



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

PLAN NACIONAL DE SALUD PARA LOS OBJETIVOS SANITARIOS AL 2020

2016



PLAN NACIONAL DE SALUD
PARA LOS OBJETIVOS SANITARIOS AL 2020

2016

Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020

Elaboraron este documento

Del Departamento de Estrategia Nacional de Salud:
Javiera Pacheco Trigo, Camila Silva Olivares,
Odette Urrutia Pumeyrau, Andrea Albagli Iruretagoyena y
Mijail Villagra Vergara.

Colaboraron en su elaboración

Profesionales de la División de Atención Primaria, de la División de Finanzas y Administración Interna, de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas, de la División de Gestión de Redes Asistenciales, de la División de Inversiones, de la División de Planificación Sanitaria, de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, de la División de Presupuesto y de la División de Prevención y Control de Enfermedades.

MINISTERIO DE SALUD

Subsecretaría de Salud Pública / División de Planificación Sanitaria
/ Departamento de Estrategia Nacional de Salud

©Ministerio de Salud Mac Iver 541

Derechos reservados I.S.B.N. Nº 978-956-348-105-1

Diseño e impresión Andros Ltda.

Primera Edición

ÍNDICE

Agradecimientos	6
Palabras de autoridades	7
¿Cómo leer el Plan Nacional de Salud?	8
Mapa conceptual	10
Introducción	12
Cadena de resultados	14
Plan Nacional de Salud	16
Enfermedades transmisibles	19
Enfermedades crónicas, violencia y discapacidad	27
Hábitos de vida	41
Curso de vida	51
Equidad y salud en todas las políticas	63
Monitorear inequidades	65
Instalar el enfoque de equidad	66
Medio ambiente	71
Institucionalidad del sector salud	75
Calidad de atención	87
Emergencias, desastres y epidemias	93
Glosario	96
Acrónimos	100
Bibliografía	101

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

Se agradece la colaboración de todos los referentes regionales de la Estrategia Nacional de Salud, tanto en SEREMI como en Servicios de Salud, que nos entregaron sus observaciones y comentarios al documento en las jornadas de trabajo.

Queremos agradecer especialmente:

A cada uno de los integrantes del Consejo de Salud del Hospital de Curacaví por entregarnos parte de su tiempo para transmitirnos su opinión y observaciones al documento.



Al Dr. René Meneses Director(s) del Hospital de Curacaví por apoyar la realización de la actividad de consulta con el Consejo Consultivo; a Bárbara Nur, encargada de comunicaciones y relaciones públicas del hospital de Curacaví, quien nos contactó y brindó todo su apoyo para realizar la actividad de trabajo con el Consejo de Salud; y a Marcela Sepúlveda asistente social del hospital quien nos acompañó en la actividad.



A Pamela Canabes profesional del Servicio de Salud Aconcagua quien nos entregó su opinión profesional y ciudadana respecto al documento.

PALABRAS DE AUTORIDADES

El Plan Nacional de Salud es la carta de navegación del sector y la referencia de nuestro amplio quehacer. En él están expuestos los principales desafíos que tiene el país en materia de Salud y plantea alternativas que permitan asumir estos retos para mejorar la calidad de vida de la población. Este plan y su fuerza radica en el compromiso y la vocación de miles de mujeres y de hombres, trabajadores y trabajadoras de la Salud, que sostienen los avances sanitarios de nuestro país reconocidos en todo el mundo.

Entre sus principales características, el Plan Nacional de Salud tiene un acento ciudadano, y su mirada puesta en la construcción de un país más equitativo, respetuoso y que promueve la cohesión social. Lo anterior, en línea con la sociedad de derechos que el gobierno de la Presidenta Bachelet busca consolidar, reconociendo el rol del Estado como garante de una Salud oportuna y de calidad.

Este documento refleja el trabajo integrado de la Subsecretaría de Salud Pública, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, Seremis y Servicios de Salud, así como de los organismos autónomos: Superintendencia de Salud, Fondo Nacional de Salud (FONASA), Instituto de Salud Pública (ISP) y la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST).

Lo primero a destacar en esta versión de nuestro Plan Nacional es el desafío permanente que representan las desigualdades injustas y evitables en salud. Para hacerle frente se requiere abordar los determinantes sociales de la salud mediante el trabajo con otros sectores de manera coordinada colocando la salud como preocupación de todas las políticas. Así, nuestro eje 5 se transversaliza y coloca la **Equidad y la Salud en Todas las Políticas** como pilar central de todo nuestro quehacer.

El Fortalecimiento del Sector Público de Salud, se torna un eje basal y central, reforzando la importancia de su desarrollo y vinculación con el avance en las distintas metas establecidas. Se evalúa el financiamiento requerido para alcanzar los objetivos sanitarios de la década y considera la importancia de los factores productivos.

Por otra parte, la **participación ciudadana**, siendo un valor transversal para el empoderamiento de la ciudadanía en todos sus niveles, se fortalece y este documento refleja un esfuerzo por colocar en manos de toda la ciudadanía la información relevante para lograr un país más saludable. Así, este plan es flexible para adaptarse a los nuevos desafíos y complejidades de nuestra realidad, por lo que constituye una invitación a pensar juntos la salud que queremos, y luego, en la medida que seamos capaces de tomar acción juntos, sumar liderazgos para seguir transformando y mejorando. Necesitamos de todos para realizar los cambios que son necesarios.

El Ministerio de Salud entrega este documento confiando en que constituye una herramienta que contribuirá a disminuir las brechas en Salud, superando determinantes sociales que constituyen un freno para nuestro desarrollo. Somos optimistas respecto a la persistencia de fortalezas esenciales en este sistema, y este Plan busca contribuir en ese camino.



Dr. Jaime Burrows Oyarzún
Subsecretario de Salud Pública



Dra. Carmen Castillo Taucher
Ministra de Salud



Dra. Gisela Alarcón Rojas
Subsecretaria de Redes Asistenciales

¿CÓMO LEER EL PLAN NACIONAL DE SALUD?

A continuación se explica la lógica en la que está estructurado el Plan Nacional de Salud 2011-2020 y se presentan las claves que permiten leerlo y comprenderlo. De esta forma esperamos que toda persona que quiera conocer el trabajo que el sector salud ha priorizado para la década actual pueda informarse mediante el presente documento.

ASPECTOS GENERALES

1. Este documento es un **complemento** al texto original de la Estrategia Nacional de Salud 2011- 2020 (*Metas 2011-2020. Elige vivir sano. Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020*). Busca transmitir conceptos de salud de un modo cotidiano para que todas las personas que lo requieran puedan informarse del quehacer del sector salud. Además, presenta las actualizaciones realizadas al Plan Nacional de Salud durante el año 2014, específicamente aquellos ajustes realizados a la **cadena de resultados** dentro de cada tema de salud.

2. El Plan Nacional de Salud, como está descrito en este documento, expone las líneas de trabajo priorizadas por el sector salud para la década 2011-2020. No intenta abarcar la totalidad del trabajo realizado por el Ministerio de Salud, ni la totalidad de necesidades en salud que tiene la población -que son múltiples-, sino que establece una priorización de temas y líneas de trabajo para poder abordarlos, aspecto central en un Plan Nacional de Salud.

3. El presente documento expone las actualizaciones realizadas al Plan Nacional de Salud en un plano de mediano y largo plazo, apuntando específicamente a la **planificación estratégica**. Mientras que el ámbito de corto plazo, **planificación operativa**, que se desprende del Plan y que se realiza anualmente por los equipos técnicos nacionales está disponible en el sitio web de la Estrategia Nacional de Salud (<http://estrategianacionaldesalud.blogspot.cl/>).

Definiciones de interés

Planificación Estratégica: Es la priorización y coordinación de acciones orientadas a mejorar la salud de la población en las áreas seleccionadas. Implica identificar los puntos centrales del proceso de cambio por medio de los cuales se pueden alcanzar los objetivos acordados. Este documento presenta el diseño de la Estrategia Nacional de Salud en este nivel -la planificación estratégica-, lo que considera los Resultados Esperados e Impacto.

Planificación Operativa: Es la organización y explicitación de pasos y procesos relacionados a las actividades necesarias por parte de los equipos de salud para la implementación de las estrategias diseñadas. Son las acciones necesarias para alcanzar los resultados inmediatos dentro de la cadena de resultados.

Cadena de Resultados: Instrumento que permite establecer una relación lógica entre resultados, definidos colectivamente, que se espera alcanzar en distintos niveles programáticos y temporales, garantizando así que todos los recursos de la organización se emplean para intentar conseguir los resultados formulados. Se basa en el principio de la agregación, que supone que la suma de resultados alcanzados en un nivel permitirá el logro de otros resultados en el nivel superior.

Para efectos del Plan Nacional de Salud 2011-2020 los componentes de la cadena de resultados que fueron ajustados son: **Impacto, Resultados Esperados y Resultados Inmediatos.**

Impacto: Son los cambios en el bienestar de la población relacionados con la salud, o sus determinantes, y que ocurren en el *largo plazo* de manera sostenible.

Resultados Esperados: Son los cambios en el bienestar de la población relacionados con la salud, o sus determinantes, y que ocurren a *corto o mediano plazo*. Además, estos cambios son atribuibles a las

intervenciones del sector o intersector además de aquellos cambios que pueden afectar la capacidad y funcionamiento del sistema de salud.

Resultados Inmediatos: Todo aquello que el sector e intersector hace para contribuir al logro de los resultados esperados, y de lo que tendrán que rendir cuentas. Se refiere a resultados asociados directamente a los productos y servicios en cada nivel de responsabilidad.

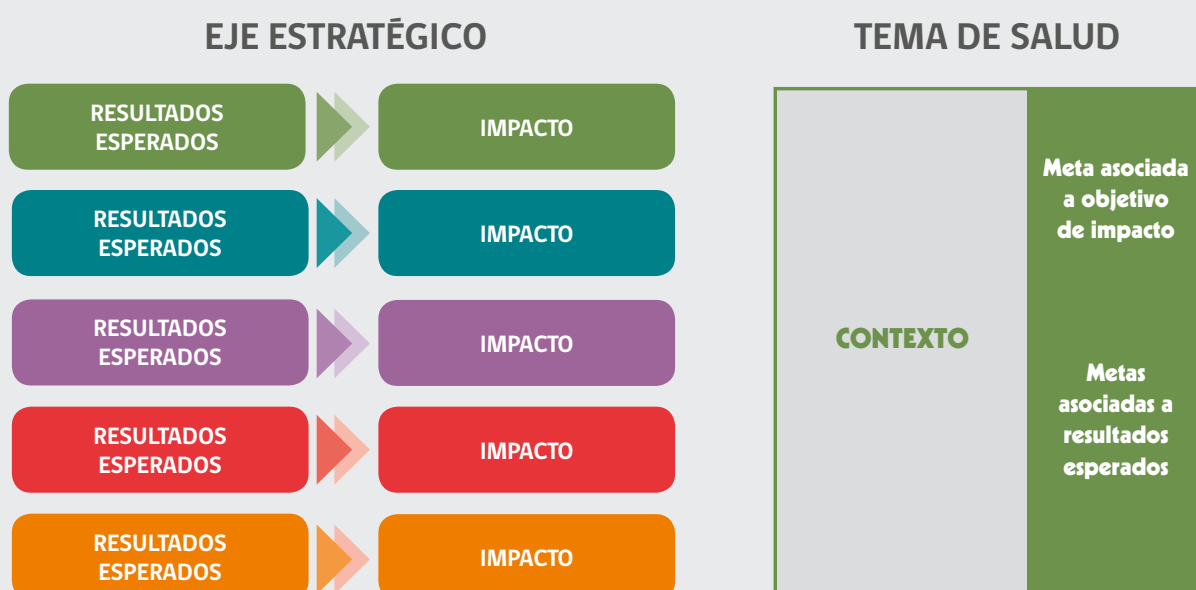
Ejemplo

Con el fin de reducir la **mortalidad por cáncer** en la población (impacto), el sector salud intenta aumentar la **detección temprana** y el **tratamiento oportuno** de quienes padecen esta enfermedad (resultado esperado), para ello **requiere tener los instrumentos, personal calificado y procedimientos estandarizados** (resultados inmediatos) para ofrecer exámenes preventivos y atención clínica ante casos confirmados.

Nota: Este esquema se aplica en todo el documento con la excepción del Eje V: Equidad y Salud en Todas las Políticas. La cadena de resultados no aplica del mismo modo en este Eje, cuyos detalles están descritos en el cuerpo del texto correspondiente al tema.

Presencia de estos conceptos a lo largo del documento:

- El documento presenta secuencialmente cada uno de los ejes estratégicos del Plan Nacional de Salud.
- Cada apartado diferenciado por un color particular está dedicado a cada uno de los ejes estratégicos que componen el Plan Nacional de Salud, y la primera página de cada eje lo describe de manera resumida y enuncia los temas de salud que contiene y que han sido priorizados en esta versión del Plan Nacional de Salud.
- Las páginas siguientes muestran un diagrama en el que se presentan los objetivos de impacto que se esperan alcanzar en el eje, así como los resultados esperados respectivos.
- Luego se detalla con mayor precisión cada tema (dedicándole una página a cada uno), donde se presenta un breve contexto de la situación de salud ahí planteada y se enuncian en un recuadro las metas asociadas al objetivo de impacto y cada resultado esperado con sus metas respectivas.



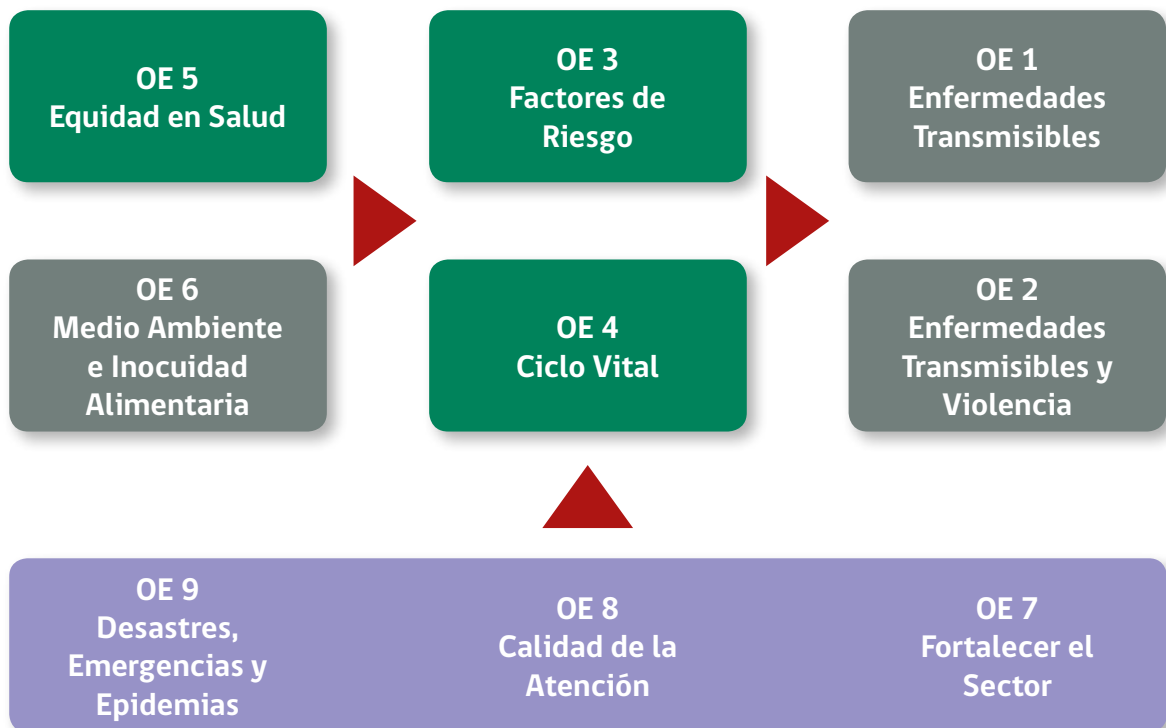
El Plan Nacional de Salud representa la carta de navegación del sector salud en nuestro país.

Es un plan dinámico y este documento representa una foto dentro de su evolución.

En él se exponen los principales desafíos que tiene nuestro país en materia de salud y se plantean alternativas que permitirán asumir estos retos y así mejorar la calidad de vida de todas las personas que habitan en Chile.

MAPA CONCEPTUAL

ORIGINAL ▶▶



La **equidad** como marco para disminuir las injusticias que aún persisten y afectan la salud de todas las personas que viven en nuestro país.

Teniendo especial cuidado en todas las etapas de la vida de los seres humanos.

Preocupándonos de que nuestro sistema de salud mejore su rol brindando cobertura universal, con una atención que satisfaga las necesidades de todos y todas.

▶▶ ACTUALIZADO



INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El Plan Nacional de Salud, para el cumplimiento de los **Objetivos Sanitarios 2011 - 2020**, es la carta de navegación del sector Salud para la década mencionada y para períodos posteriores a ésta.

Con el propósito de incorporar mejoras y reforzar algunos aspectos al Plan Nacional de Salud 2011 - 2020, en el 2014 una comisión conformada por los jefes de división de ambas subsecretarías (DIVAP - DIGERA - DIPLAS - DIPRECE - DIPOL), por representantes del gabinete de la Ministra y del gabinete de la Subsecretaría de Salud Pública (SSP) y de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (SRA) y por el equipo de Estrategia Nacional de Salud del nivel Central, revisaron el Plan Nacional de Salud.

Como producto final de dicha revisión se presenta este documento en el que se plasma la actualización realizada al Plan Nacional de Salud la que considera al sistema sanitario nacional desde una visión holística y, junto a ello, se centra en el enfoque de los determinantes sociales de la salud y en su alcance más allá del sector para la construcción de políticas, programas y acciones en salud, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad.

Las principales características de la actualización del Plan Nacional de Salud son:

- Enfatiza la lógica del diseño del Plan Nacional de Salud: este aspecto consiste en la determinación de una nomenclatura única y consensuada para el Plan Nacional de Salud, homologando conceptos de objetivos, metas, resultados esperados, indicadores, etc. Revisión y validación de los resultados esperados y de las estrategias de cada tema por parte de los referentes técnicos en el nivel central.

- Instala la equidad como eje transversal: Para lo cual se propone establecer el enfoque de equidad en todos los ámbitos del Plan Nacional de Salud y en todos aquellos que se levanten por esta comisión.
Así el eje cinco se vuelve un espacio abierto para poblar con las estrategias y acciones que persiguen estos objetivos.
- Fortalece el sistema sanitario con énfasis en lo público: Se instala este aspecto como un objetivo central, reforzando la importancia de su desarrollo y su vinculación con el avance en las distintas metas establecidas. Alinear el financiamiento del sector para alcanzar los objetivos sanitarios de la década, considerando la importancia de los factores productivos.

El presente documento recoge los esfuerzos realizados por el Departamento de Estrategia Nacional de Salud de la División de Planificación Sanitaria y de los equipos técnicos del Ministerio de Salud por responder a los puntos antes mencionados.

Esta publicación pretende explicar el contenido del Plan Nacional de Salud de una forma amable para toda persona que sienta la necesidad de entender dicho plan y, por tal razón, el accionar del sector salud para lograr cumplir con los objetivos sanitarios propuestos.

La Salud es un tema de todos, asumir nuestra responsabilidad y trabajar en conjunto es el desafío que el Departamento de Estrategia Nacional de Salud asume, por medio de una carta de navegación del sector, de manera de contribuir a mejorar la salud de las personas, por un lado, y el accionar del sistema sanitario, por el otro, para finalmente aportar en la construcción de un país más justo y saludable.

CADENA DE RESULTADOS

CADENA DE RESULTADOS

OBJETIVOS SANITARIOS 2011 - 2020



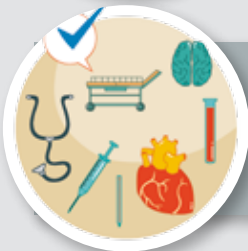
1 MEJORAR LA
SALUD DE LA
POBLACIÓN



2 DISMINUIR LAS
INEQUIDADES



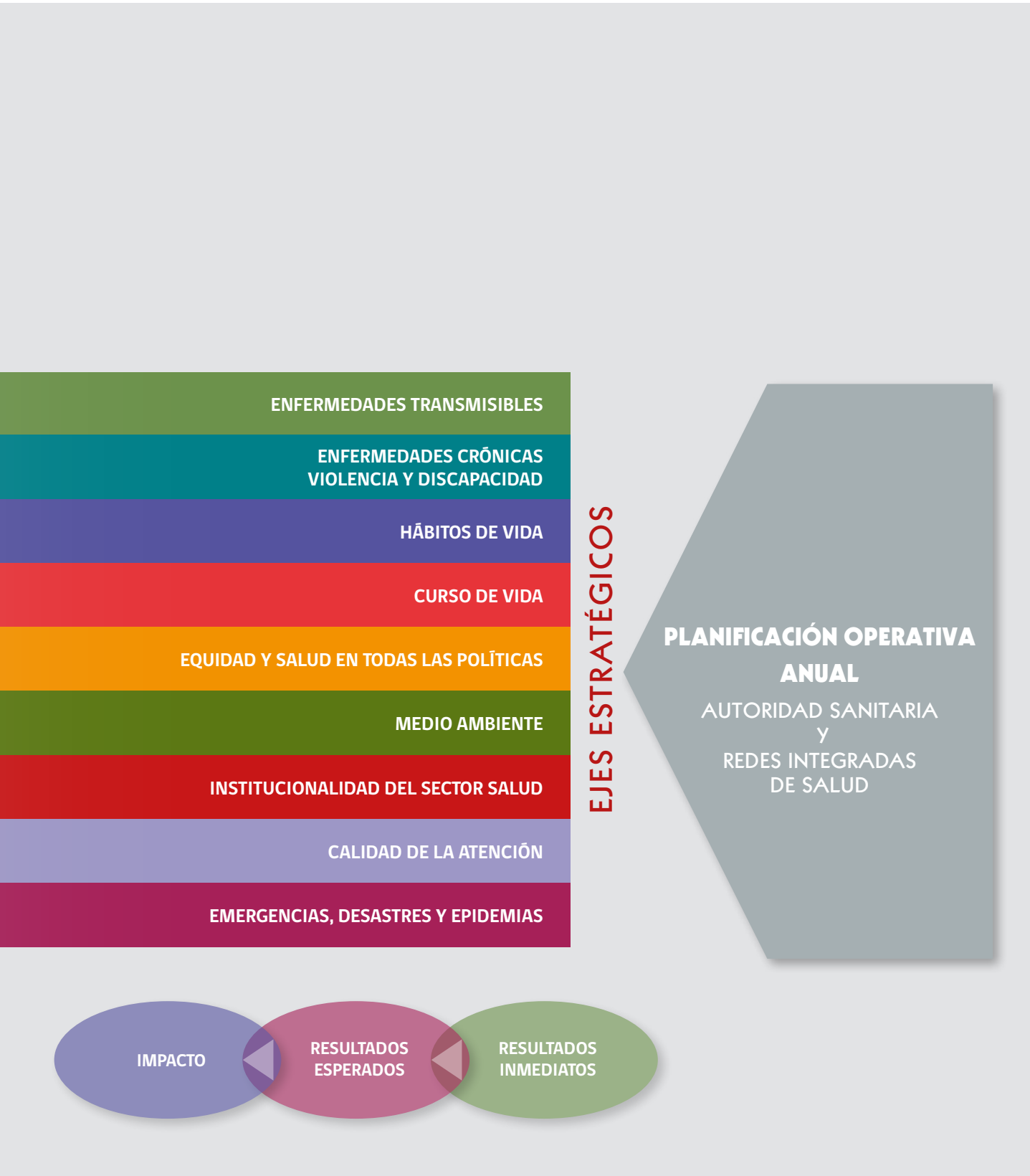
3 AUMENTAR LA
SATISFACCIÓN
DE LA
POBLACIÓN



4 ASEGURAR LA
CALIDAD DE LAS
PRESTACIONES
DE SALUD

**PLANIFICACIÓN
ESTRATÉGICA
NACIONAL
Y
REGIONAL**





PLAN NACIONAL DE SALUD

OBJETIVOS SANITARIOS 2011 - 2020



MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN



DISMINUIR LAS INEQUIDADES



AUMENTAR LA SATISFACCIÓN DE LA POBLACIÓN



ASEGURAR LA CALIDAD DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

EJES ESTRATÉGICOS

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	-	TUBERCULOSIS	-	MUERTE POR INFECCIONES RESPIRATORIAS
ENFERMEDADES CRÓNICAS, VIOLENCIA Y DISCAPACIDAD	+	SOBREVIDA ANTE INFARTO Y ATAQUE CARDIOVASCULAR	-	MORTALIDAD POR CÁNCER
HÁBITOS DE VIDA	-	CONSUMO DE TABACO	-	CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL
CURSO DE VIDA	-	MORTALIDAD PERINATAL	-	ALTERACIONES EN EL DESARROLLO INFANTIL
EQUIDAD Y SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS	INSTALAR EL ENFOQUE DE			
MEDIO AMBIENTE	+	CONDICIONES AMBIENTALES	-	INTOXICACIONES ALIMENTARIAS
INSTITUCIONALIDAD DEL SECTOR SALUD	+	INFORMACIÓN EN SALUD	+	INVESTIGACIÓN EN SALUD
CALIDAD DE LA ATENCIÓN	+	SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE SALUD	+	CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS
EMERGENCIAS, DESASTRES Y EPIDEMIAS	+			
	RESPUESTA DEL SECTOR SALUD ANTE EMERGENCIAS, DESASTRES Y EPIDEMIAS			



EQUIDAD EN SALUD COMO RESPONSABILIDAD DE ESTADO BUSCANDO DISMINUIR LAS DESIGUALDADES INJUSTAS





ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES han mostrado importantes reducciones en su incidencia, no obstante, continúan siendo una de las principales causas de muerte en el mundo. Sin embargo, los cambios sociales, tecnológicos, los factores ambientales y el rendimiento decreciente de ciertas medidas de control han ocasionado que algunas enfermedades infecciosas tengan una mayor repercusión sobre la salud de la población, sea por su incidencia como por el número de muertes que pueden ocasionar.

Estas enfermedades se caracterizan porque pueden aparecer en cualquier lugar y diseminarse rápidamente por medio de los viajes y el comercio, representando un reto mundial que requiere una respuesta global coordinada. Es así como en el 2005 la 58ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó el nuevo Reglamento Sanitario Internacional (RSI, 2005), el que entró en vigencia en junio del 2007. Este reglamento se constituye en una normativa internacional para reducir el riesgo de diseminación transfronteriza de enfermedades.

En nuestro país, las enfermedades transmisibles han presentado un descenso rápido en la mortalidad durante la transición epidemiológica. No obstante, el impacto de esta mejoría es desigual entre distintos grupos de población, predominando en poblaciones vulnerables, lo que da cuenta de la necesidad de abordar estrategias considerando esta distribución.

El eje estratégico desarrollado en el presente documento contempla los desafíos que el Ministerio de Salud ha asumido y que requieren de más y mejores recursos, respecto de la situación de las enfermedades transmisibles más relevantes para la salud pública en Chile. Dentro de los desafíos destaca la progresión hacia la etapa de eliminación avanzada de la tuberculosis (tasa de incidencia de 10 por cada 100.000 habitantes), la pesquisa, diagnóstico y tratamiento de VIH/SIDA a personas en las etapas tempranas de la infección y la prevención y manejo de la infección por Virus Hepatitis B y C.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES



La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infectocontagiosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis* también conocido como bacilo de Koch, afecta principalmente al pulmón, pero también puede afectar cualquier otro órgano del cuerpo humano.

El diagnóstico precoz de la tuberculosis es la principal herramienta para identificar las fuentes de contagio presentes en la comunidad, lo que es muy importante para disminuir la cantidad de nuevos casos de personas infectadas.

La detección precoz se realiza por medio de la baciloscopia (examen que permite identificar los bacilos de Koch en la expectoración, secreciones provenientes de las vías aéreas que se eliminan por la boca) y que se solicita a las personas sintomáticas respiratorias, es decir, que presentan tos con expectoración por más de dos semanas. De esta forma se pueden identificar los casos de tuberculosis pulmonar presentes en una comunidad.

A las personas que viven con el enfermo de tuberculosis pulmonar que contagia se les denominan contactos y se les debe estudiar para ver si están enfermos o infectados.

El tratamiento de la tuberculosis constituye una medida esencial de salud pública para el control de la enfermedad, lograr la curación del enfermo y eliminar la fuente de infección en la comunidad. El tratamiento es de larga duración y se administra en el establecimiento más cercano al domicilio del enfermo. Para asegurar la ingesta de los fármacos la administración del tratamiento debe ser supervisada por personal de salud debidamente capacitado.

Todas las actividades del programa de tuberculosis son gratuitas y se realizan en toda la red asistencial del país.

Una de las medidas de prevención de esta enfermedad la constituye la vacuna BCG, que forma parte del Plan Nacional de Inmunizaciones y se administra a todos los recién nacidos que tengan la indicación. Aunque no previene la infección por tuberculosis, interfiere en la diseminación de la enfermedad desde el foco primario, protegiendo de las formas más graves de tuberculosis (como la diseminación tuberculosa y la meningitis tuberculosa), por lo que es importante seguir trabajando para que la vacuna sea administrada a todos los recién nacidos del país.

La implementación de nuevas estrategias a nivel local tanto para la pesquisa como para asegurar la adherencia al tratamiento son fundamentales para lograr cumplir la meta del programa, que es eliminar la tuberculosis como problema de salud pública.

TUBERCULOSIS



META

BAJAR DE 12,1 A 5 POR 100 MIL HABITANTES LOS NUEVOS CASOS DE TUBERCULOSIS.

.....

Vacunación contra la tuberculosis a recién nacidos

- Lograr que 95% de los recién nacidos reciban la vacuna contra la tuberculosis.

Detección a tiempo de la tuberculosis

Lograr que:

- 90% de los casos de tuberculosis, en todas sus formas, sean diagnosticados.
- 20% de los casos de tuberculosis pulmonar se diagnostique mediante exámenes de laboratorio (cultivo).

Adherencia al tratamiento contra la tuberculosis

- Lograr que el 90% de los pacientes con tuberculosis pulmonar con confirmación de bacterias y mayores de 15 años sean dados de alta del tratamiento.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS



META

BAJAR DE 17,1 A 14,3 POR 100 MIL HABITANTES LAS MUERTES POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.

.....

Vacunación antiinfluenza y antineumocócica a grupos definidos

Lograr que:

- 95% de las personas de 65 años y más reciban vacunas antiinfluenza y antineumocócica.
- 95% de los niños menores de 1 año reciban todas las dosis de vacunas antineumocócica.

Atención de calidad y a tiempo de pacientes con infecciones respiratorias

Lograr que:

- 90% de los niños menores de 7 meses con riesgo grave de morir por neumonía reciban visita domiciliaria integral.
- 60% de los pacientes atendidos en urgencia por neumonía y crisis obstructiva se deriven a sala Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA).

Las infecciones respiratorias agudas continúan siendo un importante problema de salud pública y afectan principalmente a niños, adultos mayores y a quienes sufren de alguna enfermedad crónica.

Con el fin de proteger a la población residente en Chile frente a enfermedades inmunoprevenibles (aquellas que pueden ser prevenidas por el uso de vacunas), como la Influenza y las enfermedades invasoras por *Streptococcus pneumoniae*, el Ministerio de Salud desde 1975 ha desarrollado vacunaciones anuales contra la influenza dirigida a distintos grupos de riesgo. Estos grupos varían con el tiempo según el grado de vulnerabilidad y las recomendaciones internacionales.

Bajo este marco es que en 2010 se incorporó la vacuna neumocócica conjugada para la población infantil con un esquema de dos dosis más un refuerzo y la vacuna neumocócica polisacárida para la población de 65 años y más, entendiéndose que estos grupos exhiben un elevado riesgo a presentar la enfermedad en relación con el resto de la población. Es importante apuntar esfuerzos que permitan aumentar el número de personas vacunadas pertenecientes a estos grupos objetivos.

La neumonía corresponde a uno de los procesos inflamatorios agudos que pone en riesgo de morir a quienes la desarrollan y cuya causa es difícil de precisar en cada caso individual. En Chile, el 2012 las tasas de mortalidad por influenza y neumonía fluctuaban entre 1 por cada 100 mil habitantes en el grupo de 0 a 14 años y 473 por cada 100 mil habitantes en los mayores de 75 años. Esto ha significado 3.855 defunciones potencialmente evitables. Estos fallecimientos no solo dependen de factores biológicos como edad, nutrición, otras enfermedades, y agresividad de los agentes microbiológicos, sino también de variables psicosociales, acceso y oportunidad a los recursos sanitarios y calidad de la atención médica. Una prioridad es entonces centrar esfuerzos para mejorar la calidad y la oportunidad de la atención a pacientes con enfermedades respiratorias agudas.

Las zoonosis son enfermedades transmitidas entre los animales y las personas. El contagio puede ser por contacto directo con el animal o sus fluidos, por contaminación de alimentos, agua, ambiente, vía fómites (objetos como agua, aire, toalla, etc., que contienen elementos infectantes y pasivamente pueden ser vehículo mecánico de transmisión indirecta) o artrópodos que actúan como intermediarios (vectores).

La mayoría de los agentes patógenos conocidos son de origen animal, asimismo las zoonosis representan el 75% de las enfermedades emergentes y reemergentes reconocidas en los últimos tres décadas. Son de distribución mundial, con áreas de mayor o menor endemia. Comúnmente presentan complejos ciclos de transmisión y diversos tipos de reservorios (población de seres vivos que aloja de forma crónica el germen de una enfermedad). Estas enfermedades tienen estrecha relación con los determinantes sociales, afectando principalmente población y áreas de mayor vulnerabilidad. Estas características hacen que su prevención y control sea complejo, superando muchas veces las capacidades del sector salud, obligando a establecer estrategias intersectoriales.

En Chile las zoonosis y enfermedades vectoriales se han mantenido controladas gracias a la articulación de programas de control que incluyen acciones de prevención y control sobre los reservorios, integrados con los componentes asistenciales y de participación comunitaria.

Logros destacados en el control de las zoonosis y las enfermedades transmitidas por vectores en Chile son la eliminación de la transmisión de la rabia canina; eliminación de la brucelosis humana; la eliminación de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas; la eliminación de la fiebre amarilla; y el control y eliminación de la malaria autóctona.

Sin embargo, persisten zoonosis endémicas tales como la hidatidosis, que es la de mayor prevalencia en el país, asociada a poblaciones vulnerables en áreas de producción ganadera de subsistencia y en áreas de alta producción ovina y caprina; triquinosis asociada al comercio informal de cerdos en zonas rurales; Hantavirus asociada a roedores silvestres, endémica en zonas rurales del centro sur y sur austral del país. Aunque con menor prevalencia se presentan otras como leptospirosis, carbunco, brucelosis no melitensis. En el caso de las enfermedades transmitidas por mosquitos el dengue es endémico en el territorio insular de Isla de Pascua.

Factores como la transición epidemiológica, migración poblacional, cambios en los sistemas de producción animal, aumento del intercambio comercial de productos pecuarios (provenientes del ganado), el cambio climático, contaminación ambiental y la aparición de nuevas enfermedades, constituyen factores que aumentan el riesgo de reintroducción de enfermedades ya controladas y emergencia de nuevas patologías.

Por otra parte, las malas condiciones de tenencia de mascotas caninas y la alta presencia de perros abandonados, junto a la situación de rabia en países vecinos, constituye un riesgo permanente de reingreso al territorio nacional de la variante canina. En este escenario, la mantención de las actividades de vigilancia, prevención y control es fundamental para mantener el estatus adquirido.

ENFERMEDADES ZONÓTICAS Y VECTORIALES



META

MANTENER EN O EL NÚMERO DE CASOS AUTÓCTONOS DE DENGUE Y MALARIA, Y LOS CASOS AUTÓCTONOS DE RABIA HUMANA TRANSMITIDA POR EL PERRO.

LOGRAR QUE 95% DE LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO CON ENFERMEDAD DE CHAGAS CONGÉNITA TERMINEN TRATAMIENTO.

.....

Prevención y control de zoonosis y enfermedades transmitidas por vectores

- Lograr que el 100% de los casos de enfermedades transmitidas por animales sean investigados.
- Lograr que la infestación domiciliar de Chagas en zonas endémicas sea menor al 1% de los hogares.

Tamizaje para zoonosis y enfermedades transmitidas por vectores

- Lograr que el 95% de las embarazadas que vivan en zonas endémicas sean tamizadas para enfermedad de Chagas.

Tratamiento de zoonosis y enfermedades transmitidas por vectores

- Lograr que el 95% de los menores de un año con Chagas congénito ingresen a tratamiento farmacológico.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN ELIMINACIÓN



META

MANTENER EN O EL NÚMERO DE CASOS AUTÓCTONOS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN ELIMINACIÓN (POLIOMIELITIS POR VIRUS SALVAJE, SARAMPIÓN, RUBEOLA CONGÉNITA Y CÓLERA).
MANTENER O DISMINUIR LA TRASMISIÓN VERTICAL EN HIJOS DE MUJERES DETECTADAS CON VIRUS DE HEPATITIS B.

Vigilancia epidemiológica

- Un caso de parálisis flácida aguda en personas menores de 15 años por cada 100 mil habitantes.

Capacidad de alerta y respuesta para enfermedades transmisibles

- Lograr que 100% de los contactos de casos importados de sarampión reciban medidas de bloqueo.

Vacunación para enfermedades transmisibles

Lograr que:

- 95% de los niños de un año tengan su esquema de vacunación completo contra la hepatitis B, difteria, tetános, tos convulsiva, H. influenza B.
- 95% de los niños de seis meses cuenten con esquema completo de vacunación contra la poliomielitis.
- 95% de los niños de un año cuenten con esquema de vacunación completo contra sarampión-rubeola.

Prevención, vigilancia epidemiológica, control y manejo clínico de las Hepatitis B y C.

Lograr que:

- 80% de las embarazadas sean estudiadas para Virus Hepatitis B.
- 95% de los hijos de madres cuyo examen es positivo para Hepatitis B, reciba profilaxis de transmisión vertical.
- Disminuir al 0,2% el porcentaje de exámenes de infección por Virus Hepatitis C confirmados por el ISP.

Un logro del sistema de salud chileno es la eliminación de ciertas enfermedades transmisibles endémicas en el país. El sarampión, la rubeola, la poliomielitis y el cólera, han logrado controlarse por medidas de promoción de la salud, mejoras a nivel sanitario, cambios en las conductas de la población, altas coberturas de inmunizaciones y sistema de vigilancia de calidad.

Es así como:

- En 1973 fue registrado el último caso de poliomielitis por virus salvaje en el país.
- No existe circulación endémica de sarampión desde inicios de 1993, registrándose los últimos brotes grandes en 1998 y en el 2011 un brote pequeño, todos asociados a importación del virus (ingresado al país desde otro territorio).
- No existe circulación endémica de rubeola, siendo los últimos brotes en el 2008, asociados a importación (ingresado al país desde otro territorio).
- Los últimos casos autóctonos de cólera corresponden a brotes registrados en la región de Antofagasta a fines de 1997 y principios de 1998. Los casos registrados desde ese último año corresponden exclusivamente a importaciones.

La mantención de la eliminación continúa siendo un reto para el país. Por ello los esfuerzos se han destinado a mantener las altas coberturas de inmunizaciones y aumentar el número de personas vacunadas contra este tipo de enfermedades.

Durante los últimos años se han presentado en la región de las Américas epidemias de cólera y sarampión; Estados Unidos durante el 2014 alcanzó un cifra récord de casos de importación de sarampión (ingresado al país desde otro territorio), la más alta desde que se documentó la eliminación del sarampión en el 2000. Asimismo, en mayo de 2014 la OMS declaró Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional, debido al aumento en la circulación de polio salvaje en países de Medio Oriente y África. El aumento de los vuelos internacionales supone un riesgo de reintroducción de estas enfermedades. Por ello se hace necesario para estas enfermedades, actualmente sin casos y con potencial epidémico, establecer sistemas de vigilancia altamente sensibles que permitan detectar del modo más precoz posible casos importados de estas enfermedades y así evitar su propagación por el país.

En Chile las Hepatitis B y C son un problema de salud pública emergente que pese a presentar una baja endemia, se espera que aumente el número de casos al mejorar la pesquisa en grupos de mayor riesgo, por lo que requiere una estrategia dirigida para prevenir su contagio.

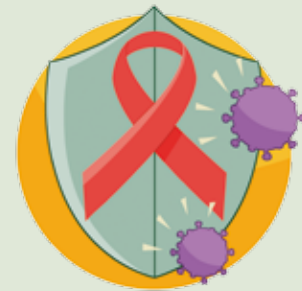
En Chile, la epidemia del VIH/SIDA se concentra mayormente en grupos de la población que por condiciones culturales y sociales presentan mayor vulnerabilidad y riesgo. La prevalencia de VIH estimada en hombres que tienen sexo con hombres es de 15% y en personas transgéneras supera el 30%, mientras que en la población general alcanza a 0,3%. Chile muestra grandes avances en el control de la epidemia, uno de ellos es la garantía en el acceso a tratamiento antirretroviral de alta calidad, cautelada por el Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) desde el 2005. La terapia antirretroviral ha demostrado su mayor eficacia cuando las personas inician el tratamiento antes que se produzca un deterioro clínico e inmunológico, es decir, la efectividad depende del acceso oportuno al mismo, concentrándose el fracaso terapéutico en quienes ingresan tardíamente. Ello representa un desafío mayor, porque en nuestro país una proporción cercana al 40% de las personas que viven con VIH han sido diagnosticadas en una etapa avanzada de la infección.

Por esto se requiere incrementar el acceso al diagnóstico oportuno, la derivación al control y al tratamiento fundamentalmente en personas con mayor probabilidad de tener VIH y que por condiciones de mayor vulnerabilidad social y cultural tienen dificultades para acceder a los servicios de salud. Además, particular importancia reviste la adherencia a control y tratamiento, ya que es una condición central para obtener la efectividad buscada. Un estudio realizado en Chile demostró que las personas que muestran niveles bajos y medios de adherencia es cercana al 30%. El desarrollo de intervenciones focalizadas de apoyo psicosocial permite mejorar estos aspectos, contribuyendo así a la obtención de los objetivos terapéuticos deseados.

La atención integral considera el diagnóstico, control, tratamiento, seguimiento y evaluación del impacto de las estrategias y programas de control implementados. En ella participa un equipo de atención multidisciplinario que entrega servicios en los ámbitos biomédicos (relativos a la medicina) y psicosociales y realiza procesos de coordinación y derivación.

Un estudio reciente realizado en mujeres con VIH en control en la red pública mostró que existe una alta valoración del equipo de atención, pero que persisten situaciones de discriminación, especialmente a personas que viven con VIH pertenecientes a los grupos sociales más afectados. El desafío es entonces monitorear el cumplimiento de todos los ámbitos de la atención, profundizar las estrategias para un diagnóstico y tratamiento más oportuno, capacitar y actualizar permanentemente a los prestadores de salud y adecuar los modelos de atención a las realidades epidemiológicas y culturales actuales de los beneficiarios para propender a una atención integral de calidad.

VIH/SIDA



META

BAJAR LA TASA DE MORTALIDAD DE VIH/SIDA DE 2 A 1 POR CADA 100 MIL HABITANTES.

DetECCIÓN Y TRATAMIENTO A TIEMPO EN GRUPOS VULNERABLES.

Lograr que:

- Al menos 36% de personas que inician tratamiento antirretroviral lo hagan precozmente.
- Al menos 65% de los hombres homosexuales hayan tenido acceso al examen de detección del VIH, alguna vez en la vida.

TRATAMIENTO CONTINUO DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA

Lograr que:

- 97% de las personas que inician tratamiento antirretroviral vivan al menos tres años luego de iniciarlo.
- Al menos 80% de las personas en tratamiento antirretroviral, mantengan niveles de adherencia a las terapias, considerados como altos u óptimos.

ATENCIÓN DE CALIDAD DEL PROGRAMA VIH/SIDA

- Lograr que 24 de los 29 Servicios de Salud dispongan al menos del 90% de las horas médicas señaladas en el modelo de atención para la atención del VIH/SIDA.



ENFERMEDADES CRÓNICAS, VIOLENCIA Y DISCAPACIDAD

EL AUMENTO DE LA EXPECTATIVA DE VIDA y la decreciente tasa de natalidad han modificado la estructura poblacional de Chile, llevándola hacia una transición epidemiológica avanzada, en donde la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad están dadas principalmente por enfermedades crónicas.

Las enfermedades crónicas se caracterizan por ser de un curso prolongado, por la ausencia de resolución espontánea y porque rara vez se curan totalmente. Sin embargo, actuando sobre sus respectivos factores de riesgo pueden ser prevenidas, ya que si fueran eliminados a tiempo podría prevenirse al menos el 80% de las enfermedades del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, la diabetes tipo 2 y el 40% de los cánceres.

La historia natural de estas enfermedades se inicia desde un estado asintomático, progresando luego a una enfermedad con manifestaciones clínicas, posterior deterioro de la funcionalidad y la consecuente aparición de discapacidad. Finalmente, puede desarrollar complicaciones y, en muchos casos, terminar ocasionando la muerte. En cada una de estas etapas es posible establecer medidas terapéuticas destinadas a evitar la progresión de la enfermedad.

El presente Eje Estratégico se circunscribe a la formulación de metas dirigidas a controlar y aminorar las consecuencias de las siguientes enfermedades crónicas: enfermedades cardiovasculares (infarto agudo al miocardio y accidente cerebrovascular), hipertensión arterial, diabetes, enfermedad renal crónica, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, trastornos mentales, discapacidad y salud bucal. Además incluye las lesiones causadas por accidentes y las consecuencias de la violencia de género.

ENFERMEDADES CRÓNICAS, VIOLENCIA Y DISCAPACIDAD

- Compensación de presión arterial en personas hipertensas
- Atención oportuna de personas con enfermedades cardiovasculares
- Atención continua de personas con enfermedades cardiovasculares



+
SOBREVIDA
ANTE INFARTO
Y ATAQUE
CARDIOVASCULAR

- Detección precoz de cáncer en grupos de riesgo
- Tratamiento oportuno de personas con cáncer



-
MORTALIDAD
POR CÁNCER

- Reducción de las complicaciones en personas con diabetes
- Compensación de personas con diabetes mellitus que se atienden en el sector público



-
MORTALIDAD
PREMATURA
POR DIABETES

- Detección temprana de enfermedad renal crónica en pacientes de alto riesgo
- Tratamiento oportuno para prevenir enfermedad renal crónica en pacientes de alto riesgo



-
ENFERMEDAD
RENAL
CRÓNICA

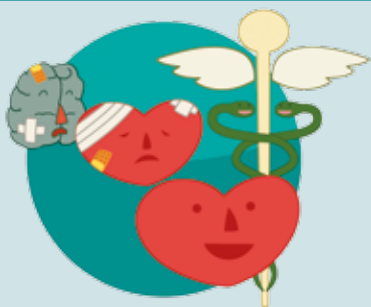
- Atención y detección a tiempo de personas con asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Atención de calidad a personas con asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)



-
MORTALIDAD
POR
ENFERMEDAD
RESPIRATORIA
CRÓNICA



ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES



META

AUMENTAR EN 10% LA SOBREVIVENCIA PROYECTADA DE PERSONAS QUE SUFREN ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

.....

Compensación de presión arterial en personas hipertensas

- Lograr que el 32% de las personas con hipertensión arterial elevada alcancen niveles normales de presión arterial.

Atención oportuna de personas con enfermedades cardiovasculares

Lograr que:

- 25% de las personas de 45 y más años conozcan los síntomas de infarto.
- 10% de las personas de 45 y más años conozcan los síntomas de accidentes cerebrovasculares.
- 80% de las personas de 15 años y más con hipertensión arterial conozcan su condición de salud.
- 60% de las personas de 15 años y más hipertensas reporten estar en tratamiento.

Atención continua de personas con enfermedades cardiovasculares

- Lograr que el 20% de las personas no reingresen al hospital durante los tres meses siguientes a un episodio de accidente cerebrovascular o infarto agudo al miocardio.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en Chile, representando cerca de un tercio de todas las muertes. De estas, las principales causas de mortalidad son las enfermedades cerebrovasculares seguidas por las isquémicas del corazón, que dan cuenta de dos tercios del total de las defunciones del grupo.

Las ECV se deben a la combinación de diferentes factores de riesgo como hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo, sobrepeso, consumo excesivo de alcohol y sedentarismo (ausencia de actividad física). De estos, la hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de mortalidad prematura por estas enfermedades y según la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, el 26,9% de la población chilena mayor a 15 años presenta presión arterial elevada (promedio de tres mediciones mayores a 140/90 mmHg o normotensos -presión arterial normal- pero en tratamiento farmacológico). Del total de estas personas, destaca que 34,9% no conoce su condición y solo 28,7% declara estar en tratamiento con drogas antihipertensivas. Sin embargo, se estima que la reducción de la presión arterial disminuiría el riesgo de infarto agudo al miocardio (IAM) en un 20-25% y de ataque cerebrovascular (ACV) en 35-51%.

En este contexto, la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 propone líneas de acción destinadas a aumentar la sobrevivencia de personas con enfermedades cardiovasculares (ACV e IAM). Entre ellas destaca el manejo de factores de riesgo para aumentar la proporción de hipertensos bajo control compensados y mejorar la cobertura de la población hipertensa beneficiaria.

Para un diagnóstico y tratamiento oportuno de las ECV es importante mejorar las capacidades de los distintos actores involucrados en la identificación de los síntomas del ataque cerebrovascular y del infarto agudo al miocardio, junto con el reconocimiento de estas patologías como una urgencia médica por parte de los prestadores de salud para su manejo terapéutico adecuado.

También se pretende incorporar intervenciones dirigidas a asegurar la coordinación y continuidad del cuidado en el periodo en que el paciente es transferido entre distintos establecimientos o niveles de complejidad, con el fin de disminuir las rehospitalizaciones evitables, las consultas a los Servicios de Urgencia y mejorar el estado funcional y la calidad de vida de las personas.

La disminución de la natalidad, la mortalidad general e infantil, así como el aumento de la expectativa de vida han contribuido a conformar una pirámide poblacional (representación gráfica de la distribución por edad y sexo de la población) en que aproximadamente el 25% de las personas son menores de 15 años de edad y el 15% superan los 65 años de edad.

Esta situación ha determinado que en las últimas décadas haya habido un progresivo aumento de patologías propias de países desarrollados, que por lo general requieren de un alto nivel de complejidad técnica para resolverlos, entre ellas el cáncer.

Desde la década de 1970 el cáncer ocupa el segundo lugar entre las defunciones después de las enfermedades cardiovasculares. A partir de 1945, en que el porcentaje de muertes por cáncer era de 4,1%, la proporción de muertes por dicha enfermedad ha experimentado un sostenido ascenso llegando a constituir en 1985 el 17,2% del total de las muertes, año en el que fallecieron 12.655 personas por cáncer en el país, de estas, 6.410 fueron mujeres (50,7%). Los cánceres más frecuentes son: cáncer del estómago (17,8% de las muertes por cáncer), del pulmón (10,3%), de la vesícula biliar (9,0%), del cuello del útero (6,0%) y de mama (5,6%).

En Chile, el 2012 fallecieron 24.372 personas por tumores malignos, lo que representa el 24,7% del total de defunciones y posiciona al cáncer como la segunda causa de muerte con una tasa observada de 140,1 muertes por 100 mil habitantes después de las enfermedades del sistema circulatorio (156,2 por 100 mil habitantes). El 67,0% de las muertes por cáncer ocurrieron en personas mayores de 65 años de edad.

Durante 2012 la mortalidad por cáncer supera la mortalidad por causa cardiovascular en tres regiones de nuestro país -Arica y Parinacota, Iquique y Antofagasta-. Estimaciones señalan que la mortalidad por esta patología será el doble de su valor actual en la década siguiente, superando a las enfermedades cardiovasculares como primera causa de muerte a nivel nacional.

Debido a esto, las estrategias están destinadas a la prevención. Detectar tempranamente el cáncer para otorgar tratamientos oportunos y eficaces en etapas tempranas, así como también en el desarrollo e implementación de mejores tratamientos terapéuticos para los cánceres avanzados y en progresión, favoreciendo en los pacientes y su entorno mejoras en la calidad de vida.

CÁNCER



META

BAJAR DE 112 A 97,1 POR 100 MIL HABITANTES LA TASA DE MORTALIDAD PROYECTADA POR CÁNCER.

Detección precoz de cáncer en grupos de riesgo

- Lograr un aumento progresivo de 10% en relación con la línea base en la detección precoz de etapas iniciales de cáncer cervicouterino, mama, vesícula, colorrectal y gástrico.
- Lograr que el 80% de las mujeres entre 25 y 64 años de edad realicen su prueba de papanicolaou (PAP) cada tres años.
- Lograr que el 75% de las mujeres entre 50 y 59 años realicen su mamografía de control cada tres años.

Tratamiento oportuno de personas con cáncer

- Lograr aumentar la sobrevida en 10% en relación con la línea base de los cánceres cervicouterino, mama, vesícula, colorrectal y gástrico.

DIABETES MELLITUS



META

MANTENER EN 15,9 POR 100 MIL HABITANTES LA MORTALIDAD POR DIABETES.

.....

Reducción de las complicaciones en personas con diabetes

- Lograr que se reduzcan en 10% los egresos hospitalarios por amputaciones relacionadas a diabetes mellitus (pie diabético).

Compensación de personas con diabetes mellitus que se atienden en el sector público

- Lograr que el 41% de las personas con diabetes mellitus se encuentren compensadas.

La Diabetes Mellitus (DM) es otro de los principales factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares. Según la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, aproximadamente una de cada 10 personas mayores de 15 años sufre de glicemia venosa elevada, afectando en mayor medida a personas mayores, de bajos recursos económicos y con bajos niveles de escolaridad.

De estas personas afectadas por la enfermedad, el 78% conoce su condición; sin embargo solo el 52% declara estar en algún tipo de tratamiento (farmacológico o no farmacológico) y solo 36% logra estar bien controlado con niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) menor a 7%, un buen resultado en el contexto latinoamericano, pero no en comparación a los países desarrollados que logran superar el 50%.

Debido a las características de la DM, las personas que la padecen tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, aumentando su riesgo entre 2 a 4 veces más que una persona no diabética.

Adicionalmente existen otras complicaciones como la retinopatía diabética (ocurre cuando la diabetes daña los pequeños vasos sanguíneos de la retina, que es el tejido sensible a la luz situado en la parte posterior del ojo), complicación de la diabetes y una de las causas principales de la ceguera en adultos entre los 20 y 74 años, mientras que el 35% de los ingresos a hemodiálisis por enfermedad renal crónica terminal corresponde a pacientes diabéticos.

La neuropatía diabética (conjunto de trastornos nerviosos causados por la diabetes) es otra importante complicación presentándose en 60-70% de las personas con DM y se estima que el 40-70% de las amputaciones de extremidades inferiores se relacionan con esta enfermedad.

Hemodiálisis: La función principal de los riñones es eliminar toxinas y líquido extra de la sangre. Si los productos de desecho se acumulan en el cuerpo, puede ser peligroso y causar incluso la muerte. La hemodiálisis -así como otros tipos de diálisis- cumple la función de los riñones cuando dejan de funcionar bien. Durante este proceso, la sangre pasa por un tubo hasta un riñón artificial o un filtro, llamado dializador. A medida que la sangre pasa por un conducto de una parte del filtro, un líquido especial en la otra parte extrae los residuos de la sangre. La sangre luego regresa al cuerpo por medio de un tubo.

Todas estas son situaciones que generan altos costos personales y al sistema de salud. En este contexto, la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 propone líneas de acción para disminuir la mortalidad prematura por DM mediante el incremento de la cobertura efectiva de la patología, es decir, aumentar la proporción de la población diagnosticada con DM bien controlada, junto con reducir las complicaciones en las personas con diabetes.

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud pública por su elevada morbimortalidad y costo. Se estima que el 10% de la población adulta mayor de 15 años en Chile presenta esta patología, la que además absorbe el 22% del presupuesto del Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) producto del costo asociado al tratamiento de la ERC terminal.

Los factores de riesgos más importantes de esta enfermedad son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, responsables del 34% y 12% del ingreso a diálisis, respectivamente. Además, la ERC determina una mayor mortalidad, en particular por enfermedad cardiovascular, especialmente cuando se asocia a otras enfermedades crónicas como las recién mencionadas.

En este contexto, la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 propone líneas de acción destinadas a reducir la progresión de la ERC mediante la detección precoz de esta enfermedad en el grupo de alto riesgo (personas con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus) para revertir o prevenir su progresión. Asimismo, la prioridad en el manejo de los pacientes con ERC debe centrarse en mejorar la cobertura de tratamiento iniciando terapias en etapas precoces.

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA



META

**BAJAR DE 8,2 A 6,8 POR CADA
100 MIL HABITANTES LOS
NUEVOS CASOS PROYECTADOS DE
TRATADOS CON HEMODIÁLISIS.**

Detección temprana de enfermedad renal crónica en pacientes de alto riesgo

- Lograr que el 80% de las personas con diabetes se realicen examen diagnóstico de enfermedad renal crónica.

Tratamiento oportuno para prevenir enfermedad renal crónica en pacientes de alto riesgo

- Lograr que el 90% de las personas en programas de salud cardiovascular y que padecen enfermedad renal crónica en las etapas 1 a 4 reciban tratamiento.

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS



META

BAJAR DE 15,7 A 13,2 POR 100 MIL HABITANTES LA TASA DE MORTALIDAD PROYECTADA POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS.

.....

Atención y detección a tiempo de personas con asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

- Lograr que el 5% de la población menor de 20 años registrada como bajo control en sala de Infección Respiratoria Aguda (sala IRA) cuente con diagnóstico de asma confirmado.
- Alcanzar que el 70% de los pacientes ingresados al programa respiratorio con diagnóstico de asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica mejoren su puntaje de calidad de vida a los 12 meses respecto de lo evaluado a su ingreso.

Atención de calidad a personas con asma y EPOC

- Lograr que el 5% de la población de 20 años y más, inscrita validada y bajo control en sala de Enfermedades Respiratorias del Adulto (sala ERA) cuente con diagnóstico EPOC.

Las Enfermedades Respiratorias Crónicas se caracterizan por su elevada demanda asistencial, producto de las complicaciones y exacerbaciones frecuentes, como crisis obstructivas y neumonías, entre otras.

En Chile las consultas más frecuentes por patologías respiratorias crónicas son el asma en todas las edades y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en los mayores de 45 años y las sibilancias (sonido silbante y chillón durante la respiración, que ocurre cuando el aire se desplaza por los conductos respiratorios estrechos en los pulmones) recurrentes (SBOR) en el menor de 5 años. Los síntomas característicos de estas patologías son tos periódica permanente por más de 30 días, expectoración (secreciones provenientes de las vías aéreas que se eliminan por la boca) o sonido silbante producido por risa, esfuerzo u olores irritantes en ausencia de resfrió, dificultad en realizar actividades diarias habituales por ahogo o dificultad en la respiración.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, aproximadamente 24,5% de la población sufre de síntomas respiratorios crónicos, situación que aumenta con la edad de la población concentrándose sobre todo en personas de 65 y más años de edad, de niveles socioeconómicos bajos y con un menor nivel educativo.

Al 2014 solo 2,5% de la población inscrita en Atención Primaria se encontraba bajo control en los programas de Salud Respiratoria. Esto señala que para mejorar la calidad de vida de las personas con síntomas respiratorios crónicos se requiere mejorar el diagnóstico temprano y mejorar el acceso a tecnologías terapéuticas que permitan restaurar la funcionalidad del individuo.

La salud mental constituye un reflejo de la sociedad, ya que expresa la capacidad de esta de generar, o no, bienestar en las comunidades y personas que la integran.

Las enfermedades mentales constituyen la principal carga de enfermedad y discapacidad en la población. Algunas de ellas tienen un curso crónico, y muchas otras pueden evolucionar a la cronicidad si no son detectadas y tratadas oportuna y adecuadamente.

Entre las enfermedades mentales que más afectan a la población se encuentran los trastornos hipercinéticos y de la atención (asociados o no a trastornos de las emociones o de la conducta, es el problema de salud mental más frecuente de las niñas, niños y adolescentes en edad escolar), la depresión, la dependencia del alcohol y drogas, la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

Los trastornos mentales comunes, como la depresión, ansiedad y consumo de sustancias son muy sensibles a los determinantes sociales, y afectan con más frecuencia a las personas que viven en contextos de pobreza y a los grupos vulnerables de la sociedad, con un notorio componente de género.

La manera en que protegemos a los niños, niñas y adolescentes de sufrir violencia y abuso y enfrentamos la violencia de género, así como el modo en que se organizan los contextos educativos, laborales y normativos para el cumplimiento de los derechos, puede influir de gran manera en la salud mental de la población. Ello nos obliga a actuar preventivamente con un enfoque intersectorial.

Pero también es importante enfocar los esfuerzos en aquellas personas que padecen algunas de estas patologías para detectar lo más tempranamente posible el trastorno y facilitar el acceso oportuno a tratamiento.

Es necesario acercar los servicios a las comunidades y mejorar la calidad de los tratamientos, potenciando las acciones psicosociales y comunitarias, con lo que se espera incrementar efectividad y adherencia en el tratamiento de patologías de curso persistente, como esquizofrenia y trastorno bipolar y aumentar el porcentaje de altas clínicas en trastornos comunes de salud mental, evitando su cronificación.

Es fundamental también trabajar para disminuir las barreras que el medio impone a las personas con trastornos mentales, de modo que estas tengan una participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. La inclusión social de las personas con discapacidad mental es un imperativo de derechos humanos ineludible, donde el conjunto de la sociedad es responsable.

SALUD MENTAL



META

DISMINUIR A 3 DE CADA 10 EL NÚMERO DE PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD MENTAL QUE REPORTAN DIFICULTADES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

DISMINUIR 15% EL PROMEDIO DE DÍAS DE LICENCIA MÉDICA ASOCIADA A UN TRASTORNO MENTAL.

Atención oportuna de personas con problemas de salud mental

Lograr que:

- 20% de los niños o adolescentes inscritos en consultorio que tengan trastornos hipercinéticos, reciban tratamiento.
- 50% de las personas inscritas en consultorio que tengan depresión reciban tratamiento.
- 12% de las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud (FONASA) que tengan trastorno bipolar se mantengan en tratamiento.
- 30% que tengan esquizofrenia, se mantengan en tratamiento.

Tratamiento de calidad de personas con problemas de salud mental

- Disminuir en 35% el número de personas que abandonan el tratamiento de esquizofrenia.
- Disminuir en 30% el número de personas que abandonan el tratamiento por trastorno bipolar.
- Aumentar a 23% el número de personas bajo control por depresión que egresan de tratamiento por alta clínica.

Inclusión social de personas con discapacidad de origen mental

- Aumentar en 30% el número de personas con esquizofrenia, que se mantienen en tratamiento.

DISCAPACIDAD



META

BAJAR 3 PUNTOS EL PROMEDIO DE PUNTAJE DE DISCAPACIDAD.

.....

Atención oportuna a personas en situación de discapacidad

Esperamos lograr progresivamente al año 2020 que:

- 70% de las personas con diagnóstico de ataque cerebrovascular que egresan de rehabilitación nivel hospital y que son derivados a su consultorio ingresen a rehabilitación.
- 80% de los niños entre 0 y 2 años con diagnóstico de déficit sensorial auditivo ingresen a rehabilitación.

Inclusión de las personas con discapacidad

- Lograr que el 80% de los usuarios entre 20 y 60 años de la red de rehabilitación de atención primaria con Plan de Tratamiento Integral (PTI) Laboral cumplan los objetivos de habilitación y rehabilitación para el trabajo.

Atención de calidad a personas en situación de discapacidad

- Esperamos que el 90% de las actividades de difusión relacionadas con discapacidad y rehabilitación en la red de salud se destinen a la divulgación de la guía de práctica clínica en esta temática.

Atención a cuidadores

- Esperamos que el 50% de las actividades de rehabilitación en el consultorio se destinen a entregar conocimientos y destrezas personales para cuidadores de personas con discapacidad.

La discapacidad se define como la interacción negativa entre el individuo con una determinada “condición de salud” (un diagnóstico determinado) y sus factores contextuales, personales y ambientales (los rasgos de personalidad, la actitud de una comunidad hacia la diversidad, las características de accesibilidad de edificios y transporte público, etc.).

Es así que discapacidad es un término genérico que hace referencia a deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación.

En este marco es que las personas en situación de discapacidad (PSD) requieren de procesos de rehabilitación integral, cuya cobertura y calidad permita satisfacer sus necesidades de atención. La rehabilitación ha de ser oportuna, y desarrollarse por medio de los diferentes niveles de la red y en razón del curso de vida, con la intensidad que cada momento requiere y guiada por equipos multidisciplinarios.

Como acciones iniciales que aseguren calidad de atención en salud y den pie a que esta sea precoz e intensiva se requiere que los establecimientos de salud de atención terciaria cuenten con horas de Médico Fisiatra asignadas desde la Unidad de Paciente Crítico, además de un equipo multidisciplinario, considerando que las tareas tanto en el nivel hospitalario como en el nivel comunitario deben ser fundamentadas en Guías de Práctica Clínica y Orientaciones Técnicas basadas en la mejor evidencia disponible.

Para prevenir y tratar la discapacidad en la población que se atiende en la atención primaria de salud (APS) se han instalado tres estrategias: las Salas de Rehabilitación de Base Comunitaria o Centros Comunitarios de Rehabilitación (RBC); Salas de Rehabilitación Integral, y Equipos Rurales, con el objeto de atender problemas agudos en etapas iniciales, por ejemplo: artritis y artrosis, problemas crónicos orientados a la inclusión social.

La estrategia en APS corresponde a un abordaje poblacional de la discapacidad, y la instalación de la rehabilitación en los hospitales desde la etapa aguda de la enfermedad discapacitante, ha permitido organizar una red de servicios de cuidados continuos y diferenciados por grados de complejidad.

Los equipos de rehabilitación de APS tienen como tarea prioritaria apoyar a los cuidadores de personas con dependencia, considerando que estos son una población que usualmente sufre de una sobrecarga tanto física como emocional, situación que de no abordarse oportunamente es conducente a discapacidad.

El objetivo final de la rehabilitación es la inclusión social, laboral, escolar y la participación en la sociedad de las personas en situación de discapacidad, es por ello que los equipos de rehabilitación orientan su intervención hacia la habilitación y rehabilitación para el trabajo, y se apoyan en la red local intersectorial o de organizaciones sociales para alcanzar la participación en la comunidad.

Las enfermedades bucales son las enfermedades crónicas más comunes y son un importante problema en el país por el número de personas que las sufre y por el alto costo de su tratamiento. En Chile las patologías más frecuentes son la caries, la gingivitis y las anomalías dentomaxilares.

La información disponible indica que a los 2 años el 17% de los niños presenta caries, aumentando esta proporción a 50% a los 4 años y alcanzando el 70% en los niños de 6 años. Por otro lado, el 62% de los jóvenes de 12 años presenta esta enfermedad, siendo más afectados aquellos de nivel socioeconómico bajo y que viven en zonas rurales.

Para poder abordar este problema, y como resultado de la evidencia y análisis del programa de Salud Bucal basado en la equidad, surge el Modelo de Intervención de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades Bucales. Este modelo incluye el trabajo con el sector educacional, centrado en párvulos y escolares, con enfoque de salud familiar y comunitaria. Es así que para poder implementar las estrategias del Modelo se instala la Mesa Nacional Intersectorial de Salud Bucal, donde participan el Ministerio de Educación (MINEDUC), JUNTA Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), Fundación Integra, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), Universidades y Ministerio de Salud (MINSAL), siendo esta una instancia de coordinación para la planificación, ejecución y evaluación de actividades a desarrollar para el cumplimiento de las metas acordadas. A su vez, en cada región se forman Mesas Intersectoriales donde participan los referentes de cada institución del nivel regional.

Por lo demás, a partir de 2015 el programa presidencial Sembrando Sonrisas establece una población bajo control, aumentando la cobertura y la calidad de las intervenciones de salud bucal realizadas en párvulos y escolares, como acceso a elementos de higiene oral y a fluoruros para prevenir las caries.

Además se está capacitando a profesionales y técnicos de los centros de salud para reconocer alteraciones de la boca y los dientes y educar a los padres durante el control de salud del niño o niña. En este mismo contexto se están actualizando los conocimientos de los odontólogos para mantener a la población sana y recuperar la salud bucal de aquellos que la hayan perdido, considerando los factores familiares, sociales y culturales, logrando así satisfacer las necesidades y expectativas de la comunidad.

SALUD BUCAL



META

LOGRAR QUE EL 40% DE LOS NIÑOS DE 6 AÑOS ESTÉN LIBRES DE CARIES. DISMINUIR A 1,9 EL NÚMERO DE DIENTES CON DAÑO POR CARIES EN LOS JÓVENES DE 12 AÑOS QUE ASISTEN A ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES MUNICIPALIZADOS.

Prevención de enfermedades bucales en niños y escolares

Lograr que:

- 95% de niños y niñas de 2 a 5 años matriculados en establecimientos de educación parvularia (JUNJI, INTEGRA y municipales) reciban cepillo y pasta dental anualmente.
- 80% de niños y niñas de 2 a 5 años matriculados en establecimientos de educación parvularia (JUNJI, INTEGRA y municipales) reciban 2 aplicaciones de flúor barniz al año.
- 80% de los centros de atención primarias de salud (Centro de Salud Familiar – CESFAM, Establecimiento Menor Complejidad – EMENC, Consultorio General Urbano – CGU, Consultorio General Rural – CGR) cuenten con equipos de salud capacitados (en forma acumulada) en componente de salud bucal en control de niño sano.

ACCIDENTES DEL TRÁNSITO



META

BAJAR DE 1,19 A 0,70 POR 100 MIL HABITANTES LA MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL.

BAJAR DE 1,19 A 0,45 POR 100 MIL HABITANTES LA MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO ASOCIADOS A VELOCIDAD IMPRUDENTE.

.....

Disminución de los factores de riesgo de causas de accidentabilidad atribuibles a condiciones de salud del conductor y/o de limitaciones o discapacidades asociadas a ellas.

- Lograr que el 95% de los conductores fiscalizados al azar con alcotest resulten negativos.
- Reducir a 50% los siniestros de tránsito por consumo de drogas o fatiga en la conducción.
- Reducir a 50% los siniestros de tránsito por pérdida de control del vehículo.

Fortalecimiento de los sistemas de rescate

- Lograr que todos los Servicios de Salud (29) cuenten con 1 ambulancia avanzada por cada 70 mil habitantes, y una ambulancia básica por cada 50 mil habitantes.

El total de accidentes del tránsito atribuibles a ebriedad del conductor ha aumentado de 4 a 5 siniestros entre el 2005 y 2014. Sin embargo, la mortalidad y la letalidad por accidentes de tránsito asociados a efectos del alcohol en el conductor ha disminuido significativamente a partir de los cambios legislativos y de las estrategias públicas, implementadas a partir de 2012, trabajadas de manera conjunta con Carabineros, Ministerio de Transportes (Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito - Conaset), Ministerio del Interior (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol - Senda) y Ministerio de Salud (Servicio de Atención Médica de Urgencia - Samu).

Estas medidas se han centrado en reducir la alcoholemia legalmente permitida a menos del 0,3%, el incremento sustancial de las sanciones a los infractores, la intensificación de la fiscalización con alcoholest en las calles y la entrega de información a la población con el objetivo de disuadir la conducción de vehículos si se ha consumido alcohol en las horas previas.

La mantención de estos resultados es dependiente de múltiples factores, como la continuidad y adaptación de las políticas en el tiempo, por lo que es importante destinar acciones que las refuercen y así lograr que se produzca una disminución del consumo de alcohol por parte de conductores.

Además, es importante contar con sistemas de rescate que acudan a tiempo ante un accidente de tránsito y que dispongan de un sistema de salud que brinde atención a las personas para reducir la mortalidad y disminuir las secuelas graves.

En la actualidad solo es posible atender cerca del 52% de las necesidades reales por atención prehospitalaria en el país. Esto se debe a las grandes brechas que el sistema prehospitalario actual posee: solo cumple con el 51% del estándar nacional de una ambulancia básica cada 50.000 y una avanzada por cada 70.000 habitantes, y el 67% del estándar nacional respecto de Recurso Humano especializado.

Es prioritario reforzar la atención en los primeros minutos de ocurrido un incidente que atenta en contra de la sobrevivencia de una persona, ya sea por factores ambientales externos (accidentes, desastres, catástrofes naturales, incendios, etc.) como por aquellos derivados de las enfermedades cuyo pronóstico depende estrechamente del tiempo que transcurre hasta que se recibe atención médica (cerebrovasculares e isquémicas del corazón). Por lo anterior, se busca avanzar hacia llegar a un estándar nacional de un móvil avanzado cada 70.000 habitantes a lo largo del territorio nacional, exceptuando las zonas aisladas y de baja densidad poblacional, las que tendrán la cantidad de móviles necesarios de acuerdo con su dispersión geográfica.

La violencia de género es aquel acto de violencia ejercido contra cualquier persona sobre la base de su sexo o género que produzca o pueda producir muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psíquico. Incluye también las amenazas de violencia y la restricción o privación de libertad, tanto si se produce en el ámbito público como en el privado. Mayoritariamente se ejerce desde un hombre hacia una mujer, lo que da cuenta de las relaciones de poder entre los géneros vigentes en nuestra cultura.

La violencia intrafamiliar (VIF) hacia las mujeres es una expresión de la violencia de género y está penalizada por la Ley 20.066. En Chile, y según datos de la Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales del Ministerio del Interior (2013), el 31% de las mujeres entre 15 y 59 años que han tenido alguna relación de convivencia han sufrido violencia intrafamiliar. De estas, 30% sufrieron violencia psicológica, 15% violencia física y 6% violencia sexual.

Según ese Ministerio, en 2014 hubo 131.354 denuncias por VIF, de estas 103.708 corresponden a denuncias por violencia hacia mujeres. La Fiscalía Nacional informa que ese año ingresaron al sistema judicial 104.038 mujeres víctimas de VIF por amenazas, lesiones, maltrato habitual, delitos sexuales y femicidios, que es la expresión más extrema de la violencia contra la mujer.

Diversos estudios señalan que las mujeres víctimas de violencia demoran en promedio 7 años en denunciar lo que están sufriendo, y que cuando acuden a un servicio de salud lo hacen para consultar por motivos distintos a la situación de violencia que viven. En este contexto, la detección temprana por los equipos de salud requiere una pesquisa activa, derivar el caso con prontitud y mejorar la atención mediante un tratamiento integral, accesible y eficaz.

Hoy, la violencia de género es vivida mayoritariamente por niños y niñas, adolescentes, mujeres, personas adultas mayores y de la diversidad sexual. Por ello se requieren acciones permanentes de prevención y promoción de una vida libre de violencia a lo largo de todo el ciclo de vida.

La evidencia internacional recomienda iniciar la prevención de la violencia de género en las primeras etapas de vida, promoviendo entre niños y niñas relaciones de respeto e igualdad, y entregando herramientas para la solución no violenta de conflictos. Asimismo, para lograr un progreso rápido y sostenido, el trabajo con jóvenes en prevención de la violencia de género es fundamental, ya que es en estas etapas de la vida cuando se forman valores, normas, actitudes y comportamientos de no discriminación e igualdad de género.

Eradicar la violencia contra las mujeres supone un cambio social y cultural; y para ello las políticas públicas debieran ser una herramienta eficaz.

VIOLENCIA DE GÉNERO



META

DISMINUIR A 8% LA CANTIDAD DE MUJERES, ENTRE 15 Y 25 AÑOS, Y A 6,8% LA CANTIDAD DE MUJERES, ENTRE 26 Y 65 AÑOS, QUE REPORTAN HABER VIVIDO VIOLENCIA DE GÉNERO POR PARTE DE SU PAREJA O EXPAREJA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.

Mejorar la prevención en distintas etapas del curso de vida

- Aumentar a 40% las personas sensibilizadas en talleres preventivos de violencia de género a lo largo del curso de vida.

Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género

- Aumentar a 40% los "egresos por alta clínica" del programa de Atención Integral por violencia de género.
- Disminuir a 15% los "egresos por abandono" del programa de Atención Integral por violencia de género.
- Aumentar a 10% la derivación de gestantes víctimas de violencia de género detectadas en Escala de Evaluación Psicosocial Abreviada EPSA hacia el programa de Atención Integral por violencia de género.



HÁBITOS DE VIDA

LOS HÁBITOS DE VIDA de un individuo y de un grupo influyen en el estado de su salud, pudiendo ser factores protectores o de riesgo. Se adquieren principalmente en edades tempranas, y están influenciados por el entorno social y ambiental de las personas. Dentro de uno de sus ejes de trabajo, la promoción de la salud apela al desarrollo de hábitos de vida saludables, siendo que su fin último es “crear capacidades para que los individuos y comunidades ejerzan un mayor control sobre los determinantes de la salud y de este modo puedan mejorarla” (OMS, 2005), y así aumentar sus factores protectores de la salud, en desmedro de los factores de riesgo.

Los factores de riesgo son cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que pueda aumentar su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (OMS, 2002). Se identifican tres tipos de factores de riesgo para la salud: los biológicos, conductuales y los psicosociales. Algunos de los principales son la conducta sexual insegura, el consumo de alcohol, drogas y tabaco, la actividad física, sedentarismo (ausencia de actividad física) y obesidad. Estos se abordan en el presente eje, y son adquiridos, en gran medida, en el proceso de socialización de las personas.

Es esencial notar que todos estos factores de riesgo constituyen parte importante de la carga de enfermedad de Chile: 1 de cada 10 muertes es atribuible al consumo de alcohol; 1 de cada 11 muertes es por sobrepeso u obesidad; 1 de cada 11 muertes es atribuible al tabaquismo. Sin embargo, todos estos factores se trata de riesgos evitables, que se deben abordar desde las políticas públicas.

El desafío pasa por lograr cambios en la conducta de los individuos hacia hábitos de vida más saludables, con más factores protectores, y que disminuyan la prevalencia de los factores de riesgo. Esto requiere de estrategias vinculadas a la prevención y promoción, anticipándose al desarrollo de la enfermedad en pos del aumento del bienestar y calidad de vida. En esta tarea, el trabajo conjunto entre distintos sectores de la sociedad adquiere gran importancia, así como tener un criterio de focalización que tienda a corregir las inequidades relacionadas con los determinantes sociales de la salud.

En este escenario se debe poner de relieve el rol de los municipios como ejecutores de políticas públicas y como gestores de desarrollo local en salud. También el de las instituciones educacionales, las que al ser espacios de aprendizaje y convivencia se pueden constituir junto a los lugares de trabajo en instancias promotoras de salud.

HÁBITOS DE VIDA

42

- Fiscalización para el cumplimiento de la Ley del Tabaco
- Consejerías breves para cesar consumo de tabaco



—
CONSUMO DE
TABACO

- Detección de consumo de riesgo de alcohol en jóvenes
- Intervenciones de prevención de consumo de riesgo de alcohol en jóvenes
- Trabajo intersectorial para tratar consumo de riesgo de alcohol



—
CONSUMO
DE RIESGO DE
ALCOHOL

- Detección del consumo de drogas
- Intervención preventiva del consumo de drogas

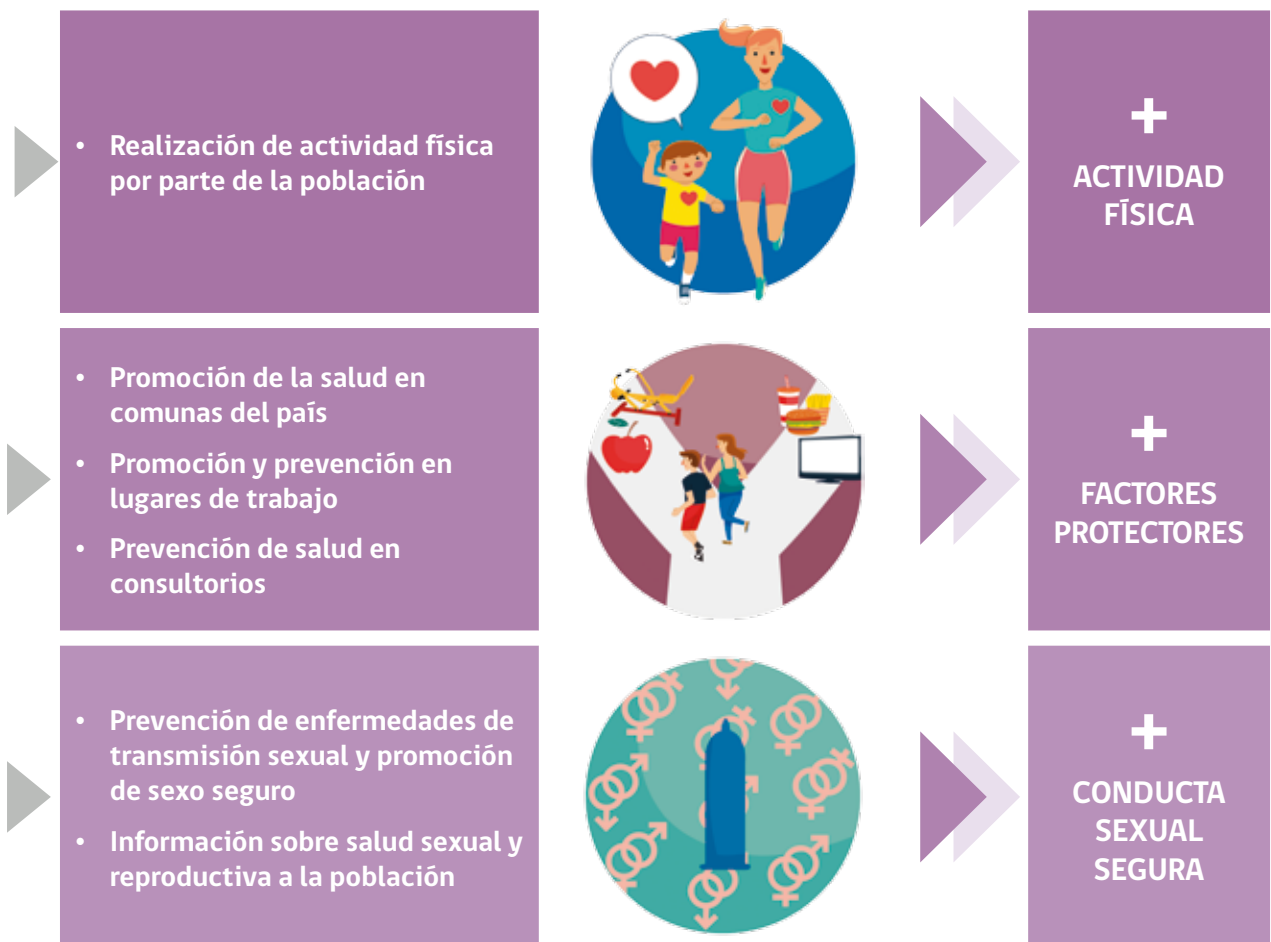


—
CONSUMO
DE DROGAS
ILÍCITAS

- Promoción de los factores protectores que cuidan de la obesidad a los niños
- Prevención de factores de riesgo de la obesidad infantil



—
OBESIDAD
INFANTIL



CONSUMO DE TABACO



META

BAJAR A 35% EL CONSUMO DE TABACO EN POBLACIÓN DE 12 A 64 AÑOS Y MÁS.

.....

Fiscalización para el cumplimiento de la Ley del Tabaco

- Lograr que 20% de los recintos cerrados de uso público (restaurantes código Clasificación Industrial Internacional Uniforme - CIUU 552010) sean fiscalizados.

Consejerías breves para cesar consumo de tabaco

- Lograr que el 3% de las atenciones de salud en establecimientos de atención primaria cuenten con consejerías breves en tabaco.

En Chile, el tabaquismo constituye un grave problema de salud pública, es el país de las Américas con la mayor prevalencia de consumo de tabaco tanto en jóvenes como en adultos. Datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del Ministerio de Salud (MINSAL año 2010) señalan que la prevalencia actual de tabaquismo es de 40,6% en los rangos entre 15 y 65 años y más, en población general. En cuanto a la mortalidad, el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del MINSAL señala que entre 1985-2010 se produjeron 322.500 muertes atribuibles al tabaco. Dichas muertes se deben a diversas causas, como cáncer al pulmón, tráquea, bronquios y vejiga, enfermedad isquémica, enfermedad cerebrovascular, bronquitis aguda y crónica.

El tabaquismo genera un costo directo anual de salud por sobre un billón de pesos, lo que equivale al 0,8% del monto del producto interno bruto (PIB) del país y al 11,5% del monto que Chile gasta en salud anualmente.

En este contexto, con el propósito de detener el avance del consumo de tabaco y proteger a la población de la exposición al humo de tabaco de segunda mano, se considera oportuno y necesario promover el desarrollo de ambientes libres de humo de tabaco en nuestro territorio, para ello se han seguido las orientaciones basadas en la evidencia internacional acumulada, recogida y emanada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), dentro de estas se encuentra la cesación del hábito tabáquico y la fiscalización de la legislación vigente.

El alcohol es el primer factor de riesgo que causa más muerte o discapacidad en Chile. Según el Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible para nuestro país (MINSAL-PUC, 2007), el consumo de alcohol se vincula con el 12,4% de los años de vida saludables perdidos por muerte o discapacidad.

El consumo de alcohol de riesgo (beber en la misma ocasión 4 o más tragos en hombres y 3 o más tragos en mujeres, o bien, alcanzar intoxicaciones frecuentes) constituye un área prioritaria, debido a que gran parte de las muertes y las discapacidades se asocian a este tipo de consumo y no solo a los trastornos por consumo de alcohol (consumo perjudicial o dependencia). Adolescentes y jóvenes, así como hombres, son los grupos poblacionales más propensos a este tipo de consumo.

El sector salud establece aproximaciones dirigidas a todo el continuo del consumo, desde la abstinencia hasta los trastornos por consumo de alcohol. Respecto de los trastornos por consumo de alcohol organiza redes y formas de atención y tratamiento, procurando condiciones de cobertura y calidad homólogas a las definidas para trastornos mentales.

Además de las acciones propiamente sanitarias, se requiere de una política pública frente al alcohol. La "Estrategia Nacional sobre Alcohol: para reducir las consecuencias sociales y sanitarias" (MINSAL, 2010), incluye recomendaciones para acciones multisectoriales sustentadas en la evidencia científica, y propone intervenciones agrupadas en 9 líneas de acción, algunas orientadas a ejercer controles más efectivos (precios e impuestos, expendio, publicidad), otras sobre conductas y consecuencias asociadas (conducción de vehículos).

Desde la acción sanitaria, la efectividad de las intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo es bien conocida y está muy documentada, incluyendo subgrupos de edad, sexo y condición social. Para implementarlas, desde 2011 se desarrolla el Programa de Intervenciones Breves en Alcohol, realizado en establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS), que en 2014 alcanzó 132 comunas y con una cobertura anual de 500.000 consultantes.

El Programa incluye tamizaje del nivel de riesgo del consumo de alcohol, utilizando el instrumento AUDIT (Test de Identificación de los Trastornos por Consumo de Alcohol) y la implementación de intervenciones adecuadas a los niveles de riesgo: mínimas para consumo de bajo riesgo, breves para consumo de riesgo, derivación asistida para posible consumo perjudicial o dependencia.

Las intervenciones pueden ser realizadas tanto por profesionales como técnicos, en el marco de acciones regulares de salud, como examen de medicina preventiva, control de embarazo, control de enfermedades crónicas y consultas de morbilidad de adolescentes y otras.

CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL



META

BAJAR A 13,6% EL CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL EN POBLACIÓN DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD.

Detección de consumo de riesgo de alcohol en jóvenes

- Lograr que al 10% de las personas entre 15 y 24 años de edad, inscritas en centros de salud de atención primaria, se les aplique instrumentos de tamizaje para detectar consumo de riesgo de alcohol.

Intervenciones de prevención de consumo de riesgo de alcohol en jóvenes

- Lograr que el 10% de las personas entre 15 y 24 años de edad, inscritas en centros de salud de atención primaria que han tenido tamizaje, reciban intervención breve para reducir su consumo.

Trabajo intersectorial para tratar consumo de riesgo de alcohol

- Lograr que 7 de las 15 SEREMI de Salud del país desarrollen al menos dos líneas de acción de la Estrategia Nacional de Alcohol.

CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS



META

BAJAR A 7,8% EL CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS EN PERSONAS ENTRE 15 Y 24 AÑOS DE EDAD.

Detección del consumo de drogas

- Lograr que al 10% de las personas entre 15 y 24 años, inscritas en centros de salud de atención primaria, se les aplique instrumentos de tamizaje para detectar consumo de drogas ilícitas.

Intervención preventiva del consumo de drogas

- Lograr que el 50% de las personas entre 15 y 24 años, inscritas en centros de salud de atención primaria, que consumen drogas y han tenido tamizaje, reciban intervención motivacional para reducir su consumo.

El consumo de drogas ilícitas es un problema de salud pública que requiere de la acción multisectorial además de la participación de toda la red de salud.

El aumento en la prevalencia del consumo de marihuana y la disminución en la percepción de riesgo asociada es una tendencia mantenida desde años previos a 2011. Ello se repite, aunque en menor medida, en el caso de la cocaína (prevalencia año 2013 de 3,6%; 0,4% mayor que en el 2011) y también en el consumo de pasta base (prevalencia año 2013 de 2,3%; 0,3% mayor que en el 2011).

La población adolescente requiere de especiales esfuerzos. Entre los escolares de octavo básico se observa un aumento significativo de 5,2 puntos porcentuales en el consumo de marihuana en relación con el 2011 (10,5% de los estudiantes de octavo básico consumían marihuana en 2011 y 15,7% en 2013). Este incremento es aún mayor en los niveles de enseñanza media. Este fenómeno va acompañado de una disminución de la percepción de riesgo del consumo experimental y frecuente de marihuana (18,4% y 28,8% respectivamente) en este nivel.

Así como para el consumo de alcohol, el abordaje del consumo de drogas ilícitas implica acciones sobre todo en el continuo del consumo, desde la abstinencia hasta los trastornos por consumo. Frente a estos últimos, se organizan redes y formas de atención y tratamiento, procurando condiciones de cobertura y calidad homogéneas a la atención que se provee para los trastornos mentales.

En el campo de los consumos que no constituyen trastornos y no requieren tratamiento se precisan acciones multisectoriales y de salud, que están dirigidas no solo a evitar que se generen trastornos, sino a evitar algunos daños sociales y sanitarios directamente relacionados con las diversas formas de consumo. Los grupos priorizados que representan mayores riesgos y daños asociados por el consumo de drogas ilícitas son los adolescentes y las mujeres embarazadas.

La detección e intervención temprana es fundamental. Los adolescentes que son atendidos en Atención Primaria de Salud, así como las mujeres ingresadas a control de embarazo, deben recibir acciones de detección de consumos de drogas, e intervenciones adecuadas a los niveles de riesgo o compromisos asociados a sus formas de consumo. Las intervenciones breves y la derivación asistida para adultos, según corresponda, así como las intervenciones motivacionales y de derivación y acompañamiento, para adolescentes, resultan centrales.

Además, la articulación con estrategias intersectoriales es esencial. Un ejemplo de esto es la reciente iniciativa "Aulas de Bienestar", en la que el SENDA, MINSAL y MINEDUC se integran para implementar un modelo educacional enfocado en niñas, niños, adolescentes y jóvenes, que articula intervenciones de promoción y prevención de salud. Es necesario también implementar las acciones preventivas dentro de la acción propia de otros sectores como educación, trabajo y los municipios.

Chile ha experimentado importantes cambios epidemiológicos en los últimos 10 años, con un aumento importante en la prevalencia de malnutrición por exceso (obesidad y sobrepeso): 10% de obesidad en menores de 6 años, 25% de obesidad en primero básico, y 60% de exceso de peso en mayores de 15 años (MINSAL-DEIS, 2015; MINSAL, ENS, 2009-2010; JUNAEB, 2013).

El estudio de carga de enfermedad realizado en población chilena (2007) mostró que el 81% de los años de vida saludable perdidos son atribuibles a enfermedades no transmisibles, siendo el exceso de peso una de las primeras causas para este tipo de enfermedades, junto a la hipertensión arterial. El estudio concluye que en Chile 1 de cada 11 muertes es atribuible al sobrepeso y obesidad, de lo que se desprende que en nuestro país muere 1 persona obesa por cada hora (MINSAL-PUC, 2007).

En relación con el consumo de alimentos, la Encuesta Nacional de Consumo Alimentario (ENCA 2010) demostró un bajo grado de cumplimiento de las recomendaciones alimentarias chilenas, solo el 14% de la población cumple con tres o más guías de alimentación saludable, mientras que 64% no las cumple; y 95% de la población chilena requiere cambios en su dieta. Respecto de la lactancia materna, importante factor protector (son aquellos recursos personales, sociales e institucionales que promueven el desarrollo exitoso del adolescente o que disminuyen el riesgo de que surja un desarrollo alterado) de enfermedades no transmisibles, en Chile actualmente un 44,5% de los niños tiene lactancia materna exclusiva al 6º mes de vida (MINSAL-DEIS 2014).

En términos de los factores determinantes de la salud, en la Asamblea General de las Naciones Unidas 2011 se planteó que la pobreza, la distribución desigual de la riqueza, la falta de educación, la rápida urbanización y el envejecimiento de la población, así como factores económicos, sociales, de género, políticos, culturales y ambientales, son los más relevantes en la creciente incidencia y prevalencia de enfermedades no transmisibles (OPS-OMS O. P., 2011; Olivares, y otros, 2011; Galizzi, 2013; Uauy & Carmuega, 2012). Desde este enfoque, estos problemas de salud no solo responden al actuar individual, sino más bien al contexto sociocultural y a los entornos que rodean a las personas.

Frente a esta realidad y contexto, la Organización Mundial de la Salud -OMS (2009) propuso los principios de acción para subsanar las desigualdades sanitarias y mejorar la salud de toda la población de forma equitativa; entre estos principios establecen que para mejorar las condiciones de vida es necesario modificar los ambientes en que se desarrollan las personas, para ello instan a los gobiernos a desarrollar políticas públicas costo-efectivas, como medidas fiscales y regulatorias (OMS - OPS, 2014; OMS, 2009; 2010; Healthy Choices 2010 OCDE).

OBESIDAD INFANTIL



META

DISMINUIR O MANTENER EL PORCENTAJE DE OBESIDAD EN NIÑOS PERTENECIENTES A ESTABLECIMIENTOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN 9,6%.

Promoción de los factores protectores que cuidan de la obesidad a los niños

Lograr que:

- La lactancia materna exclusiva al sexto mes de vida en niños y niñas bajo control llegue al 50%.
- Mantener en 64% el porcentaje de niños y niñas menores de 6 años pertenecientes a establecimientos del sistema público de salud con estado nutricional normal.

Prevención de factores de riesgo de la obesidad infantil

- Disminuir en al menos 1 punto porcentual la prevalencia de malnutrición por exceso en niños y niñas bajo control entre los 12 meses y ≤ 24 meses de edad.
- Lograr que el 9% de los recién nacidos tengan peso menor a 4.000 grs. al nacer.

ACTIVIDAD FÍSICA



META

AUMENTAR EN 30% LA PREVALENCIA DE ACTIVIDAD FÍSICA SUFICIENTE EN POBLACIÓN ENTRE 5 Y 24 AÑOS DE EDAD.

.....

Realización de actividad física por parte de la población

- Lograr que todas las comunas del país participen del programa de promoción de la salud y mantengan el componente de actividad física en sus planes comunales de promoción de la salud.

Desde la perspectiva sanitaria, la actividad física debe entenderse como componente de la prevención de la salud, para contribuir al desarrollo armónico e integral del individuo y de su bienestar biopsicosocial (MINSAL, 2010).

Por el contrario, la inactividad física constituye el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad en todo el mundo (6% de defunciones a nivel mundial). La superan la presión arterial elevada (13%), el consumo de tabaco (9%) y la glicemia elevada (6%) (OMS, 2010). En el 2003, el sedentarismo (ausencia de actividad física) alcanzó al 89% de la población, mayor en las mujeres (91%) que en los hombres (88%) (Encuesta Nacional de Salud - ENS, 2003). Aumenta con la edad, de 82% en los menores de 25 años a 96% en los mayores de 64 años. En el 2010 esta cifra se mantiene relativamente constante, con 88,6% de sedentarismo a nivel nacional (84% en hombres y 92,9% en mujeres) (Informe ENS, 2010).

Junto con ello, la obesidad (malnutrición por exceso) es un factor de riesgo que ha ido en aumento, afectando a la población de forma multifactorial, como en la generación de enfermedades crónicas, además de asociarse a estigmatización social, baja autoestima y desventajas económicas (OMS, 2000). La prevalencia de esta condición aumenta en grupos etarios de mayor edad, bajando levemente en el último rango en la adultez mayor. En cuanto al sexo, la prevalencia de obesidad es mayor en mujeres (30,7%) que en hombres (19,2%) (Informe ENS 2009 - 2010), en mayores de 15 años la obesidad afecta a 25,1% y el sobrepeso a 39,3%.

La práctica de actividad física y deportiva en edades tempranas puede producir un cambio cultural en los estilos de vida a lo largo del curso de vida. Estudios señalan que la participación en actividad física en la niñez aumenta la probabilidad de seguir participando en tales actividades al ser adultos (Pate y Blair, 1978; Shephard, 1984; Simons-Morton y cols., 1987). De aquí se deriva la importancia de potenciar estas prácticas en edades tempranas. La literatura sostiene que las intervenciones más exitosas a nivel escolar son aquellas que combinan componentes alimentario-nutricionales y de actividad física, e incorporan contenido acerca de hábitos saludables en alimentación y actividad física en clases, educación permanente a los niños siguiendo un modelo educativo (Dietz W., 2001). Estas intervenciones producen modificaciones en distintos parámetros antropométricos (valores obtenidos por las medidas realizadas al cuerpo que permiten reflejar el estado nutricional y de salud de las personas), disminuyendo el riesgo de sobrepeso.

Para implementar las acciones señaladas, el MINSAL cuenta con Planes Comunales de Promoción de la Salud, instrumentos de carácter comunal, participativo, liderados desde Salud y con financiamiento intersectorial, que reflejan el compromiso de las autoridades comunales y el quehacer local en estas materias. Sus ejes centrales corresponden a instalar hábitos de estilos de vida saludables con foco en actividad física, alimentación saludable y vida libre de humo de tabaco.

La promoción de la salud se describe como un proceso cuyo objeto consiste en permitir a personas, grupos y comunidades ejercer mayor control sobre los factores que determinan su salud (OMS, 1986). En este marco de acción, la promoción de la salud –como función esencial de la salud pública– permite trabajar en torno a factores que apunten a proteger la salud de la población, en desmedro de los factores riesgosos para esta.

Las acciones para promover la salud, en los distintos escenarios, pueden adoptar formas diferentes. Consisten principalmente en algún tipo de modificación organizativa que incluye el cambio del entorno físico, de la estructura de la organización, la administración y la gestión.

El enfoque territorial adquiere importancia a la hora de incidir en los componentes de promoción y prevención, participación social, intersectorialidad e identificación de brechas, y disminución de las inequidades. Es por esto que los esfuerzos se dirigen a que las comunas integren estos componentes en sus planes comunales, los que son realizados en el sustento de la participación ciudadana, permitiendo así llegar a la mayor cantidad posible de habitantes, y hacer de la promoción un proceso inclusivo, participativo y democrático. Los planes comunales tienen por objetivo instalar condiciones estructurales estables en el tiempo, que sustenten el cambio de estilos de vida mediante el desarrollo de entornos saludables para la población. Los componentes a priorizar en ellos son alimentación saludable, actividad física, y vida libre de humo de tabaco.

Además del trabajo territorial que desarrolla cada municipio por medio de sus planes comunales, otros espacios donde adquieren importancia las acciones de promoción de salud son los ambientes educacionales (salas cunas, jardines infantiles, liceos, escuelas, e instituciones de educación superior), y los lugares de trabajo. Todos ellos se suman a las acciones promotoras que se realizan dentro del ambiente familiar.

Un lugar de trabajo promotor de salud se entiende como “un lugar que promueve el bienestar familiar y social de los trabajadores y trabajadoras, con la protección de los riesgos físicos, ambientales y psicológicos, estimulando su autoestima y el control de su propia salud y del medioambiente”. Por lo demás, un establecimiento promotor de salud se define como un “centro educacional del nivel preescolar y escolar básico o medio, donde sus miembros realizan actividades que contribuyen a elevar el nivel de salud de la comunidad educativa. Promueven la formación de generaciones futuras con conocimientos, habilidades, destrezas y sentido de la responsabilidad para cuidar de manera integral su salud, la de su familia y comunidad”. Y la estrategia de promoción de salud en las instituciones de educación superior busca incentivar a estas a instalar políticas organizacionales y programas dirigidos a la promoción de la salud para la comunidad educativa.

FACTORES PROTECTORES



META

AUMENTAR 20% LA PREVALENCIA DE AL MENOS 5 FACTORES PROTECTORES PARA LA SALUD EN POBLACIÓN MAYOR DE 15 AÑOS.

Promoción de la salud en comunas del país

- Lograr que el 50% de las comunas del país incorporen la promoción de la salud en algunos de sus instrumentos de planificación local.

Promoción y prevención en lugares de trabajo

- Lograr que el 90% de los lugares de trabajo programados se comprometan con la salud de sus trabajadores.
- Lograr que el 50% de los lugares de trabajo comprometidos con la salud de los trabajadores cuenten con el reconocimiento de “lugares de trabajo saludables”.

Prevención de salud en consultorios

- Lograr que el 19% de personas entre 35 y 44 años inscritas en atención primaria de salud tengan examen de medicina preventiva vigente.

CONDUCTA SEXUAL SEGURA



META

AUMENTAR EN 20% EL USO CONSISTENTE DE CONDÓN EN POBLACIÓN DE 15 A 19 AÑOS, ACTIVOS SEXUALMENTE.

.....

Prevención de enfermedades de transmisión sexual y promoción de sexo seguro

- Entregar 2 preservativos por adolescente que accede a consejería individual en los espacios amigables de la atención primaria de salud.

Información sobre salud sexual y reproductiva a la población

- Realizar 2 campañas comunicacionales de alcance nacional con contenidos de salud sexual y reproductiva.

Si bien la literatura señala que con el transcurso del tiempo una mayor proporción de adolescentes y jóvenes incorpora medidas de autocuidado en el ejercicio de su sexualidad, las conductas sexuales de riesgo siguen mostrando una alta prevalencia en este grupo etario. Además, el aumento notificado en la adopción de medidas de autocuidado se ha dado de forma inequitativa entre hombres y mujeres y personas de distinto nivel socioeconómico.

La magnitud del embarazo adolescente no previsto (con las consecuencias emocionales, económicas y educacionales que ello implica), las altas tasas de infecciones de transmisión sexual concentradas en la población adolescente y joven (que durante los últimos 10 años representaron el 55% de los casos notificados) y el aumento progresivo en la tasa de notificación de VIH en adolescentes, subrayan la importancia de las intervenciones en este grupo poblacional. Estas deben ser más amplias, permanentes, focalizadas, directas y personalizadas. Por ello, las acciones se dirigen a trabajar en la promoción del sexo seguro (significa tomar medidas antes y durante las relaciones sexuales que puedan impedir el contagio o transmisión de una infección) y prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH.

La información y el conocimiento son ejes centrales para el autocuidado y la incorporación de medidas preventivas en el ejercicio de la sexualidad. Por ello, las campañas de comunicación social referidas al apoyo y destinadas fundamentalmente a la población adolescente y juvenil constituyen una línea estratégica fundamental, pues generan un clima social proclive al cuidado individual y colectivo y su inclusión en las estrategias de promoción y prevención favorece su abordaje integral. De este modo, la comunicación social complementa los niveles de intervención grupal e individual, siendo estos tres niveles los que integrada y coordinadamente forman parte de la Estrategia Nacional de Promoción de Salud Sexual y Prevención del VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual.

La comunicación social permite adecuar los mensajes promocionales y preventivos a las realidades epidemiológicas, sociales y culturales locales, e implica la realización de acciones públicas usando medios de prensa y actos masivos para difundir material educativo, realizar foros, actividades artísticas y otras.

Los organismos rectores mundiales en esta temática recomiendan un enfoque de promoción de salud sexual integrado con participación efectiva de todos los sectores de la sociedad y la combinación de estrategias multisectoriales complementarias, para asegurar poblaciones informadas y sanas mediante la aplicación de intervenciones que promuevan un comportamiento sexual seguro.



CURSO DE VIDA

EL ENFOQUE DE CURSO DE VIDA pone en relieve la perspectiva temporal y social de la salud de las personas y es utilizado ampliamente para estudiar e intervenir los factores físicos y sociales que se presentan durante la gestación, la niñez, la adolescencia, la adultez y la vejez. Estos factores pueden influir en la probabilidad de contraer enfermedades, principalmente crónicas, y afectar el nivel de salud de las etapas posteriores de la vida (Kuh *et al.*, 2004).

La hipótesis de los orígenes fetales o “programación”, que asocia las condiciones ambientales intrauterinas al desarrollo posterior de daños crónicos en la adultez (Barker, 1998) es parte central de este enfoque. Este periodo constituye una fase crítica en el desarrollo de elementos como aptitudes sociales y cognitivas, los hábitos, las actitudes y valores, y las estrategias para afrontar la vida.

Desde el punto de vista de las inequidades en salud, se pueden considerar al menos dos tópicos relevantes en el curso de vida. El primero de ellos hace referencia a que las condiciones socioeconómicas al inicio del curso de vida determinan los riesgos de salud y enfermedad en la edad adulta (Kuh *et al.*, 1997). La correlación existente entre las circunstancias socioeconómicas en diferentes fases de la vida y la ocurrencia de la enfermedad en la edad adulta puede aportar indicios sobre los procesos etiológicos subyacentes (Davey Smith *et al.*, 1998), haciendo posible intervenir dirigidamente en esos periodos. El segundo tópico se relaciona con los efectos acumulativos que pueden generar enfermedad, los que no solo se limitan a la vida de una persona, sino que pueden transmitirse de generación en generación (Lumey, 1998), lo que conlleva una desigual distribución de oportunidades desde el inicio de la vida.

Para intervenir en la totalidad del ciclo vital es necesario un abordaje interdisciplinario e integrador, y sintetizar diversos modelos de salud y enfermedad.

CURSO DE VIDA

52

- Control de salud a mujeres para futuros embarazos
- Detección a tiempo de problemas en embarazo
- Atención especializada a mujeres embarazadas que requieran en centros de atención primaria, centros de especialidad y hospitales
- Atención al recién nacido



—
MORTALIDAD PERINATAL

- Prevención de problemas de crecimiento y desarrollo en niños y niñas
- Detección a tiempo de problemas en el crecimiento y desarrollo de niños y niñas para evitar complicaciones



—
ALTERACIONES EN EL DESARROLLO INFANTIL

- Atención en salud integral para los adolescentes
- Vigilancia del intento suicida en adolescentes

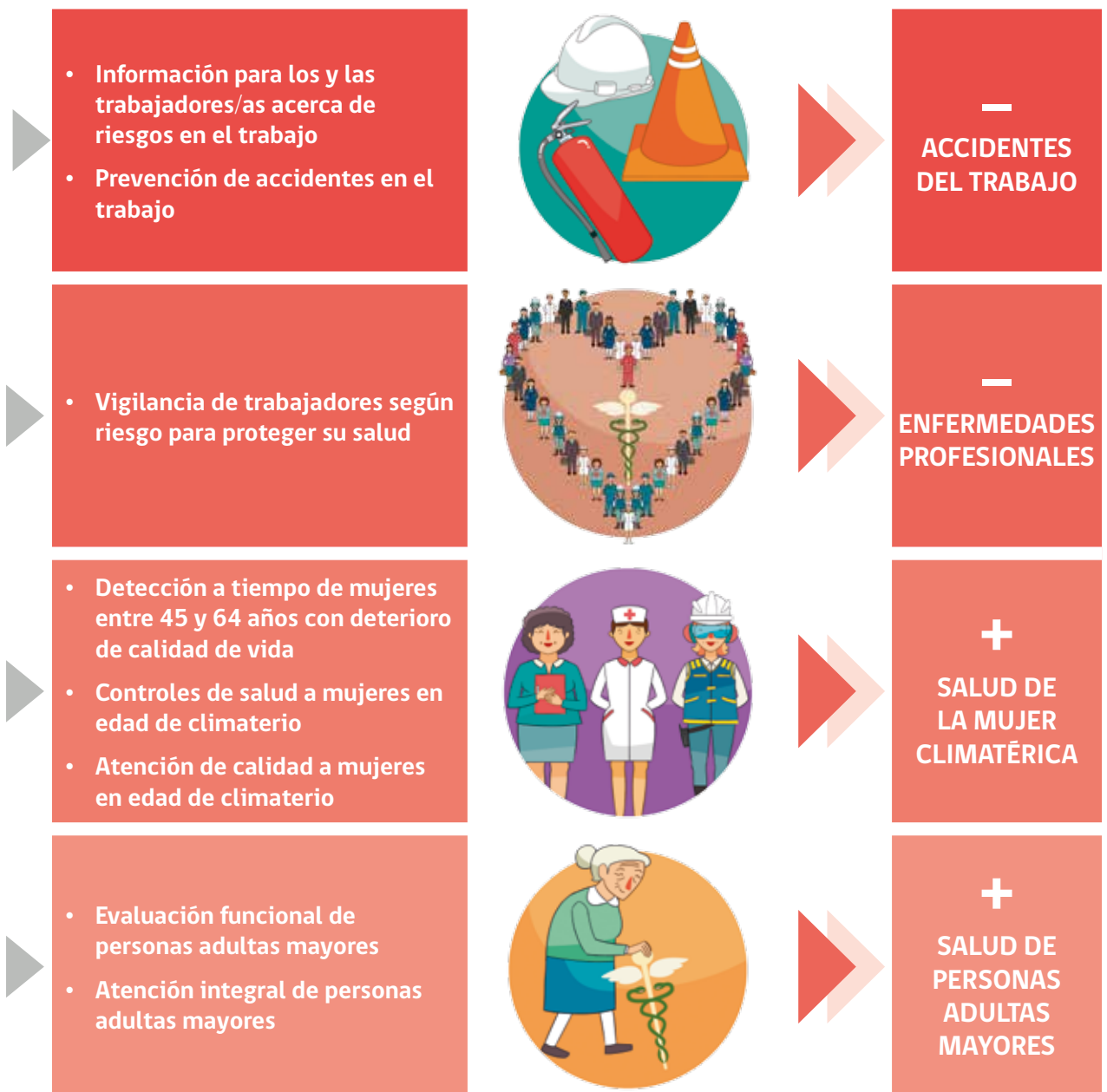


—
SUICIDIO ADOLESCENTE

- Espacios amigables de calidad para adolescentes, con énfasis en la salud sexual y reproductiva



—
EMBARAZO ADOLESCENTE



SALUD PERINATAL



META

DISMINUIR EN 15% LA MORTALIDAD PERINATAL PROYECTADA AL AÑO 2020.

.....

Control de salud a mujeres para futuros embarazos

- Lograr que al menos 5% de las mujeres se realicen un control preconcepcional (antes del embarazo).

Detección a tiempo de problemas en embarazo

- Lograr que todas las mujeres embarazadas con factores de riesgo sean derivadas en forma oportuna del nivel primario a un centro de especialidad del nivel secundario u hospital.

Atención especializada a mujeres embarazadas que requieran en centros de atención primaria, centros de especialidad y hospitales

- Reducir la cantidad de recién nacidos con un peso menor a 1.500 gramos.

Atención al recién nacido

- Reducir la cantidad de recién nacidos con APGAR menor a 6 a los 5 minutos.

La salud de las madres y de los recién nacidos se encuentra intrínsecamente relacionada, de modo que prevenir sus enfermedades requiere la aplicación de intervenciones que muchas veces los aborda de manera conjunta.

Para el cumplimiento de la meta de impacto establecida en la Estrategia Nacional de Salud se han identificado tres grupos de estrategias, estas se basan en evidencia científica, como identificación y manejo oportuno de mujeres que presentan factores de riesgo modificables y acceso a diagnóstico y tratamiento oportuno y de calidad de la patología materna y fetal tratable.

Se estima que un porcentaje considerable de mujeres que inician un embarazo, aproximadamente entre 15% y 20%, presentan problemas de salud que podrían haberse evitado o controlado para prevenir problemas durante la gestación o en el desarrollo fetal.

Entre los factores maternos modificables que pueden afectar el resultado del embarazo o el riesgo perinatal se encuentran los siguientes: aumento de peso durante el embarazo, dieta, actividad física, diabetes preexistente y consumo de alcohol. La obesidad tiene un estrecho vínculo con la resistencia a la insulina y predispone a la diabetes tipo II y a la diabetes gestacional. Tanto la obesidad como la diabetes están asociadas con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, y preeclampsia (aumento repentino de la presión arterial después de la semana 20 del embarazo, puede implicar un riesgo tanto para la vida de la madre como la del bebé. No se conoce la manera de prevenirla).

Se recomienda, a nivel general, entregar educación individual con recomendaciones de actividad física, antes y durante el embarazo, con una frecuencia mínima de 3-4 veces por semana y una duración de 25 minutos con una intensidad moderada, para obtener un efecto protector contra la ganancia excesiva de peso.

Es importante mejorar la detección a tiempo de factores de riesgo en embarazadas en los centros de salud de Atención Primaria donde ellas se atienden regularmente para asegurar una derivación oportuna a los especialistas. Asimismo, se espera entregar una atención de calidad en los centros de referencia de salud y en hospitales donde los especialistas atienden a mujeres que tienen un embarazo clasificado de alto riesgo.

Luego del parto, la mayoría de los recién nacidos pueden realizar una transición posnatal normal en forma espontánea. Si bien la mayoría de los recién nacidos de alto riesgo que requieren cuidados especiales pueden diagnosticarse en el período prenatal, de igual forma 25% de los recién nacidos que requieren cuidado intensivo no presentaban factores de riesgo identificados antes de nacer. Por ello es importante que todos los centros de atención del parto cuenten con personal capacitado para diagnosticar situaciones de riesgo y con los equipos requeridos que permitan dar la asistencia necesaria para estabilizarlos.

En este sentido, se espera mejorar y fortalecer la calidad de la atención del recién nacido en los distintos puntos de la red asistencial a lo largo del país.

Durante el período de vida que va desde la gestación hasta los ocho años de edad se cimentan las bases de las capacidades cognitivas, sociales y emocionales, de la salud física y mental de los seres humanos.

Las neurociencias (se refiere a la rama de la medicina que se enfoca en el sistema nervioso) han revelado la importancia de la calidad de las experiencias tempranas de vida en el desarrollo cerebral. Las relaciones tempranas entre los padres, madres y sus hijos tienen un rol central y pueden transformarse en un factor protector (son aquellos recursos personales, sociales e institucionales que promueven el desarrollo exitoso del adolescente o que disminuyen el riesgo de que surja un desarrollo alterado) del riesgo, e influir en las habilidades sociales y emocionales de los niños, y por tanto en el éxito de su vida.

Lo que pase en los primeros años de vida no solo se ha relacionado a efectos negativos acerca del desarrollo cerebral, bajo rendimiento académico y problemas conductuales a corto y largo plazo, sino que afecta la salud de las personas a lo largo de la vida, incluso en áreas tan diversas como la transformación de grasa en energía, la regulación de la presión arterial y el envejecimiento prematuro.

La primera infancia sigue siendo el rango etario que concentra el mayor porcentaje de situación de pobreza en Chile y, por tanto, para proteger el desarrollo integral de los niños hay que generar políticas públicas focalizadas para vigilar la trayectoria de desarrollo, intervenir tempranamente y promover ambientes propicios para su crecimiento y desarrollo. Los economistas sostienen hoy, sobre la base de la evidencia disponible, que la inversión en la primera infancia es una de las más potentes inversiones que un país puede hacer para lograr el mejor desarrollo humano.

La Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2006 mostró que un alto porcentaje de niños y niñas chilenos menores de 5 años presenta rezago (corresponde a aquel niño que no es capaz de realizar todas las funciones que están en proceso de desarrollo para su grupo de edad, representando riesgo potencial de retraso. Se evalúa en niños/as de 7 meses a 4 años 11 meses de edad) o retraso en el desarrollo psicomotor (corresponde a aquel niño/a que no es capaz de realizar las funciones que le corresponde tener asentadas para la edad. Se evalúa en niños de 7 meses a 4 años 11 meses de edad). Cerca de 25% no alcanzaba todos los hitos del desarrollo esperables para su grupo de edad y 11% presentaba retraso. Esta situación afectaba a niños de familias con menos ingresos.

SALUD INFANTIL



META

DISMINUIR EN 15% LA PREVALENCIA DE REZAGO EN POBLACIÓN MENOR DE 5 AÑOS.

Prevenición de problemas de crecimiento y desarrollo en niños y niñas

- Aumentar la cantidad de niños y niñas bajo control en el sector público de salud a quienes se les ha aplicado la evaluación de desarrollo psicomotor en: 95% a los 8 meses, 94% a los 18 meses y 70% a los 36 meses.

Detección a tiempo de problemas en el crecimiento y desarrollo de niños y niñas para evitar complicaciones

- Aumentar la cantidad de niños y niñas con diagnóstico de rezago y déficit del desarrollo psicomotor que se han recuperado, logrando 80% y 90%, respectivamente.

SUICIDIO ADOLESCENTE



META

DISMINUIR 10,2% LA TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO EN PERSONAS DE 10 A 19 AÑOS PROYECTADA AL 2020 (12 X 100.000 HABITANTES).

.....

Atención en salud integral para los adolescentes

- Aumentar en 30% los y las adolescentes inscritos en sector público de salud con control de salud integral.
- Lograr que todos los establecimientos de atención primaria de salud tengan un espacio amigable para adolescentes.

Vigilancia del intento suicida en adolescentes

- Implementar sistemas de vigilancia de suicidio en todas las SEREMI del país.
- Capacitación a 20% de los profesionales de salud de la atención primaria en detección del riesgo suicida.

Debido a que los y las adolescentes tienden a presentar índices más bajos respecto de problemas de salud que el resto de la población, este grupo etario se tiende a invisibilizar como foco prioritario de atención. Esto generó que desde las políticas públicas de salud se les diera menor prioridad a este grupo poblacional.

Es así que como en materia de atención preventiva, el sistema público de salud reconoce limitaciones en su quehacer sobre todo en las etapas entre 10 a 14 años, ya que los esfuerzos desplegados se han centrado en población mayor de 15 años con la inclusión en el GES (desde el 2005) del Examen de Salud de Medicina Preventiva. Sin embargo, la cobertura de este examen es insuficiente y no ha sido acompañado de una mayor oferta de servicios que permitieran desarrollar acciones para resolver temprana y oportunamente las problemáticas de salud encontradas en los adolescentes. Esta limitación es importante, porque la evidencia científica respalda el desarrollo de intervenciones de salud tempranas y oportunas para impactar positivamente en la salud de adolescentes que presentan factores o conductas de riesgo para fomentar su pleno desarrollo.

Por lo demás, en el 2009 el suicidio se convirtió en la primera causa de muerte externa en la población infantojuvenil, siendo los grupos de 15 a 19 y 20 a 24 años de edad donde se presentaron la mayor cantidad de suicidios. La salud mental y el suicidio están estrechamente relacionados, es así como más del 90% de los casos de suicidio se asocian con dificultades de salud mental.

Además, la evidencia científica permite concluir que en adolescentes son factores de riesgo para suicidio consumado, además de un trastorno psiquiátrico, la agresión impulsiva, el comportamiento suicida familiar, un intento suicida previo y el uso y abuso de sustancias. La detección temprana de estos problemas psicosociales en grupos de alto riesgo por sus familias y profesionales de la salud es una necesidad para abordar la prevención del suicidio.

El embarazo adolescente es una situación que tiene múltiples orígenes y que puede generar riesgos y complicaciones de salud, con un elevado costo tanto a nivel personal, familiar y social. El embarazo en la adolescencia es considerado un factor de inequidad y que contribuye a acrecentar el círculo de la pobreza, que puede significar limitaciones para la construcción de proyectos de vida y el desarrollo favorable de las y los adolescentes, por lo que requiere ser abordado por distintos sectores e instituciones del Estado.

Si bien la tasa de fecundidad en adolescentes de 10 a 19 años ha disminuido al comparar los años 2009 al 2012, esta disminución es en menor cantidad que en otras edades. Sin embargo, en la menor de 15 años se ha mantenido, siendo este el grupo de mayor riesgo.

Disminuir el embarazo adolescente está incluido en las Metas de Desarrollo del Milenio de Naciones Unidas, y el Estado de Chile se ha comprometido a disminuirlo en 10% para el 2020.

Las estrategias definidas por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes del Ministerio de Salud, para su prevención, son: asegurar acceso a “servicios de salud amigables de calidad para las y los adolescentes” que faciliten una atención integral enfocada a sus necesidades y requerimientos, y el acceso expedito a servicios de consejería y métodos de regulación de la fertilidad. También es fundamental asegurar educación sexual dentro de la estructura educativa, incorporar a la familia y comunidad como agentes socializadores y protectores. Debido a los múltiples orígenes es necesario desarrollar un plan de trabajo intersectorial de prevención del embarazo adolescente.

EMBARAZO ADOLESCENTE



META

DISMINUIR 10% LA TASA DE FECUNDIDAD DE MUJERES DE 10 A 19 AÑOS DE EDAD.

Espacios amigables de calidad para adolescentes, con énfasis en la salud sexual y reproductiva

- Lograr que todos los establecimientos de atención primaria de salud tengan un espacio amigable para adolescentes.
- Alcanzar que 41% de los y las adolescentes inscritos en atención primaria de salud y activos sexualmente usen métodos anticonceptivos.

ACCIDENTES DEL TRABAJO



META

DISMINUIR 40% LA TASA PROMEDIO DE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS, DE MORTALIDAD POR ACCIDENTES DEL TRABAJO.
.....

Información para los y las trabajadores/as sobre riesgos en el trabajo

- Aumentar a 5% la cantidad de empresas (adherentes a organismos administradores de la Ley 16.744) que son fiscalizadas, incluyendo sus programas preventivos y comunicación de riesgo.

Prevención de accidentes del trabajo

- Mantener la investigación y registro del 100% de accidentes laborales fatales notificados y del 60% en el caso de accidentes graves no fatales.

Uno de los principales problemas de los accidentes del trabajo está dado por el subregistro y la subnotificación, ya sea porque el trabajador no lo identifica como accidente laboral, o por estar asociado a un diagnóstico o licencia común.

Por lo anterior, se hace necesario contar con un estándar mínimo que permita realizar vigilancia y fiscalizar los accidentes del trabajo, desafío en el que ya está trabajando el Ministerio de Salud.

El trabajo que se ha realizado permite avanzar en los criterios necesarios para el registro y las estadísticas oficiales de los accidentes del trabajo (agrupados según tipo de accidente, actividad económica Clasificación Internacional Industrial Uniforme - CIIU, entre otros), y la posibilidad de establecer diferencias entre las regiones a partir de la vocación productiva de cada una de ellas, por tal razón, la fiscalización debe dar respuesta a la realidad regional.

Por ello los esfuerzos se concentran en informar y proteger a la población respecto de los riesgos característicos de su actividad laboral, como también sus medidas de prevención.

ENFERMEDADES PROFESIONALES



Las enfermedades profesionales están directamente relacionadas con las condiciones de trabajo, empleo y la exposición a agentes y factores de riesgo presentes en los lugares de trabajo. La mejoría de estas condiciones constituye un gran desafío para nuestro país, por su impacto social y económico sobre la población trabajadora y su relevancia en los indicadores de desarrollo humano, el aumento de productividad y el crecimiento económico.

La información respecto de enfermedades profesionales es parcial, ya que al igual que para el caso de los accidentes laborales, existe subregistro y subnotificación.

Por ello, contar con un estándar mínimo para realizar vigilancia y fiscalización de las enfermedades profesionales es un desafío en el que ya está trabajando el Ministerio de Salud y para ello se han centrado los esfuerzos en regulaciones acordes a los tiempos, y en un aumento del número de trabajadores en Programas de Vigilancia.

META

AUMENTAR AL 30% LA POBLACIÓN TRABAJADORA FORMAL EVALUADA EN RIESGOS PSICOSOCIALES.

.....

Verificar el cumplimiento de los riesgos protocolizados por parte de las empresas y los organismos administradores de la Ley 16.744

- Aumentar a 9.000 las fiscalizaciones de riesgos protocolizados.

SALUD DE LA MUJER CLIMATÉRICA



META

DISMINUIR EN 10% LAS MUJERES EN EDAD DE CLIMATERIO, QUE PRESENTEN PUNTAJE ELEVADO APLICANDO PAUTA PARA EVALUAR CALIDAD DE VIDA.

.....

Detección a tiempo de mujeres entre 45 y 64 años con deterioro de calidad de vida

- Lograr que menos de 15% de las mujeres en edad climatérica muestre un alto deterioro en su calidad de vida según pauta de evaluación.

Controles de salud a mujeres en edad de climaterio

- Aumentar a 30% la cantidad de mujeres inscritas entre 45 y 64 años que se realicen controles de climaterio.

Atención de calidad a mujeres en edad de climaterio

- Evaluar indicación de terapia de reemplazo hormonal al menos al 70% de las mujeres que presenten calidad de vida alterada, según puntaje de escala MRS (Menopause Rating Scale).

La transición desde la etapa reproductiva a la postreproductiva es un proceso que dura varios años y se le denomina climaterio, marcado por el hito de la menopausia natural, la última menstruación, evento que habitualmente ocurre alrededor de los 50 años.

El progresivo aumento en la expectativa de vida en las últimas décadas ha llevado a dar una creciente importancia a los síntomas asociados a la función del ovario y su expresión clínica, la que puede deteriorar de manera notoria la calidad de vida. Además, después de la menopausia se manifiestan trastornos metabólicos que aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, entre las que se destacan las patologías cardiovasculares y la osteoporosis.

La mayoría de estas afecciones son posibles de revertir o prevenir si se realizan adecuadas intervenciones clínicas. Por lo que es necesario trabajar en detectar a tiempo el deterioro de la calidad de vida de mujeres entre 45 y 64 años.

Cada encuentro de la mujer con el equipo de salud representa una oportunidad clave para su educación y realizar intervenciones que permitan prevenir problemas de salud en la edad del climaterio, volviéndose importante que los equipos vayan más allá de los síntomas manifestados por la mujer, explorando otros factores que pudieran afectar su bienestar en esta etapa de su vida (como por ejemplo: alimentación, actividad física, salud mental, sexualidad, relaciones familiares y sociales), adoptando el enfoque biopsicosocial integral, centrado en mejorar la calidad de vida y en las necesidades de cada mujer.

Por ello se vuelve necesario trabajar en aumentar el número de mujeres que se realicen control de climaterio así como en mejorar la calidad de atención.

En las últimas décadas Chile ha entrado en un proceso rápido de transición demográfica, que se destaca dentro de América Latina, llegando a convertirse en uno de los tres países más envejecidos del continente. Con ello el número de adultos mayores aumenta, viven más años y la población joven disminuye.

Las personas adultas mayores, en su gran mayoría, son atendidas en el sistema de salud público y desde hace 20 años se han hecho tributarias de una atención con mirada anticipatoria y centrada en la funcionalidad, siendo esto último uno de los paradigmas centrales de la geriatría, para ello en 1995 se instala el "Control Sano del Adulto Mayor", el que incluye una evaluación funcional mediante una escala que permite predecir el riesgo de perder funcionalidad dentro del plazo de un año luego de ser aplicada.

La escala utilizada se denomina "Escala Funcional del Adulto Mayor" (EFAM-Chile), y se constituye así en un instrumento de tamizaje que permite predecir la pérdida de funcionalidad en personas de 65 años y más.

En 2008 este control de salud pasó a llamarse Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), el que es garantía GES en la actualidad. Este control de salud agrega al anterior EFAM mediciones que permiten conocer otros factores de riesgo, como riesgo cardiovascular, alteraciones locomotoras, salud mental, riesgo social como la falta de redes de apoyo, baja escolaridad, sospecha de maltrato, entre otros; y con ello es posible hacer una clasificación (autovalentes, autovalentes con riesgo, autovalentes sin riesgo y dependientes) que permite determinar el riesgo de perder funcionalidad. Junto a la clasificación del riesgo funcional se consideran acciones preventivas, de tratamiento o de rehabilitación.

La autovalencia significa que las personas adultas mayores tienen características físicas, funcionales, mentales y sociales de acuerdo con su edad cronológica, son capaces de realizar las actividades funcionales esenciales de autocuidado: comer, vestirse, desplazarse, bañarse y las actividades necesarias para adaptarse a su medio ambiente: leer, usar el teléfono, manejar su medicación, el dinero, viajar y hacer sus trámites.

A causa del avance del envejecimiento poblacional en nuestro país, el Programa Nacional del Adulto Mayor dirige sus políticas y estrategias a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, muy directamente ligado a la promoción y mantención de la autovalencia, la prevención de enfermedades y el retardo de la dependencia, en los diferentes niveles de la red asistencial, con un enfoque participativo e intersectorial. Por lo que centra sus acciones en atender de manera integral a los adultos mayores y aumentar el número de personas adultas mayores con evaluación de funcionalidad.

SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES



META

DISMINUIR EN 10% LA MEDIA DE PUNTAJE DE DISCAPACIDAD EN POBLACIÓN DE 65 A 80 AÑOS.

Evaluación funcional de personas adultas mayores

- Realizar el examen de medicina preventiva del adulto mayor al menos al 60% de las personas mayores de 65 años.
- Realizar control de seguimiento dentro de los primeros seis meses, posterior al examen médico preventivo del adulto mayor, al menos al 80% de los adultos mayores que son autovalentes con riesgo o presentan riesgo de dependencia.

Atención integral de personas adultas mayores

- Lograr que el 50% de los controles de salud con valoración geriátrica integral cumpla las normas técnicas del programa del adulto mayor.
- Resolución del 80% de las interconsultas para la atención de adultos mayores con riesgo de dependencia.



EQUIDAD Y SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS



LA DISTRIBUCIÓN DEL PODER en la sociedad constituye el mayor determinante de la salud y enfermedad. Aquellos ciudadanos desfavorecidos, ya sea por su condición socioeconómica o por su pertenencia a un grupo social específico, muestran peores resultados de salud tanto en acceso como en incidencia y prevalencia, además la desigualdad social en si misma constituye un problema para todos los estratos sociales.

En este escenario y un ejemplo de ello son las diferencias en salud que no son explicables por las diferencias biológicas ligadas al sexo, y que más bien son atribuibles a la distinta exposición a riesgos de mujeres y hombres y ocurren por la diferente disponibilidad de recursos para mantenerse saludables y la posición de poder que cada grupo detenta. Es decir, solo se explican por factores socioculturales relacionados con los roles y relaciones de poder. Por ello, género es reconocido como un determinante de la salud.

Se requiere acción de todo el Estado para modificar esta distribución desigual de poder, por lo que este Plan instala el enfoque de equidad como una responsabilidad de Estado y llama a crear estrategias y acciones políticas intersectoriales que permitan a la ciudadanía alcanzar de manera plena su potencial de salud.

Para abordar este y los otros desafíos señalados, por el tiempo de ejecución y por la lógica de diseño del actual Plan Nacional de Salud, se han priorizado algunas acciones entre las que destaca instalar la equidad en salud en el discurso del sector como un eje inclusivo y articulador de los otros ejes, incluir la estrategia Salud en Todas las Políticas (SeTP) para la vinculación y activación de otros organismos del Estado, monitorear las desigualdades injustas en salud, rediseñar programas de salud instalando el enfoque de equidad, potenciar el desarrollo de capacidades del sector en estas materias y realizar acciones específicas en algunos grupos de población que presentan más desventajas. Sin embargo, estas estrategias son solo el comienzo y no agotan este eje 5, el que corresponde a un espacio abierto para poblar con estrategias y acciones nuevas que surjan del trabajo y creatividad de todos los actores del sector, intersector y sociedad civil que persiguen estos objetivos.

EQUIDAD Y SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

- Transversalización del enfoque intercultural en los programas de salud
- Modificación o formulación de políticas, normas, reglamentos y planes de salud de acuerdo al Convenio 169
- Incorporación del enfoque intercultural bajo estándar del Art. 7 de la Ley 20.584 en el modelo de atención de salud



SALUD INTERCULTURAL



MONITOREAR INEQUIDADES



- Diseño y planificación de estrategias orientadas a reducir brechas de género en temas de salud
- Monitoreo de las inequidades de género en todos los temas de salud
- Formación de funcionarios y funcionarias del sector salud en enfoque de género para que orienten su trabajo hacia la reducción de las brechas de género



EQUIDAD DE GÉNERO

- Aumentar el porcentaje de mujeres gestantes inmigrantes en control
- Diseño y adopción de una política nacional de inmigración que permita mejorar la condición de vida de la población inmigrante en Chile
- Aumentar disponibilidad de información acerca del estado de salud y acceso a servicios de salud de población inmigrante



SALUD PARA INMIGRANTES



INSTALAR EL ENFOQUE DE EQUIDAD



- Transversalización del enfoque de salud penitenciaria en los programas de salud
- Integración de políticas, normas, reglamentos y planes de salud con enfoque de salud penitenciaria
- Incorporar la Telemedicina como estrategia de atención de salud



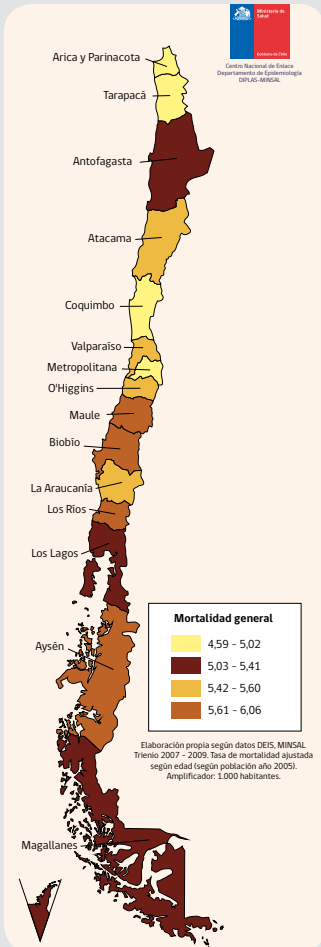
SALUD PARA PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

MONITOREAR INEQUIDADES

EL CONCEPTO DE INEQUIDADES EN SALUD se refiere a diferencias en salud evitables e injustas entre subgrupos de una población derivada de una forma de desventaja social.

Una de las características distintivas de América Latina ha sido la desigualdad en la distribución de los recursos y en el ejercicio de los derechos. Si bien no se trata de la región más pobre del mundo, sí se destaca por ser la más inequitativa, lo que representa un obstáculo para el bienestar actual y el desarrollo futuro de sus sociedades y economías (CEPAL, 2014). En este contexto Chile presenta inequidades que pueden observarse en diversos ámbitos afectando a la población. La mortalidad general por región del país ejemplifica las brechas en salud por ubicación geográfico-política, como se observa en el mapa. Otros ejemplos se aprecian en aspectos relacionados al tema VIH y consumo de tabaco.

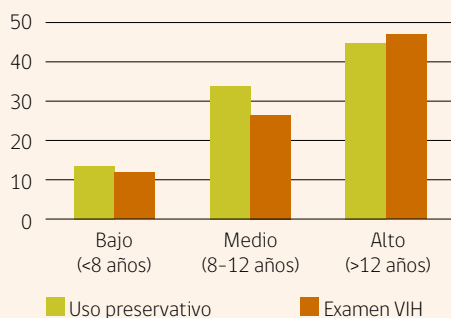
En el Gráfico 1 se pueden ver las brechas según nivel educacional respecto del uso de preservativo y de *Screening* para el diagnóstico de esta afección. Mientras que en los de prevalencia se muestran las diferencias de consumo de tabaco por región del país, por sexo, nivel educacional y zona urbano/rural. Estas diferencias en mortalidad general por región, uso de preservativo y toma de examen VIH por nivel educacional, así como consumo de tabaco por región, sexo, nivel educacional y zona son solo algunos ejemplos que retratan la necesidad de transformar el eje de Equidad y Salud en Todas las Políticas de la Estrategia Nacional de Salud considerando para ello un enfoque amplio de Determinantes Sociales de la Salud y cada uno de los programas que pretende mejorar los resultados en salud de la población. En este sentido una de las estrategias que se han adoptado en esta versión mejorada del eje es medir el avance del país hacia la Cobertura Universal de Salud (CUS), monitoreando su progreso para ello.



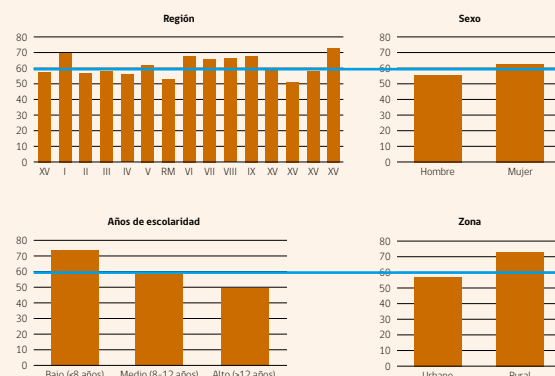
El objetivo principal de CUS se refiere a la eliminación de las inequidades en salud para asegurar que todas las personas que necesiten servicios de salud puedan obtenerlos, sin experimentar dificultades financieras. En este sentido, y tomando uno de los ejemplos antes mencionados, el avance hacia la cobertura universal en salud debe monitorear el progreso del programa VIH hacia el cierre de las brechas entre los más y menos educados, ya sea priorizando estrategias concretas hacia los grupos de menos nivel educativo o incentivando el desarrollo de estrategias nuevas. Para lograr esto se necesita trabajar en conjunto con el intersector, por ejemplo con el Ministerio de Educación, y se requiere de una mayor participación ciudadana si queremos mejorar las cifras.

Por ello el departamento de Estrategia Nacional de Salud forma parte del equipo de trabajo que ha tomado el desafío de crear un modelo para monitorear el progreso del país hacia la Cobertura Universal en Salud, modelo que permitirá conocer los esfuerzos que el sector debe realizar para poder brindar a la población cobertura universal de salud.

Gráfico 1: Uso de preservativo y toma de examen VIH por nivel educacional y ruralidad; ENS 2009/2010



Prevalencia de no consumo de tabaco actual en población de 15 años y más



INSTALAR EL ENFOQUE DE EQUIDAD

EL MINISTERIO DE SALUD, mediante la Subsecretaría de Salud Pública y de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, ha decidido retomar la agenda de incorporación del Enfoque de Equidad y Determinantes Sociales de la Salud para el rediseño de políticas y programas dentro de un marco acorde a la política ministerial.

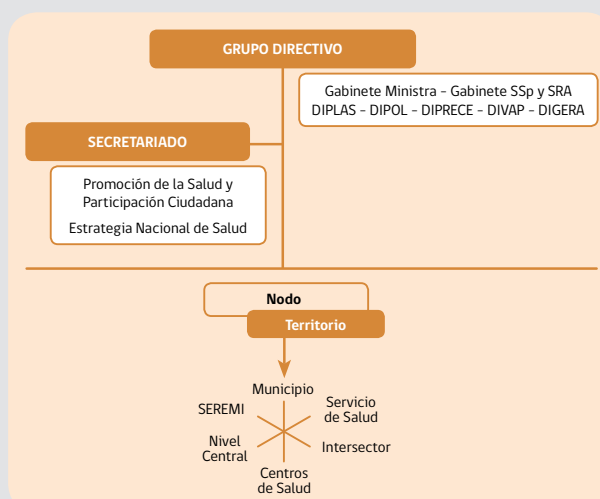
Para lo anterior se ha conformado un Grupo Directivo coordinado por la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS) en conjunto con la División de Políticas Públicas y Promoción (DIPOL), por medio del Departamento de la Estrategia Nacional de Salud y el Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana, respectivamente. Este grupo tiene el desafío de construir una agenda de trabajo sobre la experiencia de rediseño de Programas con Enfoque de Equidad del período 2008-2009 integrándola con el marco conceptual de la OMS y las necesidades propias del país. Asimismo, su principal objetivo es "Instalar el enfoque de equidad en salud como responsabilidad de Estado y sobre todo en el quehacer del sector, mediante acciones sistemáticas que abordan los determinantes sociales de la salud a través de una mirada de Salud en todas las Políticas".

Durante el 2015 el Grupo Directivo trabajará en las bases y requerimientos técnicos y administrativos que permitan la creación de un espacio permanente de trabajo sobre estos temas al interior del Ministerio de Salud, definiendo para ello sus objetivos, alcances y funciones. En conjunto con lo anterior, llevará a cabo un trabajo de revisión de programas de salud para su rediseño desde un enfoque de determinantes sociales de la salud y equidad.

En este contexto, la presente versión de la Estrategia Nacional de Salud asume el desafío de integrar el enfoque de Equidad y el marco de Salud en Todas las Políticas, telón de fondo para todos los otros ejes priorizados, proponiéndose para los próximos cinco años desarrollar acciones que permitan alcanzar el objetivo antes mencionado. Entre ellas destaca la intención de establecer el enfoque de equidad y el marco de salud en todas las políticas de modo transversal en el desarrollo de los programas que ejecuta el Ministerio de Salud en el rediseño de los mismos.

Un primer apronte a esta labor fue desarrollada durante los años 2008 y 2010, periodo en el que seis programas inician el proceso de rediseño coordinados por un equipo del Ministerio de Salud y por un grupo de trabajo interdisciplinario o "nodo" para generar el análisis de equidad que culminaba en la definición de objetivos y prioridades para el rediseño y el desarrollo de una iniciativa piloto. Estos programas fueron: Salud Cardiovascular, Salud Bucal, Marea Roja, Salud de los(as) Niños(as), Salud de los(as) Trabajadores(as) y Salud de la Mujer (Salud Sexual y Reproductiva).

Esta iniciativa trajo consigo importantes cambios a los programas que participaron en ella, por lo que se quiere retomar la iniciativa de acuerdo con el desarrollo, en primera instancia, de un piloto de rediseño de programas y del desarrollo de capacidades en temáticas que permitirán instalar el enfoque de equidad en salud en la cultura del sector salud.



Chile es un país pluricultural; según datos del CENSO 2002 en el país hay 692.192 personas que se reconoce como perteneciente a pueblos indígenas, lo que equivale a 4,6% de la población total nacional. Actualmente los pueblos reconocidos en la Ley Indígena N° 19.253 (1993) son los siguientes: Aymara, Mapuche, Atacameños, Quechuas, Rapa Nui, Colla, Diaguitas y las comunidades Kawésqar y Yámana de los canales australes.

Estudios de perfil epidemiológico realizados en algunos servicios de salud del país muestran que la población indígena tiene un perfil de morbimortalidad distinto al de la población no indígena, lo que se evidencia en brechas en problemas de salud como salud mental (altas tasas de suicidio), salud materno-infantil, prevalencia de enfermedades cardiovasculares, tuberculosis, entre otras.

Para superar estas brechas y hacer efectivo el derecho a una atención de salud con pertinencia cultural se requiere incorporar el enfoque intercultural, el que debe estar presente en el diseño e implementación de políticas, programas y lineamientos de acción en el sector salud. Este enfoque también se debe incorporar de manera transversal en las acciones que realiza el sistema de salud.

Bajo un enfoque de derechos humanos, determinantes sociales de la salud, interculturalidad y equidad el sector salud ha avanzado en un conjunto de normas que han incorporado la especificidad del derecho a la salud de los pueblos indígenas. Entre estas normativas se encuentran el Convenio 169 de la OIT, especialmente el art. 25; y la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007), la Ley de Autoridad Sanitaria N° 19.937, el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, la Norma Técnica 16 y la Ley N° 20.584 que Regula los Derechos y los Deberes que tienen las Personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.

En este contexto, la construcción de un modelo de atención de salud acorde a las necesidades y características culturales de la población indígena en Chile es un imperativo. El que "debe ser construido con la participación de la población y organizaciones indígenas, en todos los procesos: diseño, implementación, evaluación y actualización, y en todas sus dimensiones: prevención, promoción, rehabilitación y recuperación".

Todo ello con el objetivo de contribuir a la disminución de brechas de inequidad en la situación de salud de los pueblos indígenas, mediante la construcción participativa de políticas, normas y programas en salud que reconozcan la diversidad cultural de los pueblos indígenas, promuevan la complementariedad entre sistemas médicos y provean servicios de salud adecuados que respondan a necesidades, derechos y perfiles epidemiológicos específicos.

SALUD INTERCULTURAL



META

DISMINUIR 0,2% LA MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN POBLACIÓN INDÍGENA EN REGIONES SELECCIONADAS.

Transversalización del enfoque intercultural en los programas de salud

- Lograr que 3 programas de salud incorporen el enfoque intercultural al 2020.

Modificación o formulación de políticas, normas, reglamentos y planes de salud de acuerdo con el Convenio 169

- Lograr que 3 normas sean modificadas o formuladas de acuerdo con el convenio 169.

Incorporación del enfoque intercultural bajo estándar del Art. 7 de la Ley N° 20.584 en el modelo de atención de salud

- Lograr que 5 servicios de salud implementen modelos de atención de salud según Artículo 7 de la Ley N° 20.584.

EQUIDAD DE GÉNERO



META

REDUCIR LA BRECHA DE CARGA DE ENFERMEDAD ORIGINADA POR INEQUIDADES DE GÉNERO.

.....

Diseño y planificación de estrategias orientadas a reducir brechas de género en temas de salud

- Incluir en la Estrategia Nacional de Salud 2020–2030 planes de trabajo específicos para reducir las brechas de género.

Monitoreo de las inequidades de género en todos los temas de salud

- Diseñar un modelo de monitoreo de inequidades de género en todos los temas de salud –incluidos sus indicadores– que dé cuenta de avances y retrocesos en la inclusión de la temática.

Formación de funcionarios y funcionarias del sector salud en enfoque de género para que orienten su trabajo hacia la reducción de las brechas de género

- Capacitar a los distintos equipos de trabajo de las Subsecretarías de Salud Pública y Redes Asistenciales, seremis, servicios de salud y organismos autónomos para avanzar en la inclusión de la perspectiva de género en todas las políticas, programas y acciones del sector Salud.

Género es el conjunto de características y valoraciones que cada sociedad asigna a hombres y mujeres sobre la base de las diferencias biológicas: macho y hembra. Incluye rasgos psicológicos y culturales atribuidos a lo “masculino” o “femenino”, que se traduce en tareas diferenciadas a cada género por el hecho biológico de la reproducción. El género se refiere siempre a la relación de poder que se establece entre hombres y mujeres, más allá de la orientación sexual y la identidad de género de las personas. Da origen a estructuras, jerarquías, privilegios, limitaciones y discriminaciones que se convierten en desigualdades económicas, políticas y sociales. El enfoque de género en la salud busca reducir o eliminar las inequidades y discriminaciones que nacen de la cultura y que provocan consecuencias negativas en la salud de las personas. Para ello debe considerar las necesidades particulares de mujeres y hombres, así como de personas de la diversidad sexual. La diferenciación de actividades, actitudes y conductas identificadas como masculinas o femeninas originan condiciones de vulnerabilidad específicas para la salud de cada género a lo largo de su vida.

Para la OPS, la equidad de género en salud significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres. Es decir, que mujeres, hombres y personas de la diversidad sexual tengan las mismas oportunidades de acceder a condiciones de vida y servicios para gozar de buena salud, sin enfermar, discapacitarse o morir por causas evitables. La equidad de género busca una distribución diferenciada de recursos y servicios de acuerdo con las necesidades particulares de cada género.

Así como las mujeres tienen en promedio mayor esperanza de vida que los hombres, la mayor mortalidad masculina, sea por accidentes u homicidios, se asocia con los roles y definiciones sociales de “hombria”, que validan comportamientos de riesgo y agresión. El contacto sexual inseguro, el tabaquismo, el consumo problemático de alcohol y drogas, los hábitos alimentarios deficientes, la falta de ejercicio también son comportamientos diferenciados por género que generan patologías y necesidades específicas de salud. Y si bien las mujeres pueden vivir más años, tienden a ser más afectadas por enfermedades crónicas, lo que incide negativamente en su calidad de vida.

Aunque el enfoque de género es abordado en varios objetivos de la Estrategia Nacional de Salud, como en salud sexual y reproductiva, embarazo adolescente, violencia, VIH/Sida y discapacidad, se espera que este sea transversal a toda la ENS y así avanzar hacia la eliminación de las inequidades de género existentes en el sector salud.

Durante los últimos años Chile se ha transformado en un polo de atracción de inmigración internacional. Según estimaciones del Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior, el número de extranjeros residentes en Chile el 2014 era de 441.592 personas. Si bien no existe una cifra oficial de inmigrantes, se estima que la tasa de migración neta es de 2,28 por mil habitantes, lo que da cuenta del fenómeno, considerando que en el CENSO 2002 esta fue de 0,9 por mil habitantes.

De acuerdo con la normativa vigente en Chile los inmigrantes en situación migratoria regular, esta corresponde a la condición administrativa de un extranjero respecto de las disposiciones migratorias del país de residencia, si cumple será regular y de no hacerlo irregular, tienen garantizado el acceso a los derechos en salud en iguales condiciones que la población nacional.

Bajo esta normativa todo inmigrante irregular no tendría acceso a la salud, por ello y a partir del 2003 el Ministerio de Salud comienza a generar medidas afirmativas acerca de grupos específicos en situación de irregularidad migratoria, priorizando en niños y niñas menores de 18 años y mujeres embarazadas, quienes pueden acceder a servicios de salud en iguales condiciones que los nacionales. Además se asegura para la población general la atención de urgencia y la entrega de bienes de salud pública.

A pesar de estos esfuerzos, se observan ciertas barreras que dificultan el acceso de la población inmigrante a la atención de salud destinada para ellos. Algunas de estas son administrativas, culturales, desconocimiento del sistema de salud chileno y de sus derechos y deberes en salud y los costos económicos asociados a la atención. Junto a ello hay dificultades relacionadas a la obtención de documentación y estado de no regulación migrante de apoderados de menores sí regularizados, que de acuerdo con su situación temen acceder a servicios públicos. Por otra parte, y según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2013, 8,9% de la población inmigrante no está afiliada a ningún sistema previsional de salud, situación que ha presentado una reducción desde 2006, donde 14,6% de dicha población no se encontraba afiliada.

A las dificultades mencionadas se suman determinantes sociales que pueden incidir en la salud de esta población, destacándose la falta de acceso a servicios básicos como educación, vivienda, empleo y salud, entre otros, además del nivel de ingreso económico. Según CASEN 2013, 25,2% de los inmigrantes vive en situación de pobreza, siendo el hacinamiento crítico una de las condiciones de mayor gravedad, ya que 9,1% de ellos vive en esta condición.

A todo lo anterior es importante destacar que aún falta información concerniente a salud que permita orientar el accionar del sector para subsanar las dificultades a las que está expuesto este grupo de personas. Por ello en septiembre de 2014 se formó un Consejo de Política Migratoria, liderado por el Ministerio del Interior, donde participa el Ministerio de Salud y cuyo objetivo es levantar una Política Nacional Migratoria para coordinar acciones que permitan mejorar la situación de los inmigrantes en Chile.

SALUD PARA INMIGRANTES



META

AUMENTAR EL PORCENTAJE DE NIÑOS INMIGRANTES BAJO CONTROL EN EL PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO.

AUMENTAR EL PORCENTAJE DE MUJERES GESTANTES INMIGRANTES EN CONTROL

Diseño y adopción de una política nacional de inmigración que permita mejorar la condición de vida de la población inmigrante en Chile

- Contar con una Política Nacional para la población inmigrante aprobada por parte de las autoridades.

Aumentar disponibilidad de información sobre estado de salud y acceso a servicios de salud de población inmigrante

- Lograr que el 100% de los registros en Sistema Nacional de Información de Salud que registren información poblacional incluyan la variable nacionalidad.

SALUD PARA PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD



META

REDUCIR EN 10% LAS ATENCIONES DE SALUD FUERA DE LOS RECINTOS PENITENCIARIOS.

Transversalización del enfoque de salud penitenciaria en los programas de salud

- Lograr que 2 programas de salud incorporen el enfoque de salud penitenciario al año 2020.

Integración de políticas, normas, reglamentos y planes de salud con enfoque de salud penitenciaria

- Lograr que 3 normas o reglamentos sean integrados en la Normativa de Salud Penitenciaria única.

Incorporar la telemedicina como estrategia de atención de salud

- Lograr que 20% de las atenciones de salud en los recintos penitenciarios sea vía telemedicina.

Chile es el país que más personas privadas de libertad tiene en América Latina, con alrededor de 318 personas por cada 100 mil habitantes. Por este motivo, y sin descuidar los factores causales específicos que explican esta realidad, resulta fundamental garantizar que las personas que han delinquido puedan cumplir un castigo perdiendo su libertad, pero no su dignidad. Las circunstancias propias del encierro deben otorgar las condiciones necesarias para satisfacer algunas necesidades básicas que son esenciales para el desarrollo de una vida digna.

Según Gendarmería de Chile, al 31 de diciembre del 2014 la población privativa de libertad corresponde a 46.034 personas, distribuidas en los 94 establecimientos penitenciarios del país.

Diversos informes de organismos de derechos humanos muestran que en Chile persisten problemas en el derecho a la atención de salud de las personas privadas de libertad y en las condiciones sanitarias de los establecimientos penitenciarios. Los informes del Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) del 2012 y 2013 señalan que las principales deficiencias estaban en la insuficiente dotación de recursos profesionales de salud en los centros penitenciarios, especialmente médicos, enfermeras y psiquiatras, dificultades en el acceso a la atención en hospitales y centros de salud de la red pública, lo que genera demoras o inexistencia de la atención, condiciones de alto hacinamiento, entre otras. Diversos estudios señalan el gran impacto de los determinantes sociales de la salud sobre esta población (lo que se refleja en que 31,6% de esta no posee previsión en salud, y el 87% no posee educación escolar completa). Esta situación impacta en una mayor prevalencia de enfermedades transmisibles (especialmente VIH-SIDA, hepatitis C, y tuberculosis), de enfermedades de salud mental, de enfermedades crónicas no transmisibles en mujeres y hombres, mayores adicciones, y problemas de salud bucal.

El convenio de colaboración entre el Ministerio de Salud y Ministerio de Justicia (Res. Ex. N° 311 del 2012) y el compromiso adquirido el 30 de mayo de 2014 entre la Ministra de Salud y el Ministro de Justicia constituyen el marco de referencia para levantar las brechas existentes en materia sanitaria, establecer un cronograma de trabajo para superarlas y evaluar los costos asociados de estas acciones.

Respecto de las mujeres privadas de libertad y sus hijos, el Sistema de Protección Integral a la Infancia "Chile Crece Contigo" desarrolla acciones en los recintos penitenciarios.

El desafío como Estado es avanzar en el cumplimiento de los estándares internacionales en materia de asistencia sanitaria y protección de la salud de las personas privadas de libertad.



MEDIO AMBIENTE

EL MEDIO AMBIENTE puede ser entendido como el conjunto de condiciones físicas, químicas, biológicas, sociales, culturales y económicas con las que interactúan los seres humanos. Por ello y en conjunto con el perfil demográfico, los procesos de urbanización y los mecanismos de globalización pueden tanto acelerar como retrasar la propagación de enfermedades transmisibles, e incrementar o disminuir la carga de enfermedades crónicas no transmisibles.

El ser humano es vulnerable a los riesgos del medio ambiente a lo largo de toda su vida. En este sentido la salud ambiental engloba factores ambientales que pueden incidir en la salud de las personas. Su ámbito de acción se basa en la creación de ambientes propicios para la salud y en la prevención de enfermedades (OMS, 2010).

Los "riesgos ambientales tradicionales" se vinculan con la pobreza y el insuficiente desarrollo, como falta de acceso a servicios de agua potable y alcantarillado, de limpieza urbana, vivienda, y contaminación intradomiciliaria por uso de combustibles sólidos. Mientras que los "riesgos ambientales modernos" se relacionan con el progreso económico de los países, como la contaminación del agua, industria y agricultura intensiva, contaminación atmosférica vehicular e industrial, etc. En países desarrollados predominan los riesgos "modernos", mientras que en países en desarrollo como Chile conviven ambos tipos de riesgo.

Se calcula que 24% de la carga de morbilidad mundial y 23% de todos los fallecimientos pueden atribuirse a factores ambientales (OMS, 2006). En países en desarrollo, la mortalidad atribuible a causas ambientales alcanza el 25%, mientras que en los desarrollados es de 17% (OMS, 2004). Según estimaciones recientes, cada año se registran más de 13 millones de muertes provocadas por causas ambientales prevenibles y casi un tercio de la carga de mortalidad y morbilidad en las regiones menos desarrolladas se debe a causas ambientales.

Junto a su relevancia sanitaria, estos problemas tienen gran impacto en la opinión pública. En Chile, la población identifica como problemas sanitarios ambientales de su entorno la contaminación del aire, la contaminación acústica, la falta de áreas verdes, los malos olores, la presencia de microbasurales, la deficiente evacuación de aguas-lluvia e inundaciones, la contaminación del suelo y del agua, entre otros (ENCAVI 2006).

MEDIO AMBIENTE



El acceso a saneamiento es un aspecto sanitario de relevancia para la prevención de enfermedades, su ausencia se vincula a pobreza e inadecuada calidad de vida. Las últimas cifras de nuestro país indican que el 99% de la población cuenta con servicio de recolección de aguas servidas reglamentario, no obstante esta cifra no refleja la brecha que existe entre población urbana y rural, donde las coberturas de alcantarillado alcanzan el 97% y el 60%, respectivamente.

Con el objeto de disminuir las inequidades en el acceso a saneamiento, es necesario reforzar la vigilancia de las aguas servidas en zonas rurales, lo que ayudará a establecer prioridades de saneamiento y gestionar con el intersector recursos para aumentar la cobertura y finalmente disminuir la brecha entre población rural y urbana.

La contaminación del aire no solo se produce por las emisiones generadas por vehículos, industrias y actividad propia de las ciudades, sino que también existe una del tipo intramuros producto de nuestros propios hábitos o actividades, como cocinar, calefaccionar o fumar. En este sentido se vuelve necesario avanzar en un diagnóstico respecto de los niveles de contaminación en los domicilios, que permita enfocar los esfuerzos para reducirla.

Las iniciativas que desde salud se pueden desarrollar para disminuir la exposición diaria a contaminación del aire son: generar información sistematizada para evaluar el nivel de exposición de las personas a estos contaminantes; analizar información respecto de las emisiones de fuentes fijas, y promover la coordinación intersectorial.

Existen múltiples factores del medio ambiente propios de las ciudades que pueden afectar la salud y calidad de vida de las personas, dentro de estos se encuentran la cantidad de áreas verdes, estas generan escenarios adecuados para actividades recreativas y sociales, y promueven la participación y cohesión social, factores protectores de la salud.

De acuerdo con el estándar de Naciones Unidas y OMS, la densidad ideal de áreas verdes debe ser mayor o igual de 9 m² transporte a pie desde las viviendas. El promedio de m² por habitante en la Región Metropolitana es de 4,7 m², donde algunas comunas poseen solo 1,2 m², mientras que otras llegan 18,3 m² por habitante. Por lo anterior se hace necesario contribuir al aumento, mejoramiento y mantención de áreas verdes urbanas, mediante el trabajo intersectorial.

La gestión de residuos sólidos municipales presenta serias falencias en relación con la disposición de los residuos sólidos recolectados, registrándose, al 2014, 93 sitios de disposición final que no cumplen condiciones sanitarias mínimas. En este sentido es importante avanzar para que la disposición final de residuos sólidos y de residuos peligrosos e infecciosos, posea un manejo sanitario adecuado.

CONDICIONES AMBIENTALES



META

BAJAR EN 15% EL PORCENTAJE DE PERSONAS QUE IDENTIFICAN PROBLEMAS DE CONTAMINACIÓN DE AIRE EN SU LOCALIDAD.

BAJAR EN 10% EL PORCENTAJE DE PERSONAS QUE IDENTIFICA PROBLEMAS ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE MICROBASURALES Y FALTA DE ÁREAS VERDES EN SU LOCALIDAD.

LOGRAR QUE EL 99% DE LA POBLACIÓN CUENTE CON ACCESO A AGUA POTABLE. LOGRAR QUE EL 97% DE LA POBLACIÓN CUENTE CON DISPOSICIÓN DE AGUAS SERVIDAS REGLAMENTARIA.

.....

Condiciones ambientales saludables para la calidad de vida de las personas

Lograr que:

- La exposición diaria a contaminación ambiental del aire baje a 11,7 por mil días ciudad.
- 75% de los residuos sólidos peligrosos cuenten con una buena disposición final.
- 90% de las viviendas en zonas rurales cuentan con acceso a agua potable y a disposición de aguas servidas.
- 9,7% de las comunas seleccionadas aumenta sus metros cuadrados de áreas verdes por habitante.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS



META

BAJAR 10% LA TASA PROMEDIO DE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS DE HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS EN BROTE.

.....

Vigilancia y fiscalización de todas las intoxicaciones alimentarias

- Lograr que el 100% de las intoxicaciones alimentarias sean investigadas por la autoridad de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA) son una importante carga de enfermedad en el mundo, provocando además pérdida de productividad, costos asociados al uso de los servicios de salud y a la implementación de políticas de inocuidad de los alimentos.

Se han descrito cerca de 250 agentes causantes de ETA, entre los que se incluyen agentes biológicos, físicos y químicos. Factores atribuibles a la ocurrencia de ETA son los actuales hábitos alimentarios, cambios poblacionales con aumento de grupos susceptibles, la globalización del comercio alimentario, el cambio climático y la emergencia de nuevos agentes.

Esto hace que la inocuidad de los alimentos sea una prioridad de salud pública y requiera la implementación de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de ETA, que permita detectar oportunamente la aparición de brotes, conocer su magnitud y diseñar estrategias para su prevención y control.

En Chile, los brotes de ETA son de notificación obligatoria según se establece en el Decreto 158/04, Reglamento sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles de Declaración Obligatoria - MINSAL, el que da las bases para su vigilancia. Anualmente se notifican unos 1.000 brotes, los que una vez notificados, son investigados con el fin de prevenir la aparición de nuevos casos a partir del mismo origen. Para ello la investigación se centra en identificar al agente causal, al alimento involucrado, dónde se perdió la inocuidad y qué factores contribuyeron a ello.

Se presentan estacionalmente, concentrándose en el período estival. El lugar de mayor ocurrencia es el hogar seguido por instalaciones de alimentos, como restaurantes y casinos. El grupo de alimentos más frecuentemente involucrados son platos preparados, productos del mar, huevo/ovoproductos (derivados del huevo) y cárneos.

A su vez, la producción, importación (acción de importar mercancías, costumbres, etc., de otro país. Conjunto de cosas importadas), elaboración, envase, almacenamiento, distribución y venta de alimentos para el consumo de la población se encuentra regulada por el Reglamento Sanitario de los Alimentos (D.S. 977/96 - MINSAL), que establece requisitos a las instalaciones y a los alimentos. En virtud de ello y de las funciones esenciales de salud pública se ejercen los procesos de formalización de instalaciones de alimentos y su posterior fiscalización, a fin de resguardar la condición de inocuidad de estos. Actualmente estas dos funciones se encuentran incorporadas al sistema de gestión de la calidad de la Subsecretaría de Salud Pública, bajo la norma ISO 9001, utilizando en ambas como criterio de gestión el enfoque de riesgo.

La información reclutada en vigilancia, control y fiscalización, así como el estudio de brotes y alertas, es difundida a los distintos niveles de gestión (central/regional e intersectorial), como fórmula para la gestión de eventos relevantes y de prevención de ETA.



INSTITUCIONALIDAD DEL SECTOR SALUD



UN SISTEMA DE SALUD está formado por todas las organizaciones, personas y acciones cuyo objetivo primordial es promover, restaurar o mantener la salud. Esto incluye los esfuerzos para influir en los determinantes de salud, así como las actividades asistenciales (WHO, 2007). Esta definición es más amplia que las propuestas con anterioridad, que principalmente hacían referencia a la atención de salud (WHO, 2000).

En este sistema es fundamental el rol que ejerce el Ministerio de Salud en las áreas de supervisión del funcionamiento de cada parte integrante de este sistema, además de su rol rector y promotor de políticas públicas.

Si bien gran parte del nivel de salud es explicado por elementos ajenos a los sistemas de salud (Lalonde, 1974), para alcanzar objetivos sanitarios, ya sea nacionales o internacionales, los países deben no solo invertir más recursos en estos sistemas, sino también buscar formas innovadoras para que ellos sean más eficientes (WHO, 2007).

Existen distintas formas de analizar los sistemas de salud, y en este caso se utilizará como base la estrategia propuesta por la OMS (WHO, 2009), modificada durante el proceso de construcción de la Estrategia Nacional de Salud. Es así como se presentan por separado ocho áreas fundamentales del sistema de salud chileno: los sistemas de información, los recursos humanos, el financiamiento, la gestión de los servicios de salud, la investigación sanitaria, la gobernanza y participación, la infraestructura y las relaciones internacionales.

INSTITUCIONALIDAD DEL SECTOR SALUD

- Repositorio nacional de datos en salud
- Generación de reportes y estadísticas
- Disponibilidad de datos e información para uso público
- Políticas públicas de salud que utilizan información del repositorio nacional de datos



+
INFORMACIÓN
EN SALUD

- Aplicación en políticas por parte de autoridades o grupos de interés de resultados generados en investigación científica
- Investigación priorizada: funcionamiento y posicionamiento de un sistema de priorización y gestión de las brechas de conocimiento en políticas y sistemas de salud
- Centros de investigación consolidados en torno a temáticas de salud poblacional



+
INVESTIGACIÓN
EN SALUD

- Fortalecimiento de mecanismos de participación ciudadana y trabajo integrado de los directivos del sector
- Mecanismos de participación y ejercicio de derechos implementados en Servicios de Salud y SEREMIs de Salud.



+
PARTICIPACIÓN
SOCIAL

- Fortalecimiento del modelo de inversión en infraestructura



+
INFRAESTRUCTURA



INFORMACIÓN EN SALUD



META

AUMENTAR A 70% LOS ESTABLECIMIENTOS QUE TRIBUTAN INFORMACIÓN DE MANERA EFECTIVA A LA HISTORIA CLÍNICA COMPARTIDA.

.....

Repositorio nacional de datos en salud

Lograr que:

- 70% de los centros de atención primaria de salud y hospitales cuenten con el 100% de Registro Clínico Electrónico.
- 12 Procesos clínicos y administrativos tributan datos al Repositorio Nacional de Datos de Salud.

Generación de reportes y estadísticas

- Lograr que 12 reportes, indicadores y tableros de gestión se generen mediante los registros de datos del repositorio nacional de datos de salud.

Disponibilidad de datos e información para uso público

- Lograr que 12 set de datos y reportes se pongan a disposición de uso público.

Políticas públicas de salud que utilizan información del repositorio nacional de datos

- 80% de los sistemas de información clínicos de salud y 45% de los sistemas de información administrativos se integran al servidor de terminologías clínicas.

Para alcanzar los objetivos estratégicos definidos por el Ministerio de Salud se requiere de sistemas de información que permitan contar con datos de calidad, entregados de manera oportuna para la gestión y toma de decisiones en los diferentes niveles del sector: desde los establecimientos de salud, servicios de salud, secretarías regionales y autoridades de nivel central.

La automatización de los procesos clínicos y administrativos al interior de los establecimientos de salud permitirá contar con una red de salud integrada en todos sus niveles, cuyos datos son recogidos en el origen, en tiempo real y con calidad para optimizar la gestión y la toma de decisiones.

En este contexto, el Ministerio está impulsando que el 100% de los establecimientos públicos de salud del país tengan implementado al 2020 un sistema de registro de la información de los pacientes que atiende y el detalle de las atenciones realizadas y sus resultados.

Para el ámbito primario se deberá utilizar sistemas de información centrados en el modelo de salud familiar. Para el ámbito de especialidad, sistemas centrados en la atención clínica.

La correcta implementación y adecuación de estos sistemas a los procesos de los establecimientos de salud permitirá que la información relevante de cada paciente pueda estar disponible para cuando requiera de atención. En línea, en cualquier lugar del país, respetando la confidencialidad y privacidad y asegurando la continuidad y calidad del cuidado. A esto se le conoce como Historia Clínica Compartida.

Un sistema de información nacional que desde la fuente alimente las estadísticas, la lista de espera y los indicadores del tablero de mando para el nivel local y central, hará posible utilizar herramientas de inteligencia de negocios que provean de indicadores y reportes para mejorar la gestión y el uso de los recursos públicos. También permitirá generar investigación y políticas públicas tendientes a mejorar la salud y bienestar de los habitantes de nuestro país.

“Las inversiones en investigación y desarrollo en salud no solo benefician a la salud presente y futura de las poblaciones, sino que también tienen un impacto positivo en el crecimiento económico de los países [...] Son y deben ser por lo tanto objeto de interés prioritario en todos los países, al margen de sus niveles de ingreso y de sus fases de desarrollo socioeconómico” (Maceira *et al.*, 2010). La OMS ha recomendado que el 2% del presupuesto nacional de salud sea destinado a investigación en salud, meta que muchos países en Latinoamérica no han logrado alcanzar (Stockins, 2000).

Durante los últimos años en Chile la gestión y la asignación de los recursos públicos concursables para investigación en salud están a cargo de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT), que contiene al Fondo de Desarrollo de Ciencia y Tecnología (FONDECYT), y al Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDEF). Al interior del FONDEF se encuentra el Fondo Nacional de Investigación en Salud (FONIS), que cuenta con financiamiento combinado del Ministerio de Salud y del Ministerio de Educación.

Con aportes crecientes, y un promedio de 30 proyectos al año desde 2004 al 2014 el FONIS ha adjudicado 185 proyectos de investigación alcanzando aportes financieros de 4.800 millones de pesos. Los estudios adjudicados en los concursos de FONIS estuvieron dedicados a responder problemáticas de salud pública (55%), problemas clínicos (33%), y psicosociales (12%). La gran mayoría de estos proyectos han sido adjudicados a Universidades (88%), mientras que también han participado Hospitales (7%), y otros organismos de sector público de salud.

A nivel ministerial, departamentos y unidades, entre ellas Economía de la Salud y Epidemiología, desarrollan investigación sanitaria asociada a políticas públicas, ya sea generando investigación dentro del ministerio o licitándola a universidades o empresas privadas de investigación. Asimismo, hay otros actores involucrados que aportarán al cumplimiento de la meta de impacto, entre ellos CONICYT, Sociedades Científicas, instituciones de educación públicas y privadas relacionadas con la investigación en Salud, entre otros. La Estrategia Nacional de Salud propone 3 líneas de acción: 1) Políticas basadas en resultados de esfuerzos investigativos; 2) promover la investigación priorizada y 3) consolidar los centros de investigación en torno a temáticas de salud poblacional.

En primer término se deberá establecer una metodología de formulación de prioridades para la investigación en salud que logre abarcar y concordar las diversas áreas temáticas que resulten relevantes para el país. Para promover la investigación que el país necesita se requieren estímulos sistemáticos a las investigaciones, tanto de financiamiento público como privado, que se realicen en el marco de las prioridades determinadas. Se debe buscar fortalecer las capacidades con personas adecuadamente formadas en las escuelas y centros de estudios de salud. Finalmente los resultados de la investigación deben ser trasladados a la toma de decisiones políticas en salud.

INVESTIGACIÓN EN SALUD



META

AUMENTAR 20% LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN FINANCIADOS CON FONDOS PÚBLICOS (FONIS, FONDEF, ETC.) QUE PRESENTAN UNA TRADUCCIÓN EN POLÍTICAS PÚBLICAS.

Aplicación en políticas por parte de autoridades o grupos de interés de resultados generados en investigación científica

- Aumentar en 10% los proyectos de investigación financiados con fondos públicos en Chile que cuenten con reportes breves destinados a los tomadores de decisión.

Investigación priorizada: funcionamiento y posicionamiento de un sistema de priorización y gestión de las brechas de conocimiento en políticas y sistemas de salud

- Aumentar en 10% las preguntas priorizadas por el Ministerio de Salud que sean abordadas en proyectos de investigación con financiamiento público.

Centros de investigación consolidados en torno a temáticas de salud poblacional

- Aumentar en 10% la contratación de Jornadas Completas Equivalentes de académicos pertenecientes a la red de formadores de salud pública que presentan grado de Doctorado.

PARTICIPACIÓN SOCIAL



META

LOGRAR QUE TODAS LAS SEREMI Y SERVICIOS DE SALUD REALICEN AL MENOS UNA CONSULTA CIUDADANA ANUAL SOBRE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD.

.....

Fortalecimiento de mecanismos de participación ciudadana y trabajo integrado de los directivos del sector

- 100% de los Secretaríos Regionales Ministeriales y Directores de Servicios de Salud participan en la implementación de mecanismos de participación ciudadana.

Mecanismos de participación y ejercicio de derechos implementados en Servicios de Salud y SEREMIs de Salud

- Lograr que el 100% de las Secretarías Regionales Ministeriales y Servicios de Salud implementen Cuentas Públicas y Consejos Consultivos

El gobierno ha definido la participación ciudadana en su Agenda Pro-Participación Ciudadana 2014-2018 como un proceso de cooperación en donde el Estado y la ciudadanía identifican y deliberan conjuntamente acerca de problemas públicos y sus soluciones, con metodologías y herramientas que fomentan la creación de espacios de reflexión y diálogos colectivos, encaminados a la incorporación activa de la ciudadanía en el diseño y elaboración de las decisiones públicas.

Existe un marco legal para la participación social en el sector salud dado por la Ley N° 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública; Ley N° 20.285 sobre Acceso a la Información Pública; Ley N° 19.937, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, Modalidades de Gestión y fortalece la Participación Ciudadana; el Instructivo Presidencial N° 007 de 2014 sobre Participación Ciudadana en la Gestión Pública y la Norma General de Participación Ciudadana en el Ministerio de Salud. Res Ex N° 31 de 2015.

La Participación Ciudadana en Salud se define como la capacidad de incidir en las decisiones respecto de la salud, ya sea que se relacionen con el diseño, implementación, evaluación de políticas, planes, programas y proyectos vinculados con la recuperación, rehabilitación, prevención de enfermedades y promoción de la salud, como también en aquellas decisiones vinculadas al uso e inversión de recursos públicos.

Los principales mecanismos de Participación Ciudadana implementados diferenciadamente en el Ministerio de Salud, en la Subsecretaría de Salud Pública y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, las SEREMI de Salud y los Servicios de Salud son las Consultas Ciudadanas (Diálogos Ciudadanos), Cuentas Públicas, Consejos Asesores Regionales, Consejos de Desarrollo Local, Consejos de la Sociedad Civil y otros consejos consultivos.

Adicionalmente se implementan mecanismos como Diagnósticos Participativos, Presupuestos Participativos, Escuelas de Gestores Sociales, Asambleas, entre otros.

La generación de un Plan de Inversiones es uno de los elementos básicos para contar con redes asistenciales que den respuesta a las necesidades sanitarias de la población, tanto en el ámbito hospitalario como de la Atención Primaria de Salud. Con el fin de materializar dicho plan, para el periodo 2014-2018 se definió el Plan Nacional de Inversiones, que implica destinar más de 4.000 millones de dólares en inversión pública, lo que significa más que duplicar la inversión efectiva de los últimos cuatro años (Programa de Gobierno Michelle Bachelet). Con ello se pretende elevar de manera significativa la capacidad diagnóstica y resolutoria, que comprende la ampliación y fortalecimiento de la red asistencial en todos sus niveles. Lo anterior incluye tanto la reposición y normalización, así como la construcción de nuevos establecimientos.

Del total de hospitales del país, que hoy suman cerca de 200, en el periodo de 24 años comprendido entre 1990 y 2014 se construyeron o mejoraron 78 establecimientos, lo que alcanza a 39%. Pese a los esfuerzos realizados, aún queda mucho por hacer. Los problemas de falta de camas, contar con una infraestructura fuera de norma y la no reposición y actualización de tecnologías y equipamientos, dificulta o impide entregar una atención con los niveles de oportunidad y calidad requeridos. En este contexto, el plan apunta a lograr la normalización, reposición o construcción de más de 60 hospitales, teniendo como meta para este periodo dejar 20 construidos, 20 en construcción y 20 en etapa de estudios o licitación, lo que representa casi un tercio de la actual red hospitalaria.

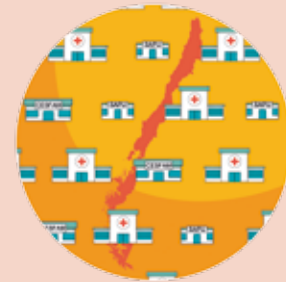
Respecto de la Atención Primaria, el Plan establece para el periodo indicado el compromiso de construir o reponer 100 Centros de Salud Familiar (CESFAM) con recursos del sector Salud, a lo que se agrega la inversión con Fondos Regionales. Se destaca también la inversión en la construcción de 100 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) para fortalecer el modelo de salud familiar con enfoque promocional y preventivo y de 132 Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR), para mejorar la atención de urgencia en el nivel primario.

Además, se contempla la inversión en el mejoramiento de infraestructura y tecnología de Centros Reguladores de la Red del Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU).

El Plan de Inversiones considera también la adquisición y reposición de ambulancias, cuyo objetivo es reemplazar a todos los vehículos en mal estado y duplicar el actual parque, de modo que a fines del periodo se tendrán 1.900 ambulancias en óptimo funcionamiento. Además de la implementación del proyecto Sistemas de Inventario y Mantenimiento de Equipos Médicos.

El relevar la inversión en infraestructura, equipamientos, tecnologías y ambulancias durante la actual administración, representa el compromiso efectivo con el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década, que se traducen en el fortalecimiento del sector público de salud.

INFRAESTRUCTURA



META

AUMENTAR EN 30 LOS HOSPITALES EN OPERACIÓN, CON MEJORAMIENTO, NORMALIZACIÓN Y/O REPOSICIÓN
AUMENTAR EN 150 LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN OPERACIÓN, CON MEJORAMIENTO, NORMALIZACIÓN Y/O REPOSICIÓN.

Fortalecimiento del modelo de inversión en infraestructura

Lograr que:

- 100% de los Servicios de Salud cuenten con el Modelo de Gestión de Red que incluye análisis de infraestructura, elaborado y actualizado al menos cada 10 años.
- 100% de los Servicios de Salud sean capacitados en materia de inversión hospitalaria y atención primaria.
- 100% de los Servicios de Salud cuenten con registro de equipamiento en hospitales, actualizado cada 4 años, según metodología de estudio preinversional.

GESTIÓN DEL PERSONAL DE SALUD



META

LOGRAR QUE EL 80% DE LOS FUNCIONARIOS DE LA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA PRESENTEN "RIESGO BAJO" EN LAS DIMENSIONES DE EVALUACIÓN DE RIESGO PSICOSOCIAL.

AUMENTAR LA DENSIDAD DE PROFESIONALES NUCLEARES (MÉDICOS, MATRONAS Y ENFERMERAS) DE 23,9 A 32 POR 10 MIL BENEFICIARIOS FONASA A NIVEL PAÍS

.....

Dotación adecuada de personal en el sector salud

- Lograr que 80% de los hospitales construidos y en operación cuenten con dotación adecuada de personal.
- Lograr que el 100% de los funcionarios de la Subsecretaría de Salud Pública tengan cargos asociados.

Adquisición y desarrollo de competencias

- Lograr que 55% de la funcionarios aprueben actividades del Programa Anual de Capacitación en áreas prioritizadas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Lograr que 75% de capacitaciones se realicen de acuerdo con lineamientos estratégicos anuales de la Subsecretaría de Salud Pública.

Mejores condiciones laborales

- Lograr que el 75% de los funcionarios acceda a programas de calidad de vida laboral.

Para lograr el objetivo planteado se han identificado tres áreas de trabajo a priorizar: disponer de la dotación adecuada de personal en el sector salud, fortalecer la formación en competencias adecuadas y mejorar las condiciones laborales de los trabajadores de la salud.

Por dotación adecuada se entiende personas que trabajan en el sector salud con formación y competencias adecuadas para realizar las distintas funciones en áreas sanitarias, asistenciales, de apoyo y directivas en las instituciones del sector en condiciones laborales en cumplimiento de la normativa laboral vigente.

Para las redes asistenciales se ha priorizado la dotación para la cartera de proyectos del Plan 20/20/20, en estado de construidos y en construcción, por lo que se espera que los Servicios de Salud informen anualmente el estado de provisión de cargos asociados a las líneas de cierre y puesta en marcha, indicando las áreas a que fueron destinados y mecanismos de reclutamiento y selección, procurando que ellos se ajusten a perfiles de competencia previamente definidos.

La Subsecretaría de Salud Pública prioriza la aplicación de evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo, los que son entendidos como todas las situaciones y condiciones del trabajo que se relacionan con el tipo de organización, el contenido del trabajo y la ejecución de la tarea, los que tienen la capacidad de afectar, en forma negativa, el bienestar y la salud (física, psíquica o social) del trabajador y sus condiciones de trabajo. Esto con el fin de contar con antecedentes que permitan tomar acciones para propender a disminuir o atenuar causas que van en directa relación con el desarrollo del trabajo y enfermedades causadas por el ejercicio de este mismo.

Se considera que las competencias del personal deben estar en concordancia con las definiciones estratégicas organizacionales y los énfasis de gestión de la autoridad, todo ello conforma los principios rectores para la definición de los lineamientos estratégicos de capacitación anuales y cuyas principales directrices son plasmadas en los Planes y Programas de Capacitación Anual (PAC) dirigidos al personal de salud. Por lo que las actividades prioritizadas en esta materia deben ser pertinentes a dicho Plan.

Para la mejora de las condiciones laborales se plantea que los Servicios generen PAC que incorporen atención clínica biopsicosocial para los y las trabajadores, centrados en la prevención y promoción de la salud, y que paralelamente tengan una adecuada capacidad de respuesta en caso de patologías. Por otra parte, se espera incorporar dentro de los planes anuales de capacitación, líneas referidas al buen trato laboral y, por último, se considera necesario generar una estrategia comunicacional para difundir los alcances de la política diseñada. Para el caso de la Subsecretaría de Salud Pública, las condiciones laborales propenden ser mejoradas por medio de la ejecución de actividades del Programa de mejoramiento de los ambientes de trabajo, elaborado por cada SEREMI y nivel central.

El gasto en salud no solamente contribuye a mejorar la salud de la población, ya que la evidencia señala que una población sana es también un factor necesario para una economía robusta.

La población chilena se encuentra en un proceso de envejecimiento y transformación epidemiológica, lo que significará un mayor gasto en salud. Según un estudio de la Superintendencia de Salud, se espera para el 2025 que la población mayor a 60 años supere el 20% de la población total, lo que significará un aumento en el gasto en salud. (Superintendencia de Salud, 2006). La proyección del gasto en salud de los mayores de 60 años de edad hasta el 2020 muestra un incremento promedio anual de 17%.

Teniendo en cuenta lo anterior, el foco se centra en dos elementos importantes relacionados al financiamiento del sector salud en Chile: el gasto de bolsillo y la eficiencia financiera del sector.

En lo que respecta al gasto de bolsillo, este corresponde a los gastos que recaen directamente sobre el paciente, y en que el seguro no cubre el costo completo de los bienes o servicios de salud al momento de su uso. Esto incluye los copagos, la automedicación y otros gastos pagados directamente por los hogares (OCDE, 2010).

En Chile el gasto de bolsillo es la segunda fuente de financiamiento más importante, siguiendo de cerca al gasto público total en salud (34,0% y 47,4%, respectivamente). Considerando el contexto internacional, la proporción del gasto total en salud financiada por gasto de bolsillo en Chile resulta considerablemente mayor que la del promedio de los países de la OCDE. Por su parte, el Reporte Mundial de Salud 2010 señala la importancia del desarrollo de sistemas de financiamiento de la salud que se basen cada vez más en los prepagos y cada vez menos en los pagos directos (WHO, 2010a).

Respecto de la eficiencia financiera del sector, en los Servicios de Salud se han realizado importantes esfuerzos en procurar una gestión financiera eficiente, especialmente al interior de la gestión hospitalaria. El financiamiento hospitalario puede tomar diferentes formas, dependiendo de la manera en que se genera el pago, o el riesgo generado para los diferentes participantes del sistema (financiador y prestador de servicios).

Las metas de este capítulo, relacionadas al fortalecimiento del financiamiento del sector, son disminuir el gasto de bolsillo, y mejorar la eficiencia financiera.

Dentro del sistema público de salud se privilegió la gestión financiera hospitalaria, en cuanto esta se lleva la mayor parte del gasto del sector. Es decir, se propicia la eficiencia financiera, mediante el logro de equilibrio financiero, sin descuidar cumplir con los objetivos sanitarios del sector.

GESTIÓN FINANCIERA



META

BAJAR EN 20% EL GASTO DE BOLSILLO SOBRE EL GASTO TOTAL EN SALUD.

LOGRAR QUE EN EL 100% DE LOS SERVICIOS DE SALUD, LOS HOSPITALES PRESENTEN EQUILIBRIO FINANCIERO.

Fortalecimiento de la gestión financiera

Lograr que:

- 90% de los Servicios de Salud logren aumentar sus ingresos de operación con un estándar de variación (UIPC+3%) en relación con el año anterior.
- 90% de los Servicios de Salud logre el estándar de 85% o más en la relación ingresos percibidos sobre devengados del mismo año (subtítulo 07 y 12).
- 95% de los Servicios de Salud alcancen estándar de 85% o más en la relación ingresos percibidos sobre devengados del mismo año (subtítulo 08).

Eficiencia en el uso de recursos de la red asistencial

Lograr que:

- 80% de los hospitales autogestionados tengan una utilización de camas básicas de entre 80 y 90%.
- 100% de los hospitales con egresos hospitalarios anuales con estadía prolongada menor al 6,5%
- 85% de los hospitales autogestionados tengan 85% o más de horas disponibles de pabellones quirúrgicos que son ocupadas (horas electivas).

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD – RISS



META

DISMINUIR 10% LA TASA DE HOSPITALIZACIONES POR INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.
DISMINUIR 10% LA TASA DE HOSPITALIZACIONES POR INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN HOMBRES MENORES DE 50 AÑOS.

Aceso y oportunidad de la atención en salud

- Lograr que 58% de pacientes en lista de espera para consulta nueva de especialidad no supere el año de espera.

Fortalecimiento de la referencia y contrarreferencia dentro de los Servicios de Salud

- Lograr que 70% de las referencias entre componentes de servicios de salud para especialidades sean pertinentes.

Uno de los principales desafíos de los servicios de salud es superar la fragmentación. Al existir esta se manifiesta en varios aspectos: falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios ofrecidos en lugares lejos de las personas. A nivel de la experiencia de los usuarios, la fragmentación se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con sus necesidades.

Como estrategia para abordar esta fragmentación, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone la existencia de las Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la atención primaria (RISS). Estas se definen como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de Salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuenta de sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve” (2010). La OPS considera que las RISS son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la Atención Primaria de Salud a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer realidad varios de sus elementos más esenciales, como la cobertura universal en salud (incluyendo el acceso); el primer contacto; la atención integral de salud, atención continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria, y la acción intersectorial, entre otros.

En este contexto las RISS contribuyen a superar los desafíos de la fragmentación tendiendo a optimizar y garantizar el acceso a los servicios; mejorar la calidad técnica en la prestación de servicios; propiciar el uso racional y eficiente de los recursos disponibles; mejorar la baja satisfacción de los ciudadanos con los Servicios de Salud recibidos.

Las estrategias propuestas para alcanzar el objetivo de impacto son:

- Protocolización de los estándares de referencia y contrarreferencia único para la red asistencial (Servicio de Salud).
- Ajustar y monitorear el cumplimiento de la programación de atención especializada ambulatoria basada en la programación de la atención primaria de su red asistencial.
- Potenciar el trabajo coordinado entre los Servicios de Salud que componen cada una de las macrorredes con foco en la resolución de los problemas de salud de las personas.
- Orientar la oferta de controles de crónicos según estratificación por riesgo.

El escenario global observa un aumento sostenido de la carga de enfermedades no transmisibles (ENT); servicios de salud sobrecargados en sus capacidades por situaciones de emergencias y desastres; y una mayor exposición a la transmisión de enfermedades por el incremento en la circulación de personas, bienes y servicios, lo que enfrenta a los países a la necesidad de aunar esfuerzos mediante la integración y la colaboración.

La política exterior chilena promueve la integración entre países, lo que fortalece la participación que el sector salud tiene en los diferentes mecanismos de integración existentes como los Comités de Desarrollo Fronterizo, Reuniones Bilaterales, MERCOSUR-Salud, Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), UNASUR-Salud, Alianza del Pacífico, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE por sus siglas en inglés), Foro de Cooperación Económica Asia-Pacífico (APEC por sus siglas en inglés) y Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, entre otros. La participación activa de los representantes de Salud refleja el compromiso del Ministerio de Salud para fortalecer las iniciativas y acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación en beneficio de sus habitantes.

Para el Sector Salud, tanto las relaciones internacionales como la cooperación están radicadas en la Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales, la que tiene por misión contribuir al logro del Programa de Gobierno, materializar la Política Exterior de Chile desde el ámbito de salud, y apoyar el logro de sus objetivos estratégicos en Salud, representando y posicionando al país en el contexto de la Salud Global.

COOPERACIÓN INTERNACIONAL



META

MANTENER EN 75% EL PORCENTAJE DE CONTRAPARTES TÉCNICAS QUE PARTICIPAN EN ACTIVIDADES DE LA AGENDA Y LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL.

.....

Cooperación Técnica

- Lograr que se ejecuten 4 demandas de cooperación técnica por año.

Participación en agenda internacional

- Lograr que se ejecuten 7 actividades por año de las planificadas en la agenda internacional.

Difusión de actividades de cooperación

- Lograr que se incluya una sección de actividades de cooperación y relaciones internacionales al año en el portal www.ocai.cl



CALIDAD DE ATENCIÓN

LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN en salud es un concepto reconocido en la literatura por su multidimensionalidad. En términos generales, la OMS sugiere que “una definición de calidad necesita tomar una perspectiva del sistema de salud como un todo y reflejar preocupación por los resultados obtenidos, tanto por los usuarios de los servicios como por las comunidades enteras” (WHO, 2006). Si bien existen muchas definiciones de calidad, un sistema de salud deberá mejorar en todas las dimensiones de esta, pero en especial en aquellas más sentidas por la población o de mayor impacto económico, como son: acceso, seguridad, efectividad, eficiencia, aceptabilidad centrada en el paciente, equidad y satisfacción usuaria. Estos factores son abordados por el presente Eje Estratégico mediante iniciativas para reducir listas de espera excesivamente prolongadas, fortaleciendo los mecanismos que aseguren la calidad en establecimientos de atención de salud, buscando mejorar la calidad de productos médicos y de tecnologías sanitarias, y buscando satisfacer las expectativas de los usuarios del sistema.

La relación entre la calidad de la atención y los resultados en salud ha sido ampliamente documentada (Donabedian *et al.*, 1982). El mejoramiento de las dimensiones de calidad tendrá efectos en las grandes metas sanitarias, como la reducción de la mortalidad, morbilidad, las desigualdades en salud, y el aumento de la satisfacción de los usuarios.

Desde otra perspectiva, la valoración social del sistema de atención en salud depende no solo de la capacidad resolutoria, de la oferta de servicios y de la calidad técnica de los profesionales, entre otros factores, sino también de aspectos no médicos, vinculados a la atención. Como la consideran algunos autores, la satisfacción usuaria es una “evaluación de la entrega de servicios de calidad que satisfagan a usuarios y usuarias” (Gnecco, 2006; Donabedian, 1992). Esta aproximación hace alusión al efecto que respecto de la percepción de la población usuaria tienen los resultados en salud.

En definitiva, la calidad de la atención en salud es resultado de la interacción entre aspectos técnicos y no técnicos que se deben considerar al momento de abordar esta problemática.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN



La seguridad y la calidad de la atención son componentes fundamentales de la atención de salud. Bajo esta perspectiva se han desarrollado instrumentos de política pública que cada vez con mayor fuerza instalan nuevos paradigmas en la actividad asistencial, consolidando el modelo de garantías de nuestro sistema de salud.

La Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud es uno de los mencionados instrumentos. Consiste en un proceso periódico de evaluación, al que se someten voluntariamente los prestadores institucionales que cuentan con su autorización sanitaria vigente, como hospitales, clínicas, centros ambulatorios y laboratorios, respecto del cumplimiento de un conjunto de estándares de calidad fijados y normados por el Ministerio de Salud.

Dicho proceso de evaluación es ejecutado por entidades acreditadoras autorizadas y fiscalizadas por la Superintendencia de Salud y que se encuentran inscritas en el Registro Público de Entidades Acreditadoras.

Por lo demás, el programa de vigilancia de infecciones asociadas a la atención en salud del Ministerio de Salud (IAAS) ha demostrado efectos positivos acerca de la seguridad de la atención de los pacientes. Las mencionadas infecciones son frecuentes, pueden ser graves, ocasionando morbilidad, mortalidad y costos extraordinarios a los sistemas de salud. El único estudio mundial publicado estimó una prevalencia de 8,4 infecciones por cada 100 pacientes hospitalizados. Las IAAS pueden tener letalidad de más de 20% en septicemias y neumonías. Cada infección aumenta la hospitalización más de 10 días sobre lo esperado, con pérdida de eficiencia del uso de recursos y con costos sociales importantes.

Los programas de vigilancia, prevención y control de IAAS han demostrado que pueden entregar mejoras sustantivas a los pacientes, en particular cuando se llevan a la práctica medidas preventivas basadas en evidencias.

En Chile, la vigilancia epidemiológica ha demostrado que las tasas pueden disminuirse entre 15% y 77% en 10 años, dependiendo del tipo de infección. Las medidas de prevención de las IAAS tienen una relación costo-beneficio favorable, en especial si se focalizan en los pacientes de mayor riesgo y aplicando prácticas basadas en evidencia.

SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN



META

DISMINUIR EN 20% LA TASA DE NEUMONÍA ASOCIADA AL USO DE VENTILACIÓN MECÁNICA.

Acreditación de la calidad de los prestadores de salud

- Lograr que el 90% de los establecimientos de la red pública de alta, mediana y baja complejidad sean acreditados.

CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS



META

LOGRAR QUE 90% DE LOS FÁRMACOS PRIORIZADOS CUMPLAN CON LAS CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD DEFINIDAS.

.....

Calidad de los medicamentos

- Lograr que 90% de laboratorios farmacéuticos con producción nacional que fabrican medicamentos del listado de priorizados, cumplan con el 90% de los requisitos críticos de la norma BPM, determinada por Asociación Nacional de Medicamentos.
- Lograr que el 90% de medicamentos priorizados sean certificados como bioequivalentes por el Instituto de Salud Pública (ISP).

Vigilancia de medicamentos

- Lograr que 90% de los medicamentos priorizados formen parte del programa de control de esterilidad realizado por el ISP.

Uso racional de medicamentos

- Lograr que 30% y 50% de prescripciones de medicamentos priorizados sean concordantes con el diagnóstico según Guía Clínica en establecimientos de alta complejidad y en centros de salud familiar, respectivamente

Los medicamentos desempeñan un papel crucial en muchos aspectos de la atención de salud y son una herramienta fundamental en las terapias que el equipo de salud tiene a disposición al momento de evaluar, diagnosticar y tratar una patología o cuadro clínico. Si están disponibles, son asequibles y de buena calidad y se usan de manera racional, los medicamentos son una herramienta indiscutiblemente efectiva para muchos problemas de salud.

Los medicamentos deben ser de calidad, seguros y eficaces. De acuerdo a esto existen una serie de procedimientos administrativos y normativas que buscan asegurar dicha condición al equipo de salud y a la población en general. En dichos objetivos participan diversas instituciones, las cuales cumplen sus roles particulares, con el objetivo común de proporcionar seguridad, calidad y eficacia en los medicamentos.

Las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM o GMP por sus siglas en inglés) buscan asegurar la calidad del proceso, y por otra parte, los procesos de equivalencia terapéutica aseguran que la eficacia de dos productos de distinto origen es esencialmente la misma. Estos estándares de calidad, entre otros, garantizan que a la población se le está entregando medicamentos de calidad aceptable.

Una vez que podemos asegurar la calidad del producto, es necesario promover y favorecer el Uso Racional de los Medicamentos (URM), para lograr el efecto farmacológico esperado. El URM, en su concepto amplio, implica que los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad. Es por esto que surge la necesidad de un uso apropiado de los medicamentos, desde la prescripción por parte del profesional habilitado, la dispensación del Químico-farmacéutico y el uso adecuado por parte del paciente.

Todos los ámbitos anteriores se enfocan en que la población, y el equipo de salud, puedan confiar en obtener el efecto deseado, y finalmente a través de esto aportar a mejorar la calidad de la atención.

La Satisfacción Usuaría como una dimensión de la calidad se constituye en una línea estratégica que requiere evaluar, entre otras variables asociadas a la infraestructura, tiempo de espera, información, el trato a los usuarios, entre otros.

El perfil de las/os usuarias/os de los sistemas públicos en salud ha evolucionado, nos encontramos con personas beneficiarias mayoritariamente informadas y empoderadas de sus derechos, por tal razón, más demandantes en la solución de sus necesidades.

Si bien evaluar la calidad de los servicios sanitarios mediante la medición del nivel de satisfacción de sus usuarios ha sido una práctica normal en el sector público de salud, se realiza en términos de población más bien general.

Realizar mediciones de satisfacción usuaria que permitan efectuar análisis de acuerdo con la realidad sociocultural, lo que posteriormente posibilitará elaborar estrategias diferenciadas según sus características.

SATISFACCIÓN USUARIA



META

MANTENER O DISMINUIR EN 18,6% EL ÍNDICE DE INSATISFACCIÓN USUARIA EN ATENCIÓN DE SALUD DE CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

MANTENER O AUMENTAR A 95% EL PORCENTAJE DE USUARIOS SATISFECHOS CON LA ATENCIÓN EN LAS OFICINAS DE INFORMACIONES, RECLAMOS Y SUGERENCIAS (OIRS) DEL MINISTERIO DE SALUD

.....

Satisfacción de los usuarios con los espacios y la atención de las instituciones de salud

Lograr que:

- 80% de los usuarios esté satisfecho con la infraestructura de las Oficinas de Informaciones, reclamos y Sugerencias (OIRS) del Ministerio de Salud.
- 100% de los establecimientos de Atención Primaria de Salud y aquellos dependientes de los Servicios de Salud presenten un puntaje mayor a 6,0 en la medición anual de trato al usuario.



EMERGENCIAS, DESASTRES Y EPIDEMIAS

PARA RESPONDER ADECUADA y oportunamente a las emergencias, desastres y epidemias es necesario mejorar la preparación de las instituciones frente a estos eventos, disminuyendo así el impacto sobre la salud, mitigando el efecto del deterioro de las condiciones ambientales sobre las personas, y evitando los daños en la infraestructura de los establecimientos asistenciales.

De acuerdo con el tipo de amenaza capaz de producir una situación de este tipo, estos pueden ser clasificados en desastres ocasionados por fenómenos naturales; desastres antrópicos o provocados por acción humana como los incendios, las emergencias químicas, etc.; y un tercer tipo referido a las epidemias. Estas por sí solas pueden desencadenar situaciones de emergencias o desastres, o pueden presentarse de manera secundaria apareciendo como una complicación.

Las consecuencias que pueden ocasionar las situaciones de emergencias y desastres incluyen la pérdida de vidas humanas; la afectación física, psíquica y mental en la salud de la población; la destrucción, pérdida o inutilización total o parcial de bienes colectivos y particulares; daños severos en el ambiente; y pérdidas cuantiosas para las zonas afectadas (PNUD, 2004).

Las situaciones de desastre siempre implican problemas de salud pública, donde el sector salud, dependiendo del origen y la magnitud de la situación de emergencia o desastre, debe actuar. Para ello debe establecer o incrementar medidas de saneamiento básico como agua potable y alcantarillado; mantener o fortalecer la vigilancia epidemiológica y el control de brotes; y asegurar la atención oportuna de las víctimas de un desastre, de forma inmediata y diferida.

Esto, sin duda, es un enorme desafío, ya que las personas que trabajan en salud y los centros asistenciales pueden también verse afectados funcional o estructuralmente ante situaciones de este tipo, aumentando la brecha entre una oferta disminuida y una demanda incrementada y compleja. Todas estas son operaciones que ocurren en un escenario de desorden y confusión, que precisa, por ello, una planificación previa. Para hacer frente a una situación así es necesario que existan y se activen los planes correspondientes, y que se dé un adecuado nivel de coordinación de las instituciones y de los sectores públicos y privados.

EMERGENCIAS, DESASTRES Y EPIDEMIAS

- Gestión de riesgos en los ámbitos de preparación, respuesta y recuperación inmediata del sector salud ante emergencias y desastres
- Establecimientos de salud seguros ante situaciones de emergencias y desastres



**EMERGENCIAS,
DESASTRES Y
EPIDEMIAS**

Debido a la especial conformación climática y geográfica Chile se encuentra expuesto a distintos tipos de eventos de carácter natural, a lo que se suman los crecientes eventos adversos de origen humano y resultante de las dinámicas sociales. Los cuales han ocasionado situaciones de emergencias y desastres que han derivado en pérdidas de vidas humanas, afectación de la salud y gran impacto económico. De acuerdo con bases de datos internacionales del Centro para la Investigación de la Epidemiología de los Desastres (CRED), en Chile se registra un aumento en el número de desastres y se puede pronosticar que en los años venideros nuestro país tendrá al menos un desastre por trimestre. Considerando que el Sector Salud es parte fundamental del Sistema de Protección Civil chileno, está llamado a responder adecuada y oportunamente a las emergencias y desastres, protegiendo así la vida y la salud de las personas, por lo que se hace necesario mantener la mejora continua en la preparación del sector frente a estos eventos, todo ello debe ser hecho en función del conocimiento de las amenazas existentes en las diferentes regiones de nuestro país y a la experiencia de los diferentes eventos acontecidos en Chile.

Además, para afrontar estos eventos es importante contar con establecimientos de salud cuyos servicios permanecen accesibles y funcionando a su máxima capacidad instalada y en su misma infraestructura inmediatamente después de un fenómeno destructivo, lo que se traduce en que dichos establecimientos deben garantizar la protección de la vida de los funcionarios y los usuarios, mantener la funcionalidad del establecimiento y proteger la inversión existente, el hospital, y en general los establecimientos de salud deben seguir funcionando para asegurar la atención de los heridos y enfermos que han sido víctimas de estos hechos.

Por ello es importante realizar acciones que permitan realizar evaluaciones a los hospitales de la red de salud por medio del índice de seguridad hospitalaria, desarrollar planes de mejora hospitalaria, así como la incorporación de los criterios de Hospital Seguro en el diseño y construcción de nueva infraestructura, permitirá tener una mayor resiliencia de los establecimientos de salud frente a emergencias y desastres, disminuyendo la interrupción de funcionamiento en los momentos más críticos y de alta demanda de la ciudadanía.

EMERGENCIAS, DESASTRES Y EPIDEMIAS



META

LOGRAR QUE 70% DE LOS DESASTRES NO ALTEREN LA TASA DE MORTALIDAD BRUTA MÁS ALLÁ DE LOS TRES MESES POSTERIORES AL DESASTRE.

Gestión de riesgos en los ámbitos de preparación, respuesta y recuperación inmediata del sector salud ante emergencias y desastres

Lograr que:

- 90% de las instituciones de salud (SEREMI, Servicios de Salud y Hospitales) cuenten con planes de respuesta en Emergencias y Desastres elaborados y actualizados anualmente.
- 30 SEREMI y Servicios de salud cuentan con recurso humano de dedicación exclusiva para Emergencias y Desastres.

Hospitales preparados para emergencias y desastres

Lograr que:

- 25 de los 30 hospitales construidos desde 2011 y evaluados poseen un grado de seguridad alto en los aspectos estructurales, no estructurales y funcionales de acuerdo con el Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH)*.
- 80 de 160 hospitales construidos antes del 2011 poseen un grado de seguridad alto en los aspectos estructurales, no estructurales y funcionales de acuerdo con el Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH).

GLOSARIO

- **Adherencia a Tratamiento:** El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria (1).
- **Actividad:** Conjunto de acciones realizadas a fin de producir los resultados inmediatos. Deben estar claramente vinculadas a la consecución de cada uno de los resultados inmediatos.
- **Artrópodos:** Se dice de los animales invertebrados, de cuerpo con simetría bilateral, cubierto por cutícula, formado por una serie lineal de segmentos más o menos ostensibles y provisto de apéndices compuestos de piezas articuladas o artejos; p. ej., los insectos, los crustáceos y las arañas (2).
- **APGAR:** Es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento, mientras que el puntaje al minuto 5 le indica al médico qué tan bien está evolucionando el bebé por fuera del vientre materno. La prueba de APGAR la realiza un médico, una enfermera obstétrica (matrona) o una enfermera. El profesional de la salud examinará en el bebé lo siguiente: esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca, tono muscular, reflejos y color de la piel (3).
- **Atención Primaria de Salud:** La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (4).
- **Autóctono:** Se dice de los pueblos o gente originarios del mismo país en que viven (2).
- **Cadena de Resultados:** Instrumento que permite establecer una relación lógica entre los resultados esperados en distintos niveles programáticos, garantizando así que todos los recursos de la Organización se emplean para intentar conseguir los resultados formulados. Se basa en el principio de la agregación, que supone que la agregación de resultados en un nivel permitirá el logro del resultado esperado en el nivel superior (5).
- **Carga de Enfermedad:** La carga de la enfermedad en la década de 1990 fue un proyecto global liderado por el Dr. Christopher Murray. Este proyecto fue adelantado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial, y en él se propuso un indicador único para medir el impacto de las pérdidas mortales y no mortales de las enfermedades y los accidentes en las personas (AVAD), para orientar la toma de decisiones por medio de la priorización e inversión económica en salud (6).
- **Caso autóctono:** Caso contraído por el enfermo en la zona habitual de su residencia. (país).
- **Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIIU):** La Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las actividades económicas constituye una estructura de clasificación coherente y consistente de las actividades económicas basada en un conjunto de conceptos, definiciones, principios y normas de clasificación (7).
- **Cobertura:** Término utilizado en la Planificación de Salud, que corresponde al porcentaje de población que es cubierta por un determinado programa (8).
- **Cobertura Universal de Salud:** Capacidad de que toda persona que necesita un servicio de salud lo reciba sin incurrir en dificultades financieras excesivas (9).
- **Compensación:** Estado funcional de un órgano enfermo, especialmente el corazón, en el que este es capaz de subvenir a las exigencias habituales del organismo al que pertenece (2).
- **Desastre:** Se refiere a un evento que supera la capacidad de respuesta de la comunidad afectada, exigiendo el apoyo externo para su enfrentamiento (10).

- **Desigualdad en Salud:** Diferencias en salud entre grupos de personas. En algunas jurisdicciones, se utiliza desigualdad en salud para referirse al mismo significado que inequidad en salud (11).
- **Determinantes Sociales de la Salud:** Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (12).
- **Diagnóstico:** Proceso para determinar el estado y los factores responsables de la salud de una persona. Puede ser aplicado a un individuo, familia, grupo o comunidad. El término se utiliza tanto para el proceso de determinar el estado de salud como para las conclusiones sobre el mismo (13).
- **Emergencia:** Se refiere a un evento en donde las acciones de respuesta se puedan manejar con los recursos disponibles localmente (10).
- **Endémico:** Significa que la enfermedad ocurre de manera continua y con una regularidad previsible en un área o población específica (14).
- **Enfermedades no Transmisibles:** También denominadas enfermedades crónicas, las enfermedades no transmisibles son afecciones prolongadas y que, generalmente, avanzan en forma lenta. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las afecciones cardiovasculares (por ejemplo, ataques cardíacos y apoplejías), el cáncer, los trastornos respiratorios crónicos (por ejemplo, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes (11).
- **Epidemia:** La incidencia de casos de enfermedad superior a lo que normalmente se prevé en una determinada comunidad, área geográfica o temporada (11).
- **Epidemiología:** El estudio del acontecimiento y causas de los efectos de salud en poblaciones humanas. Un estudio epidemiológico compara a menudo dos grupos de personas que son semejantes excepto por un factor, como la exposición a un químico o la presencia de un efecto sobre la salud. Los investigadores intentan determinar si cualquier factor se asocia con el efecto sobre la salud (15).
- **Equidad:** La ausencia de diferencias en la salud que no solo son innecesarias y evitables, sino que también se consideran injustas. La equidad en salud no implica que todas las personas deban tener resultados de salud idénticos; sin embargo, supone que todos los grupos de la población deben contar con igualdad de oportunidades en salud y, en consecuencia, que no haya diferencias sistemáticas en el estado de salud entre los grupos (11).
- **Gasto Devengado:** Es aquel desembolso registrado en el momento en que nace como obligación. Lo que significa que es registrada en el mismo instante en que surge la obligación de pago y no en el momento en que dicho egreso se hace efectivo (16).
- **Grupos Vulnerables:** La vulnerabilidad en salud se entiende como la desprotección de ciertos grupos poblacionales ante daños potenciales a su salud, lo que implica mayores obstáculos y desventajas frente a cualquier problema de salud debido a la falta de recursos personales, familiares, sociales, económicos o institucionales (17).
- **Hipertensión:** La presión arterial es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias, a medida que el corazón bombea sangre a través del cuerpo. Hipertensión es otro término empleado para describir la presión arterial alta. Las lecturas de la presión arterial generalmente se dan como dos números. El número superior se denomina presión arterial sistólica y el número inferior, presión arterial diastólica. Por ejemplo, 120 sobre 80 (escrito como 120/80 mmHg) (18).
- **Impacto:** Son los cambios en el bienestar de la población relacionados con la salud o sus determinantes que ocurren en el largo plazo de manera sostenible. Por ejemplo, una mejora de la situación sanitaria de la población conseguida gracias a una disminución de la morbilidad y la mortalidad, la eliminación o erradicación de una enfermedad, una disminución de la prevalencia de factores de riesgo, financiamiento equitativo, entre otros.

- **Incidencia:** Número de casos nuevos de una enfermedad que se presentan durante un período determinado, en relación con la población donde ocurren. Generalmente se expresa en forma de tasa (19).
- **Inequidad en Salud:** Desigualdades injustas, evitables o remediables en la salud de la población de un país, o entre poblaciones de diversos países. Estas diferencias surgen a partir de procesos sociales y no son naturales (11).
- **Ingreso Devengado:** Es aquel activo registrado en el momento en que nace como derecho. Lo que significa que se registra en el mismo instante en que surge el derecho de percepción del pago y no en el momento en que dicho ingreso se hace efectivo (16).
- **Interculturalidad:** Significa "entre culturas", pero no simplemente un contacto entre culturas, sino un intercambio que se establece en términos equitativos, en condiciones iguales. Debe ser entendida como un proceso permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre personas, grupos, conocimientos, valores y tradiciones distintas, orientada a generar, construir y propiciar un respeto mutuo, y a un desarrollo pleno de las capacidades de los individuos, por encima de sus diferencias culturales y sociales (20).
- **Leptospirosis:** Es una enfermedad zoonótica de potencial epidémico, principalmente después de fuertes lluvias. Ocurre en todo el mundo y está emergiendo como un problema de salud pública, en países tropicales y subtropicales, afectando más a las poblaciones vulnerables. Los seres humanos adquieren la leptospirosis generalmente por contacto directo con la orina de animales infectados o con un ambiente contaminado por orina (25).
- **Morbilidad:** Relación entre el número de afectados de una enfermedad determinada y la población total de una zona (19).
- **Morbimortalidad:** Concepto que combina dos términos morbilidad y mortalidad, se utiliza principalmente en estadística, ya que permite brindar información relativa a causas de muertes en una población determinada. Y se refiere al número de personas afectadas por una enfermedad que mueren en un espacio y periodo determinados.
- **Mortalidad:** Relación entre el número de muertos por todas las causas y la población total de una zona (19).
- **Niveles de atención:** Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven. Clásicamente se distinguen tres niveles de atención (21), estos son:
 - **Primer Nivel:** Es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención, básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. (21).
 - **Segundo Nivel:** Se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población (21).
 - **Tercer Nivel:** Se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen (21).
- **Pesquisa:** Acciones diagnósticas tendentes a identificar el estado de salud individual en grupos de población, con la finalidad de establecer los factores de riesgo existentes y descubrir tempranamente la morbilidad oculta (22).
- **Prevalencia:** Número de casos de una infección o enfermedad que existe en un grupo específico de población en un momento determinado (19).

- **Proyección:** Este término es usado en dos sentidos. El primero es en relación con una serie de tiempo que significa un valor futuro calculado de acuerdo con los cambios predeterminados integrando ciertos supuestos para ello. Mientras que la segunda utilización se realiza en la teoría de probabilidades para denotar la expectativa condicionada de una variable aleatoria (23).
- **Psicosocial:** De la conducta humana en su aspecto social o relacionado con ella.
- **Rehabilitación:** La rehabilitación y la habilitación son procesos destinados a permitir que las personas con discapacidad alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico o social. La rehabilitación abarca una amplia variedad de actividades, como atención médica de rehabilitación, fisioterapia, psicoterapia, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y servicios de apoyo (24).
- **Resultados Esperados:** Son los cambios en el bienestar de la población relacionados con la salud o sus determinantes que ocurren a corto o mediano plazo atribuibles a las intervenciones del sector o intersector además de aquellos cambios que pueden afectar la capacidad y funcionamiento del sistema de salud. Por ejemplo, la cobertura de una intervención o el desempeño del sistema de salud, como la cobertura de vacunación, la cobertura de tratamiento o el acceso a la atención.
- **Resultados Inmediatos:** Todo aquello que el sector e intersector pretende hacer para contribuir al logro de los resultados esperados, y sobre lo que tendrán que rendir cuentas. Se refiere a resultados asociados directamente a los productos y servicios en cada nivel de responsabilidad. Por ejemplo: estándares normativos, intervenciones, programas, directrices, entre otros.
- **Tasa de Mortalidad Bruta:** Es una medida "resumen", en el sentido que no considera características de la población que influyen en la ocurrencia de la mortalidad. En las tasas brutas el denominador está compuesto por la población total expuesta a un evento, en este caso la muerte (25).
- **Tamizaje:** El concepto de tamizaje se refiere a la evaluación masiva de sujetos asintomáticos respecto de una patología específica y antes que ellos consulten espontáneamente. Se entiende por pruebas de tamizaje aquellos exámenes aplicados con el fin de identificar una población, aparentemente sana, en mayor riesgo de tener una determinada enfermedad, que hasta ese momento no se les ha diagnosticado (26).
- **Tasa Proyectada:** Una tasa se refiere a la medida de la frecuencia de un fenómeno de interés. Por lo que una tasa proyectada es la ocurrencia de eventos en un intervalo futuro específico de tiempo (23).
- **Trabajo Intersectorial:** La colaboración entre los diversos sectores del Estado, así como en todos sus niveles, con el fin de lograr el bienestar de la población y disminuir las inequidades.
- **Trabajo Multidisciplinario:** Consiste en el trabajo conjunto y colaborativo de investigadores o profesionales provenientes de diferentes campos del conocimiento para solucionar un problema utilizando las teorías y metodologías de sus propias disciplinas (27).
- **Transición Epidemiológica:** Es una teoría que postula la transición de un patrón de causas de muerte dominado por enfermedades infecciosas, con muy alta mortalidad especialmente en las edades más jóvenes a un patrón dominado por enfermedades degenerativas y afecciones producidas por la acción del hombre, como las formas más importantes de morbilidad y causa de muerte (28).
- **Triquinosis:** La triquinosis es una enfermedad causada por el consumo de carne mal cocida y que contiene quistes (larvas o gusanos inmaduros) de *Trichinella spiralis*. La *Trichinella spiralis* puede encontrarse en la carne de animales como el cerdo, el oso, la morsa, el zorro, la rata, el caballo y el león (29).
- **Vigilancia Epidemiológica:** Es un proceso regular y continuo de observación de la presencia y distribución de la enfermedad en una población, así como de los hechos o factores que influyen en el riesgo de enfermar de esa población. Su propósito principal es suministrar información válida y oportuna para la adecuada planificación, ejecución y evaluación de las actividades e intervenciones de salud pública, y por consiguiente, para la toma de decisiones (10).

ACRÓNIMOS

BCG:	Bacillus Calmette-Guerin. Vacuna contra la tuberculosis.
DEIS:	Departamento de Estadísticas e Información en Salud.
DIGERA:	División de Gestión de Redes Asistenciales de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.
DIPLAS:	División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud.
DIPOL:	División de Políticas Saludables y Promoción de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud.
DIPRECE:	División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud.
DIVAP:	División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.
ENCAVI:	Encuesta de Calidad de Vida.
GES:	Garantías Explícitas en Salud.
IPC:	Índice de Precios al Consumidor.
JUNAEB:	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.
JUNJI:	Junta Nacional de Jardines Infantiles.
MINEDUC:	Ministerio de Educación.
MINSAL:	Ministerio de Salud.
OCDE:	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
OIT:	Organización Internacional del Trabajo.
OMS/WHO:	Organización Mundial de la Salud.
OPS:	Organización Panamericana de la Salud.
PUC:	Pontificia Universidad Católica de Chile.
SENDA:	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.
SEREMI:	Secretaría Regional Ministerial.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Organización Mundial de la Salud.** *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. pruebas para la acción.* Washington D.C. : Organización Panamericana de la Salud, 2004.
2. **Real Academia Española.** *Diccionario de la lengua española.* Consulta On line 7/7/2015. <http://lema.rae.es/drae/?val=artr%C3%B3podo>.
3. **Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU.** MedLinePlus. APGAR. [En línea] 2011. [Citado el: 07 de 07 de 2015.] <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003402.htm>.
4. **Organización Panamericana de la Salud.** *Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. Serie N°1: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas.* s.l. : Organización Panamericana de la Salud, 2008.
5. **Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura - UNESCO.** *El método de programación, gestión y supervisión basadas en los resultados (GBR) y su aplicación en la UNESCO.* Paris : s.n., 2011.
6. **Garzón Duque, María Osley.** *Carga de la enfermedad.* Revista CES Salud Pública. Volumen 3, Número 2, Julio-Diciembre 2012, pág. 289-295: s.n., 2012. 2145-9932.
7. **ONU.** *Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las actividades económicas (CIIU).* Nueva York : ONU, 2009.
8. **Departamento de Estadísticas e Información de Salud - Ministerio de Salud.** Departamento de Estadísticas e Información de Salud - DEIS. *Cobertura.* [En línea] [Citado el: 04 de 08 de 2015.] http://www.deis.cl/?page_id=685.
9. **Coverage, Monitoring Intervention Coverage in the Context of Universal Health.** *Ties Boerma, Carla AbouZahr, David Evans, Tim Evans.* 9, 2014, Vol. 11.
10. **Ministerio de Salud - Organización Panamericana de la Salud.** *Guía de vigilancia epidemiológica en emergencias y desastres.* Santiago : s.n., 2010. 978-956-8823-52-8.
11. **Organización Mundial de la Salud.** *Cerrando la Brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Todos por lo Equidad. Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud.* Río de Janeiro: OMS, 2011. 978 92 4 650240 3.
12. -. *Determinantes sociales de la salud.* *World Health Organization.* [En línea] [Citado el: 20 de 07 de 2015.] http://www.who.int/topics/social_determinants/es/.
13. **Howick, Katherine Law and Jeremy.** University of Oxford - Centre for evidence-based medicine. *CEBM Centre for evidence-based medicine - Glossary.* [En línea] [Citado el: 04 de 08 de 2015.] <http://www.cebm.net/glossary/>.
14. **Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.** *Enfermedades y afecciones. Hoja de datos sobre el dengue.* [En línea] [Citado el: 22 de 07 de 2015.] <http://www.cdc.gov/spanish/enfermedades/dengue/HojaDatos.htm#future>.
15. **Agencia para Sustancias Tóxicas y el Registro de Enfermedades.** ATSDR en Español. *Glosario de términos.* [En línea] [Citado el: 22 de 07 de 2015.] http://www.atsdr.cdc.gov/es/es_glossary.html.
16. **Servicio de Impuestos Internos de Chile.** Servicio de Impuestos Internos - SII. *Diccionario básico tributario contable.* [En línea] [Citado el: 04 de 08 de 2015.] http://www.sii.cl/diccionario_tributario/dicc_i.htm.
17. **Juárez-Ramírez, Clara et. al.** La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Rev Panam Salud Pública [online]. 2014, vol.35, n.4, pp. 284-290.* [En línea] [Citado el: 11 de 08 de 2015.] http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000400008&lng=en&nrm=iso. ISSN 1020-4989.
18. **Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU.** MedlinePlus. *Hipertensión arterial.* [En línea] [Citado el: 22 de 07 de 2015.] <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000468.htm>.

19. **Pontificia Universidad Católica de Chile.** Escuela de Medicina. Parasitología Apuntes. *Glosario de términos parasitológicos*. [En línea] [Citado el: 22 de 07 de 2015.] http://escuela.med.puc.cl/paginas/udas/Parasitologia/Parasitol_04.html.
20. —. Introducción. ¿Qué es la "interculturalidad" y cuál es su significado y su importancia en el proceso educativo?. [En línea] [Citado el: 11 de 08 de 2015.] <http://www.bvsde.paho.org/tutorialin/e/lecturas/walsh.pdf>.
21. **Vignolo Julio, Mariela Vacarezza, Cecilia Álvarez , Alicia Sosa.** Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Prensa Médica Latinoamericana. Uruguay : s.n., 2011.
22. **Fernández, José.** Algunas consideraciones teóricas sobre la pesquisa activa. *Rev Cubana Med Gen Integr*. [En línea] [Citado el: 06 de 08 de 2015.] http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000400011&lng=es&nrm=iso. ISSN 1561-3038..
23. **OCDE.** *Glossary of statistical terms*. [En línea] [Citado el: 06 de 08 de 2015.] <http://stats.oecd.org/glossary/search.asp>.
24. **Organización Mundial de la Salud.** Discapacidades y rehabilitación. *Atención médica y rehabilitación*. [En línea] [Citado el: 12 de 08 de 2015.] <http://www.who.int/disabilities/care/es/>.
25. **Pontificia Universidad Católica de Chile.** EPI-CENTRO. *Tasas: Brutas y Específicas*. [En línea] [Citado el: 12 de 08 de 2015.] <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/indepi2b.htm>.
26. **Brito, Cristián Trucco.** Boletín de la escuela de medicina. *Tamizaje o Screening en cáncer de próstata*. [En línea] [Citado el: 04 de 08 de 2015.] <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/patolprostata/Tamizaje.html>.
27. **Jar, Ana.** Revista argentina de Microbiología. *Trabajo interdisciplinario e interinstitucional: ser o no ser*. [En línea] 04 de 2010. [Citado el: 04 de 08 de 2015.] http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-75412010000100001.
28. **Bolaños, Marta Vera.** *Revisión crítica a la teoría de la transición epidemiológica*. Toluca : Red de revistas científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal - Redalyc.org , 2000.
29. **Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU.** MedlinePlus. *Triquinosis*. [En línea] [Citado el: 12 de 08 de 2015.] <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000631.htm>.
30. **Biblioteca Virtual en Salud – BVS.** *Descriptores en Ciencias de la Salud – DeCS*. Consulta on line 08/07/2015. http://decs.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IsisScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&search_language=e&interface_language=e&previous_page=homepage&task=exact_term&search_exp=ATENCI%F3N+SECUNDARIA+DE+SALUD.
31. **Escuela de Medicina Universidad Católica de Chile.** Parte III Semiología Respiratoria. [En línea] [Citado el: 22 de 07 de 2015.] <http://escuela.med.puc.cl/publ/Aparatorespiratorio/18Semiologia.html>.
32. **Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU.** MedlinePlus. *Diálisis y Hemodiálisis*. [En línea] [Citado el: 22 de 07 de 2015.] <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000707.htm>.
33. **Ministerio de Salud de Chile y Escuela de Salud Pública Universidad Mayor.** *Análisis de módulo de retraso y rezago infantil de encuestas de calidad de vida y salud 2006 para la replicabilidad en la tercera encuesta nacional de salud*. Santiago: s.n., 2015.
34. **U.S. Department of Health and Human Services.** Instituto Nacional sobre el Envejecimiento. *Buena Salud – Presión arterial alta*. [En línea] [Citado el: 04 de 08 de 2015.] <https://www.nia.nih.gov/espanol/publicaciones/presion-arterial-alta>.
35. **Organización Mundial de la Salud.** Patrones de crecimiento infantil. *El estado físico: uso e interpretación de la antropometría*. [En línea] [Citado el: 11 de 08 de 2015.] http://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/es/.
36. **Servicio Nacional del Adulto Mayor – SENAMA.** Glosario Gerontológico. [En línea] [Citado el: 11 de 08 de 2015.] http://www.senama.cl/filesapp/GLOSARIO_GERONTOLOGICO.pdf.

37. **Florenzano Urzúa, Ramón.** Curso salud y desarrollo del adolescente. Módulo 4: Lección 16. *Conductas de riesgo y factores protectores* . [En línea] [Citado el: 11 de 08 de 2015.] <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion16/m4l16leccion2.html>.
38. **Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud** . Leptospirosis (información detallada). [En línea] [Citado el: 11 de 08 de 2015.] http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7377%3A2012-leptospirosis-informacion-detallada&catid=4711%3Aleptospirosis-home&Itemid=39617&lang=es.
39. **Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU.** MedlinePlus. *Neurociencias*. [En línea] [Citado el: 11 de 08 de 2015.] <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007456.ht>

