

Editorial

Chile, el cono sur, el planeta

Yuri Carvajal B.¹

La salud pública vive una precariedad y abandono cuyo único horizonte de salida pareciera encontrarse en las perspectivas del mundo privado. No existe un plan maestro para alinear el trabajo de los Hospitales públicos, de poner sus urgencias a la altura de los requerimientos y necesidades de ese 80 por ciento de chilenos que acuden a estos servicios en busca de soluciones. La verdad es que sentimos que estos 4 años pasarán sin pena ni gloria para la salud pública. O peor, como años en que la precariedad, pobreza y hegemonía de las fuerzas privatizadoras, tomaron piezas relevantes del sector público. En estos días, los ríos han vuelto a recordarnos su presencia que también parece olvidada por 50 años, mientras la salud pública sigue en la trazabilidad de esporádicos casos de Covid.

La crisis de las ISAPRES se ha usado para llevar aún más a FONASA hacia la intimidación de un poder de compras a los privados. Ni la misma crisis ha reducido las tentaciones por privatizar de las autoridades. Por el contrario, han aprovechado la distracción del público para apurar un juego de manos (<https://uv.cl/archivo-noticias-uv/25673-ley-corta-no-avanza-hacia-una-reforma-profunda-a-la-salud-y-legaliza-la-isaprizacion-del-Fonasa>). El salvataje de una “industria” que ha fracasado puede ser justificado como cuando pagamos la multa para salvar a un hijo que ha extraviado su camino. Obviamente ese gesto solidario de parte de la comunidad que requiere de terapias o internaciones o intervenciones y garantías. (<https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/columnas/2023/05/19/que-tan-justos-que-los-ciudadanos-financemos-el-rescate-de-las-isapres/>).

Entre tanto, el rol del sector público en estos años recientes se ha debilitado hasta la asfixia. La campaña de invierno de este año fue tramitada

hasta que el Colegio Médico alzó su voz. Dada la crisis de los privados, un plan para recuperar las urgencias habría generado un pequeño lecho para salvar el invierno. Definitivamente un nuevo ensayo sobre la ceguera.

Si pasamos ahora a lo que genera esas necesidades comunitarias, vemos que la condición ambiental de Chile -con excepción de la visita de David Boyd, relator especial sobre los derechos humanos y el medio ambiente- resulta de un conformismo sorprendente. La ministra de Salud ha votado en el consejo de Ministros la aprobación del proyecto minero Los Bronces, que amenaza a los glaciares que custodian y animan a la propia ciudad de Santiago.

El relator ha centrado su visión crítica en tres procesos: extracción de Litio en el salar de Atacama, salmonicultura en la región de Los Lagos y la condición de la comunidad de Ventanas en la comuna de Puchuncaví. Sus palabras han sido categóricas: “Chile enfrenta crisis ambientales atemorizantes que han violado los DDHH”.

Venimos sosteniendo que nuestra condición ambiental se parece mucho a lo que el siglo XIX y buena parte del XX leyeron como “la cuestión social”. Que las transformaciones de la segunda mitad del siglo XX aceleraron dramáticamente la destrucción de Chile y nos han obligado a encarar La Sobrevivencia de Chile.

En materia de drogas, se buscan artimañas legales para favorecer el consumo de cannabis. No otra cosa ha sido el “consumo compasivo” y ahora la discusión acerca de la receta médica como justificación para su uso.

Si revisamos los egresos de un establecimiento hospitalario común, veremos que casi el 20% de sus pacientes tienen problemas de consumo de sustancias (códigos F10 a F19 y Z72.0, Z72.1, Z72.2, Z86.4). En algunos casos se trata de recién

¹ Director Editor. Correspondencia a: cms@colegiomedico.cl

nacidos o de menores, ya que casi el 6% de las mujeres que tienen sus hijos en este mismo hospital registran alguno de estos campos.

En comunicación personal, una profesional de un establecimiento público de salud me señala:

“El Estado de Chile suscribió la Convención Única de Estupefacientes de 1961 de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) el 16 de mayo de 1968, documento emitido por las Naciones Unidas. La Convención de 1961 establece controles estrictos sobre el cultivo de adormidera, arbusto de coca, planta de *Cannabis* y sus productos, que, en la Convención, se describen como “estupefacientes”. La *Cannabis* es definida como las sumidades, floridas o con fruto, de la planta de *Cannabis* (resina no extraída) y se encuentra en la lista más restringida de la convención, lista que indica un alto potencial adictivo”.

Chile, como estado adherido a esta convención, ha ratificado las propiedades medicinales de la *Cannabis* al otorgar registro sanitario a Sativex formulado en base a dos extractos de la planta, uno enriquecido en THC y otro en CBD, con la finalidad terapéutica de tratamiento para la mejoría de los síntomas en pacientes adultos con espasticidad moderada o grave debida a la esclerosis múltiple (EM). Sin embargo, los médicos prescriptores de preparados de *Cannabis* van más allá en el uso de estos medicamentos, otorgándoles propiedades terapéuticas que no han sido probadas científicamente y, por ende, no ratificadas por las agencias regulatorias de medicamentos. Al leer esto dirán que el CBD se utiliza para la epilepsia refractaria al tratamiento; sin embargo, hay que indicar que Epidiolex autorizado por la FDA de Estados Unidos y Convupidiol autorizado en Chile tienen origen sintético, por lo tanto, hay que preguntarse por qué un extracto estandarizado de *Cannabis sativa* enriquecido en CBD no ha podido demostrar las mismas propiedades terapéuticas de su similar sintético.

Al buscar estudios clínicos, fases I, II, III o IV que se hayan realizado o se estén realizando con *Cannabis* en la página de clinicaltrials.gov se encuentran solo 613, dentro de los cuales también

hay investigaciones para tratar la dependencia a *Cannabis* y sus consecuencias. Al buscar los estudios en Chile, vemos que el primer estudio realizado con la primera plantación de *Cannabis sativa* autorizada en el país no fue concluido y tuvo que terminarse por falta de pacientes. A la fecha, se han finalizado solo 2 ó 3 estudios, en fase I y fase II, ¿qué pasa que teniendo tantos médicos interesados en prescribir preparados en base a cannabis no son capaces de reclutar pacientes para tratar sus dolencias? ¿qué sucede cuando la utilización de preparados magistrales es para patologías para las cuales la *Cannabis* no ha sido probada, o es más, puede ser contraindicada? ¿qué sistema de vigilancia sanitaria podemos utilizar para pesquisar los efectos secundarios de estos productos farmacéuticos? ¿qué responsabilidad sanitaria y legal pueden recibir los médicos prescriptores de estos productos para pacientes que no deben recibir estos medicamentos?

La discusión es larga y tiene para un buen tiempo, ahora debemos vigilar cómo se comportarán los pacientes y las autoridades con la nueva modificación a la Ley 20.000 que legaliza el autocultivo para fines médicos, aún no están claras las formas de fiscalizaciones al respecto, debemos esperar que se promulgue la modificación a su reglamento.

En esta agenda, la propuesta de reactivar UNASUR encuentra a la salud pública local algo desorientada. Pero es importante apoyar decididamente este proceso cuyas ventajas son construir una realidad de salud pública que nos integre con el cono sur y sudamérica.

El convenio Hipólito Unanué es poco activo. La OPS involucra a una región demasiado extensa y su sede sigue en Washington. Además es necesario que el mapa esté en la orientación que nos dibujó Joaquín Torres García.

(Finalmente los Presidentes huyeron de la idea de UNASUR como de un castigo del cielo y la reunión de autoridades fue trivializada. Pero la urgente necesidad de un pensar común, sea mediante una revista de salud pública sudamericana, de un posgrado integrado o de una mirada común a las transmisibles que el cambio climático está derramando sobre nosotros, nos sigue penando).