inferior de lo que se considera como estado de

ebriedad, estableciéndolo en 0,8 en lugar de 1,0 gramos por mil de alcohol en la sangre. En forma adicional, aumentan las multas y los meses de suspensión de la licencia de conducir, en ambos estados; sanciones que aumentan conforme un individuo reincide en dicha conducta.

## SEDENTARISMO Y ESTADO NUTRICIONAL

La falta de actividad física constituye una de las principales causas de muertes, enfermedades y discapacidades de la sociedad moderna. En efecto, los riesgos de enfermedades óseas como la osteoporosis y la artritis, y de afecciones cardiovasculares como la

hipertensión arterial, arteriosclerosis o cardiopatía isquémica, aumentan significativamente en las personas que llevan una vida sin actividad física.

En esta sección se presentan las tasas de sedentaris-

mo de la población y la distribución del estado nutricional de niños y adultos mayores que controlan su salud en los Servicios de Salud públicos. A su vez, se presenta alguna de las políticas que ha definido el Estado con el objetivo de mejorar estos indicadores.

• REALIDAD SOCIAL

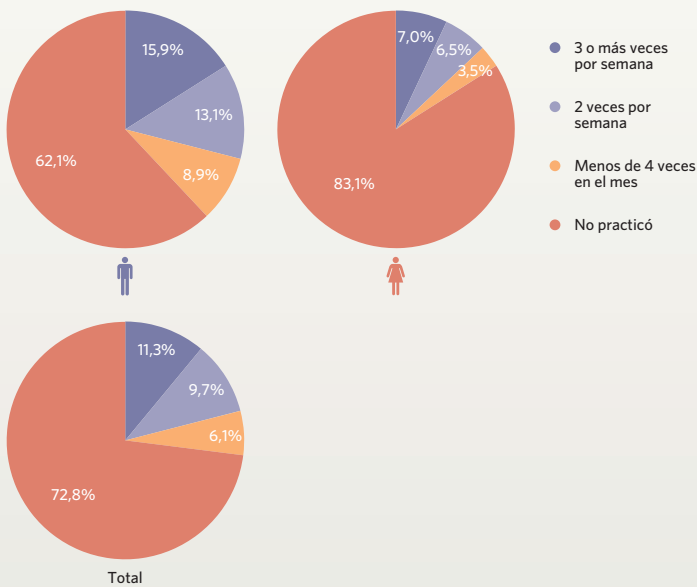
### 2.7 ACTIVIDAD FÍSICA DE LA POBLACIÓN

Distribución porcentual del número de veces que las personas practicaron deportes o realizaron actividad física<sup>13</sup> en el último mes (fuera de su horario

de trabajo). Se suele considerar como sedentarias a todas las personas que no realizaron actividad física 3 o más veces por semana.

<sup>13</sup> La actividad física tiene que haber sido realizada durante 30 minutos o más cada vez.

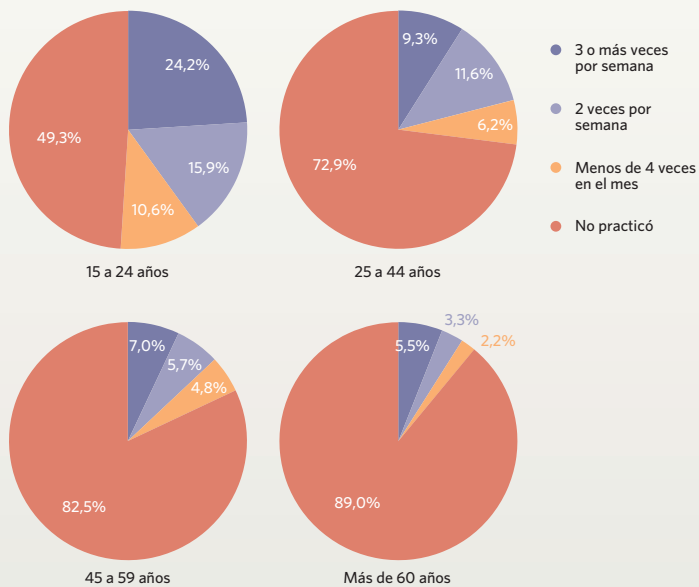
#### ACTIVIDAD FÍSICA DE LA POBLACIÓN, SEGÚN GÉNERO 2009



Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENS), MINSAL

Tan sólo un 16% de los hombres y un 7% de las mujeres realizaban el año 2009 la cantidad de actividad física requerida para quemar grasas, fortalecer musculatura y mantener el sistema cardio-respiratorio en buen estado. Un 83% de las mujeres declaró no haber realizado actividad física durante el último mes, mientras que dicha tasa alcanza a un 62% en el caso de los hombres.

#### ACTIVIDAD FÍSICA DE LA POBLACIÓN, SEGÚN EDAD 2009

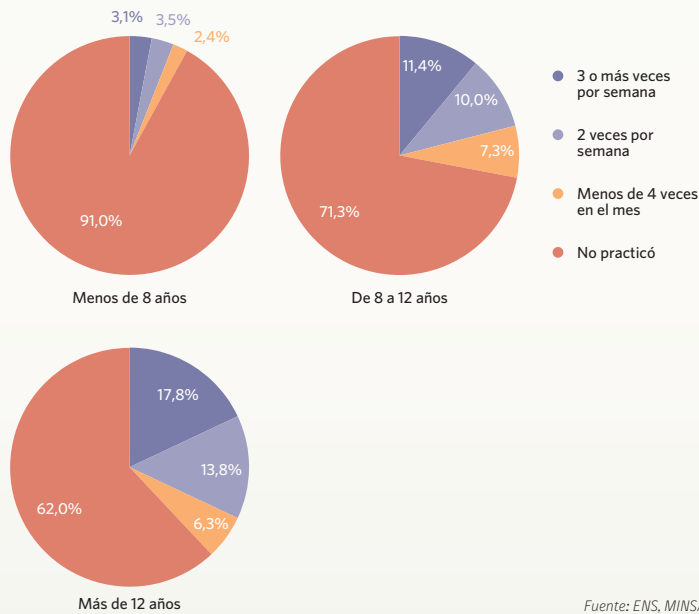


Fuente: ENS, MINSAL

La cantidad de actividad física al mes está muy relacionada en Chile a la edad de la persona: a mayor edad, más sedentaria se vuelve la población. Mientras un 49% de los jóvenes entre 15 y 24 años declaró no haber realizado ejercicios el último mes, dicho porcentaje aumenta a un 89% en el caso de las personas mayores de 60 años.



## ACTIVIDAD FÍSICA DE LA POBLACIÓN, SEGÚN AÑOS DE EDUCACIÓN 2009

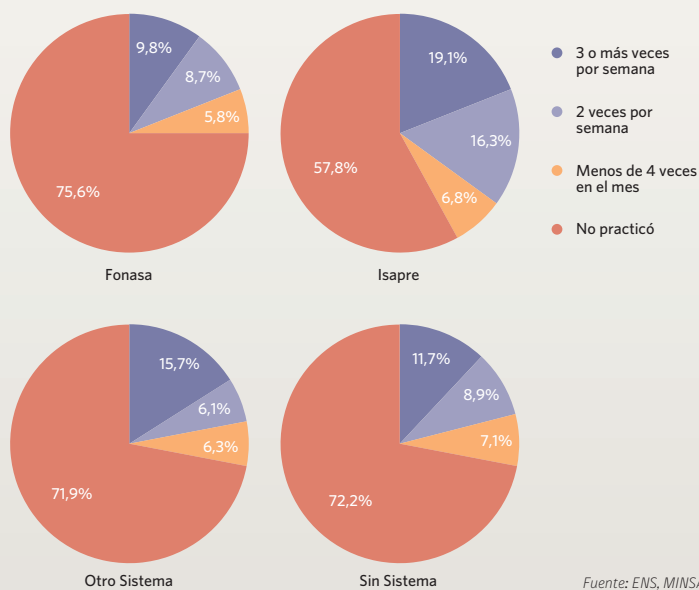


Las personas con educación básica incompleta (menos de 8 años de educación) son las que tienen las tasas más altas de sedentarismo: sólo un 3% de ellos declaró hacer la cantidad necesaria de ejercicios, mientras que un 91% no practicó ejercicios durante el último mes. En el otro extremo, las personas con estudios superiores completos e incompletos (más de 12 años de educación) son los que practican deportes más regularmente.

Fuente: ENS, MINSAL



## ACTIVIDAD FÍSICA DE LA POBLACIÓN, SEGÚN SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD 2009



Los beneficiarios de FONASA presentan mayores tasas de sedentarismo que los beneficiarios de ISAPRES, lo que conlleva a que el sistema público tenga que lidiar con un mayor porcentaje de patologías relacionadas a dicho modo de vida.

Fuente: ENS, MINSAL

## 2.8 ESTADO NUTRICIONAL

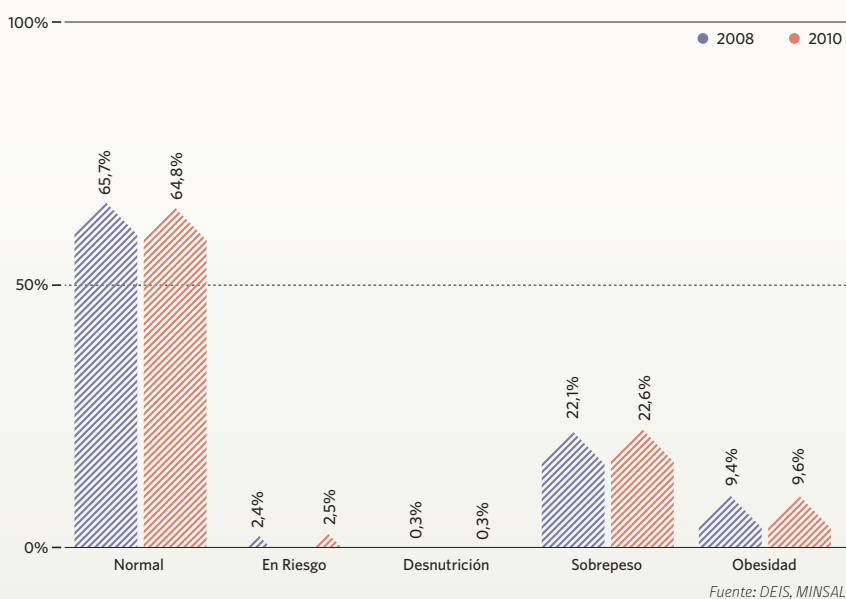
Distribución porcentual de diagnóstico nutricional integrado de niños menores de seis años y de

adultos mayores de 65 años. El universo para ambas distribuciones es el número de niños y adul-

tos que controlaron su salud en algún Servicio de Salud público.



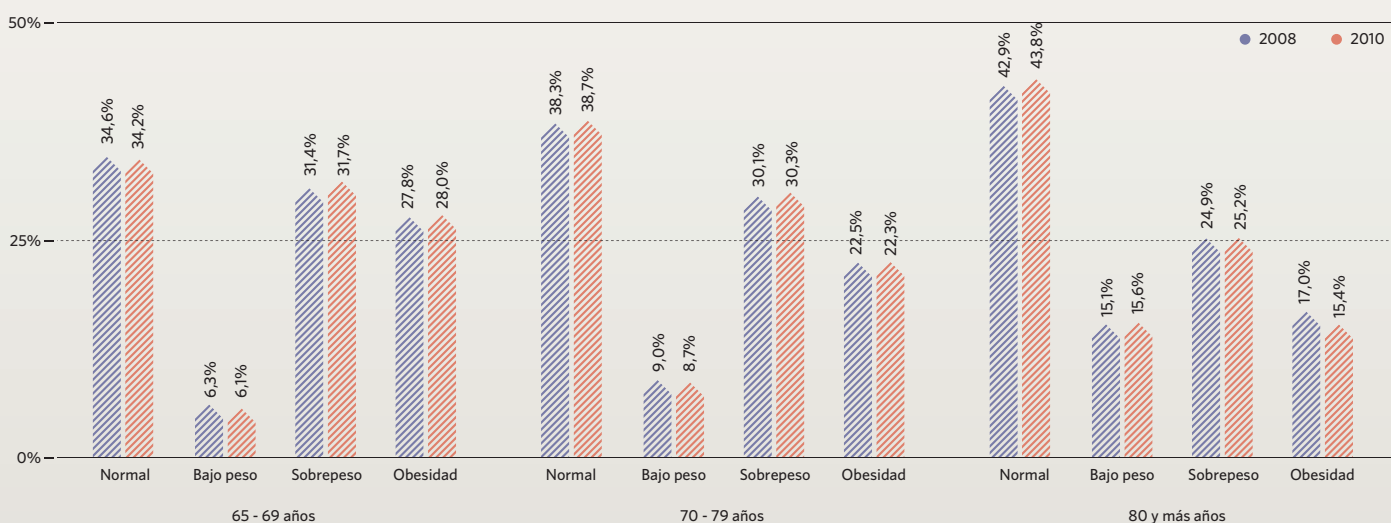
### DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO DE MENORES DE SEIS AÑOS 2008 A 2010



A 997 mil niños menores de 6 años les fue realizado un diagnóstico nutricional en algún Servicio de Salud durante el año 2010. Pese a que la desnutrición es un problema prácticamente erradicado en nuestro país, actualmente más de 3 de cada 10 niños en control presentó problemas de sobrepeso u obesidad. Este cambio epidemiológico no es particular de Chile, sino también de los países más desarrollados.



### DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO DE ADULTOS MAYORES 2008 A 2010



El estado nutricional de cerca de 700 mil adultos mayores fue controlado por los Servicios de Salud durante el año 2010. En todos los tramos de edad se observa altas tasas de sobrepeso u obesidad, también siendo

considerable el porcentaje de adultos con problemas de bajo peso, especialmente entre aquellos de 80 años y más.

## POLÍTICA SOCIAL

Las políticas públicas destinadas a abordar los problemas de obesidad y sedentarismo se han intensificado en los últimos años producto del aumento sostenido en las tasas de obesidad y de los evidentes niveles de sedentarismo de la población. El Ministerio de Salud lanzó un programa piloto el año 2011 para combatir la obesidad mediante educación alimentaria-nutricional, actividad física y apoyo psicológico; mientras que este año 2012 se inició un piloto para extender

el control del niño sano de los 6 a los 10 años con el objeto de pesquisar los factores de riesgo en forma oportuna. A su vez, se ha reforzado el programa de Planes Comunales de Promoción de la Salud, el cual distribuye recursos a las distintas comunas del país incentivando proyectos que promuevan hábitos de vida sana, actividades al aire libre y alimentación saludable. Adicionalmente en conjunto con el programa Elige Vivir Sano, se está llevando a cabo la instalación de

plazas saludables. Y por último, se han modificado ciertas normativas que inciden en mejoras en los hábitos alimenticios, como la ley de "Etiquetado de Alimentos" y los cambios en las bases de licitación del Programa de Alimentación Escolar (PAE).

### PILOTO VIDA SANA: OBESIDAD

#### SUBSECRETARÍA DE REDES

##### Objetivo

Disminuir los niveles de obesidad en la población y potenciar los hábitos de vida saludables, y evitar así que las personas adquieran enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión.

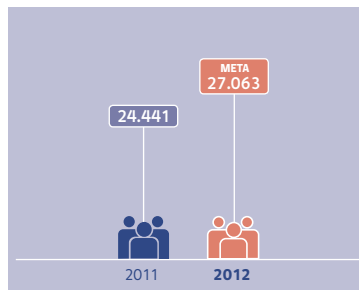
##### Beneficiarios

Aquellas personas con diagnóstico de obesidad y que no presenten hipertensión arterial o diabetes y que tengan entre 6 a 45 años de edad; también son beneficiarias las mujeres postparto.

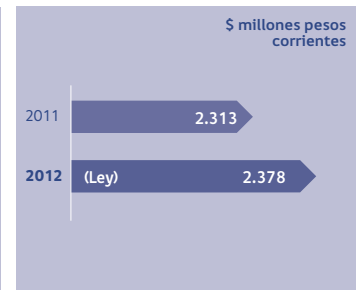
##### Descripción

El plan de tratamiento se enfoca en tres ejes fundamentales: educación alimentaria nutricional, actividad física y apoyo psicológico. El programa consiste en intervenciones individuales y grupales sucesivas por un período de cuatro meses intensivos, con tres controles posteriores o tardíos al 6°, 9° y 12 meses destinados a lograr cambios de estilo de vida saludables en la población beneficiaria. El equipo de salud considera: médico, nutricionista, psicólogo; conforme el requerimiento del estado clínico de la persona y sesiones guiadas de actividad física.

#### ¿A cuántas personas ha beneficiado?



#### ¿Cuántos recursos entrega?



### PROMOCIÓN DE LA SALUD: PLANES COMUNALES

#### SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

##### Objetivo

Generar entornos comunales saludables que incentiven la práctica de actividad física, la alimentación saludable y la vida libre de tabaco.

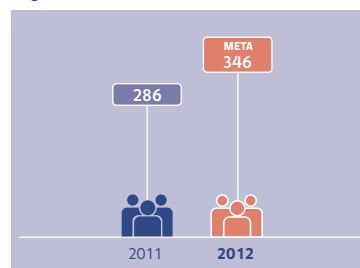
##### Beneficiarios

Todas las comunas del país que cumplan con los requisitos impuestos por el programa.

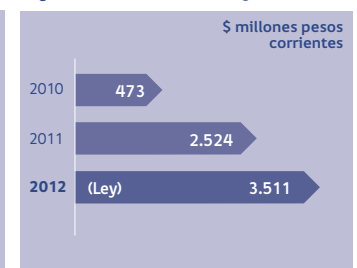
##### Descripción

Generación de políticas locales en promoción de salud, a través de la celebración de convenios de colaboración entre las Seremis de Salud y las municipalidades. Las comunas deben presentar un plan de Promoción y las Seremis deben seleccionarlos. Estos convenios aseguran el desarrollo de un Plan Comunal de promoción de Salud anual, priorizando los componentes de alimentación saludable, actividad física y ambiente libre de humo de tabaco y alguna otra temática de salud pública relevada localmente.

#### ¿A cuántas comunas ha beneficiado?



#### ¿Cuántos recursos entrega?



## EXTENSIÓN DEL CONTROL DEL NIÑO SANO EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES

### SUBSECRETARÍA DE REDES

#### Objetivo

El propósito consiste en otorgar una atención integral a la población de 5 a 9 años a través de controles de salud realizados en los establecimientos educacionales subvencionados, que contribuyan a la promoción de factores protectores de la salud y a la pesquisa oportuna de problemas de salud.

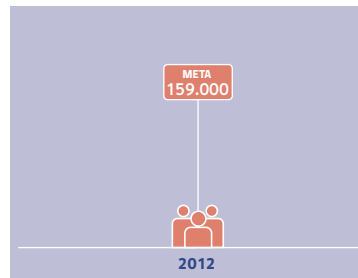
#### Beneficiarios

Niños de 5 a 9 años de establecimientos subvencionados.

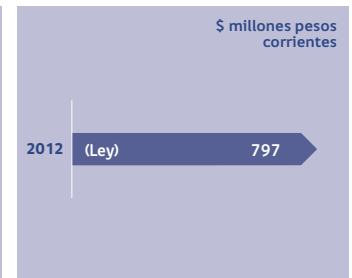
#### Descripción

Se realizan controles de salud en forma sistemática y periódica. Para ello, se forma un equipo profesional que depende del establecimiento de atención primaria más cercano, el cual se hace cargo de un determinado número de establecimientos educacionales. Aquellos niños pesquizados con factores de riesgo son derivados al centro de salud, donde se corrobora el diagnóstico y se efectúa la intervención apropiada.

#### ¿A cuántos niños/as ha beneficiado?



#### ¿Cuántos recursos entrega?



### LEY COMPOSICIÓN NUTRICIONAL Y PUBLICIDAD DE LOS ALIMENTOS [LEY N° 20.606]

El objetivo de esta ley es establecer normas concretas sobre la producción, distribución, comercialización, publicidad y consumo de alimentos, con el fin de orientar a los consumidores y asegurar procesos que garanticen la inocuidad de los alimentos, es decir que dichos productos no causen daño a las personas que los ingieran. En específico, se prohíbe la comercialización de alimentos altos en grasa, sal y azúcar en los establecimientos de educación parvularia, básica y media; prohíbe la publicidad de estos alimentos y la entrega de regalos como gancho para la venta de este tipo de productos destinados a los menores de 14 años; y obliga a la industria alimentaria a rotular los alimentos hipercalóricos como tales

y a declarar los niveles de azúcar, sodio y grasas de éstos bajo la nomenclatura propuesta por el Ministerio de Salud.

### CAMBIOS EN LAS BASES DE LICITACIÓN DEL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR (PAE)

El año 2012 se introdujeron cambio en las bases de licitación del Programa de Alimentación Escolar para contribuir al mejoramiento de la calidad de alimentación de los estudiantes. Esta nueva licitación, que abarca a dos tercios de los beneficiarios actuales del programa, contempla la contratación del servicio de suministro de 2.832.990 raciones alimenticias, correspondientes a desayunos, onces, almuerzos, cenas, colaciones y servicios pre-preparados, para JU-NAEB, JUNJI e INTEGRAL. Algunos de los cambios

implementados son: aumento de aporte de frutas y verduras frescas, aumento de ácidos grasos esenciales, disminución en el aporte de azúcares simples, disminución sustantiva de los gramajes de sal agregada en los servicios de almuerzo en todos los niveles y eliminación de porción de pan blanco en el servicio de almuerzo de Educación Media. Además de lo anterior, se flexibilizó la programación de los aportes de energía de las raciones, lo que permite a las empresas realizar una mayor combinación de productos y se contará con la base de datos de composición de alimentos actualizada, logrando con ello obtener un registro actualizado de la estructura nutricional de las minutas y su control.