Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD PARA LOS OBJETIVOS SANITARIOS AL 2030

2022

ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD PARA LOS OBJETIVOS SANITARIOS AL 2030

2022

ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD PARA LOS OBJETIVOS SANITARIOS AL 2030

MINISTERIO DE SALUD

Subsecretaría de Salud Pública / División de Planificación Sanitaria /

Departamento Estrategia Nacional de Salud.

ISBN Impreso: 978-956-348-205-8

Diseño e impresión: Menssage Producciones Ltda.

Febrero 2022

Algunos derechos reservados. Esta obra se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales (CC BY-NC-SA 3.0 IGO); *https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es_ES*

ÍNDICE

Palabras de autoridades 05

Introducción 07

Antecedentes Metodológicos 09

Generalidades sobre el Estrategia Nacional de Salud 11

Marco Conceptual 13

Estrategia Nacional de Salud 16

Eje 1. Medio Ambiente y Entornos Saludables 19

Eje 2. Estilos de Vida 31

Eje 3. Enfermedades Transmisibles 51

Eje 4. Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Violencia 67

Eje 5. Funcionamiento y Discapacidad 93

Eje 6. Emergencias y Desastres 113

Eje 7. Gestión, Calidad e Innovación 129

Bibliografía 155

Acrónimos 175

Participantes 177

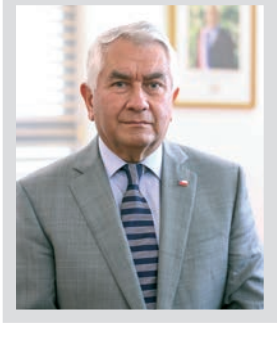
PALABRA DE AUTORIDADES

Una adecuada planificación sanitaria es la directriz necesaria para perfeccionar el sistema de salud y obtener los mejores resultados y eficiencia según la capacidad disponible, más aún en el contexto actual, en el que los recursos suelen ser insuficientes para enfrentar todas las necesidades sanitarias. De ahí nace el interés y la necesidad de los países, de plantearse metas que orienten las políticas públicas y los programas de salud.

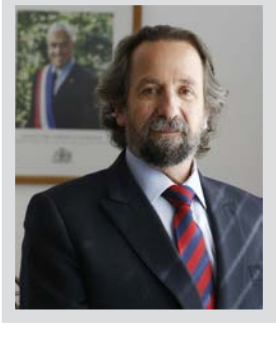
Con el inicio de una nueva década y los desafíos que esta conlleva, el Ministerio de Salud establece los Objetivos Sanitarios de la Década 2021-2030, y su consiguiente Plan Nacional de Salud, el que adopta como principios rectores asegurar los *derechos en salud*, alcanzar la *cobertura universal* y reducir las *inequidades de sanidad* presentes en la población, y cuyo fin último es lograr altos niveles de salud para toda la población. Así, el presente documento aborda 7 relevantes ejes estratégicos: medio ambiente y entornos saludables, estilos de vida, enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas no transmisibles y violencia, funcionamiento y discapacidad, emergencias y desastres, y finalmente, gestión, calidad e innovación.

Este plan contó con la participación de diferentes actores entre ellos, la sociedad civil, académicos, sociedades científicas, asociaciones de pacientes, además de profesionales y técnicos sectoriales. Gracias al trabajo coordinado, se amplió la visión de salud y su integralidad, resaltando la importancia del bienestar y, transversalizando el enfoque de **equidad, la perspectiva de curso de vida y el modelo de salud integral.**

Por primera vez se desarrolló un proceso de diseño de los objetivos de manera participativa, considerando la perspectiva de los diversos actores involucrados en el abordaje de los temas de salud. Este instrumento de gestión que hoy se pone a disposición del país, contiene abordajes en salud en coherencia con las necesidades de la ciudadanía y representa las miradas y voces de aquellos que aportan día a día desde su quehacer en construir una mejor salud y un mejor país para todos.



Dr. Enrique Paris Mancilla
Ministro de Salud



Dr. Alberto Dougnac Labatut
Subsecretario de Redes Asistenciales

Dra. María Teresa Valenzuela Bravo
Subsecretaria de Salud Pública

INTRODUCCION

La Reforma de Salud del año 2004 (Ley de Autoridad Sanitaria Nº19.937), establece como parte de la función rectora del Ministerio de Salud (MINSAL), la definición de objetivos sanitarios y en torno a ellos, el desarrollo de procesos de planificación sanitaria que han considerado una década para su logro.

Los objetivos sanitarios se sitúan en una posición estratégica para el sector, enmarcando su desarrollo a través del Plan Nacional de Salud, instrumento que figura como su carta de navegación y que expone los principales desafíos sanitarios, estableciendo acciones y abordajes para enfrentarlos. Estos expresan la misión que la política pública se propone alcanzar en el mediano y largo plazo, específicamente en lo que respecta a mejorar la salud de la población, haciendo los esfuerzos para prolongar la vida y los años de vida libres de enfermedad y, simultáneamente, actuar sobre la reducción de las desigualdades en salud, mejorando la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad(1).

Cada ciclo de formulación de objetivos guarda coherencia con el periodo que lo antecede, dado que, los resultados alcanzados o no alcanzados modulan y determinan las prioridades y metas que el sector se propondrá para el nuevo decenio.

En Chile, la formulación de OS fue impulsada por la ministra de Salud Michelle Bachelet el año 2000 en el marco del proceso de Reforma que empezaba a tomar forma en el sector. La experiencia de países como Estados Unidos, el Reino Unido y Canadá que habían realizado procesos similares, sirvió de referencia para el primer ejercicio de formulación que se realizó en Chile. La evaluación de ese periodo concluyó que más del 50% de las metas propuestas habían sido logradas. No obstante, había muchos aspectos que mejorar como la alineación sectorial con los OS y los instrumentos de gestión, la incorporación de mecanismos de monitoreo, la disponibilidad de instrumentos estandarizados y el fortalecimiento del Plan Nacional de Salud en el sector y el intersector.

El decenio 2011 a 2020, convocó al sector salud en torno a la formulación de nuevos OS, así se definieron: Mejorar la salud de la población; Disminuir las inequidades; Aumentar la satisfacción de la población y Asegurar la calidad de las prestaciones de salud. Al finalizar esta década, el balance deja resultados disímiles entre las diferentes temáticas, sin embargo, la experiencia planteó aprendizajes relevantes para la formulación de los nuevos OS tanto en materia de salud poblacional como de gestión institucional, no sólo para el sector sino tambien para el intersector.

En contexto del inicio de una nueva década, el Departamento de Estrategia Nacional de Salud (DENS) de la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS) desarrolló el proceso de formulación de los Objetivos Sanitarios de la Década 2021-2030 y la construcción de un nuevo Plan Nacional de Salud, abarcando la implementación de cinco etapas sucesivas y considerando el desarrollo de una dimensión estratégica, una operativa y una participativa, a fin de crear una red de intervenciones coordinadas, coherentes y sólidas. Para ello, a lo largo de dicho proceso, se promovió el involucramiento de los distintos actores de la organización y la instalación de diversos escenarios para el desarrollo de una planificación sanitaria integrativa y multinivel, basada en el trabajo intra-intersectorial.

En particular, la construcción de los Objetivos Sanitarios de la Década 2021-2030 considera los lineamientos provenientes de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas al 2030. En base a lo cual adopta

como principios rectores el asegurar los derechos en salud, alcanzar la cobertura universal y reducir las inequidades en salud.

La formulación de objetivos sanitarios es un proceso analítico que en sus distintas versiones ha reunido a equipos técnicos y políticos del sector salud, el intersector, la academia, agencias de cooperación y la sociedad civil, que de forma inédita, en esta ocasión, participó por primera vez desde el diseño mismo. Este proceso inicia con el levantamiento de un diagnóstico de salud de la población y un diagnóstico estratégico de la organización, que conjuga tanto el análisis de la situación externa o del contexto y el análisis de la situación interna o institucional.

Iniciando un año de cambios a nivel político, en medio de una crisis socioeconómica global asociada, entre otras causas, al curso de la actual pandemia por Sars cov 2, y ya resintiendo los efectos tempranos del cambio climático, una vez más el sector salud tiene por delante enormes desafíos que atender, y para ello, requerirá de una guía certera que refleje las condiciones sanitarias, las prioridades establecidas y sus estrategias de abordajes siendo esta el Plan Nacional de Salud que se detalla a continuación a partir del presente documento.

ANTECEDENTES METODOLOGICOS

El proceso para la formulación de los Objetivos Sanitarios de la Década 2021-2030, y la construcción de este plan nacional de salud, consideró la implementación de cinco etapas sucesivas, descritas a continuación (ver Figura 1). Cada etapa consideró el alcance de un producto específico y la instalación de distintas instancias de trabajo que contaron con la participación de diversos actores, tanto del intrasector como el intersector. El proceso contó, además. con el rol coordinador del Departamento Estrategia Nacional de Salud y el acompañamiento de un grupo de trabajo asesor[1].

1. Etapa de Preparación. Desarrollada con el fin de consolidar y elaborar los documentos e insumos clave dentro del proceso. Destacan, como productos, la metodología del proceso de formulación, la adecuación de la misma a causa de la pandemia y los análisis críticos de temas priorizados. Durante esta etapa, tanto en el nivel central como en todas las regiones del país, se realizaron diversas jornadas de trabajo en las que se presentó la propuesta metodológica para la elaboración del Plan, recogiendo sugerencias de los diversos equipos técnicos.

2. Etapa de Priorización. Llevada a cabo con el objetivo de definir los temas de salud que hoy hacen parte del nuevo plan. Esto, en base a un proceso de revisión y selección, tanto para la continuidad de los temas presentes en el Plan Nacional 2011-2020 (temas antiguos), como para la identificación y priorización de temas nuevos a incorporar. El proceso de incorporación de temas nuevos incluyó el desarrollo de jornadas regionales y nacionales, diálogos ciudadanos, planificación comunitaria y encuestas, las cuales fueron aplicadas a equipos técnicos de SEREMI de Salud, Servicios de Salud, Nivel Central, Hospitales, Centros de Salud, Intersector, Organizaciones de la sociedad civil y Ciudadanía. Finalmente se realizó un proceso de priorización en base al método de Hanlon, modificado por La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la que participaron profesionales tanto del nivel central y regional, como ciudadanía; los que fueron previamente capacitados.

El producto de este trabajo fue presentado a la autoridad, y posterior a su visación, formalizado a través de la Resolución N°528 del 3 de junio de 2021, estableciéndose para la Década 2021-2030 cuatro Objetivos Sanitarios, siete Ejes Estratégicos y 44 temas o prioridades en salud.

3. Cadena de resultados. Desarrollada a través del trabajo de mesas técnicas intersectoriales, obteniéndose una versión inicial o propuesta de cadena de resultados y marco de medición para cada uno de los temas priorizados. Dichas mesas fueron conformadas por actores de los distintos departamentos y/o divisiones del Minsal, que, en una instancia previa, seleccionaron y priorizaron organismos actores tanto del intersector como del intrasector, de acuerdo con su importancia e influencia en el tema, los que finalmente fueron convocados.

Las mesas técnicas, funcionaron siguiendo una metodología fundamentada en el modelo de planificación de Gestión Basada en Resultados (GBR) y la aplicación del método de Marco Lógico (MML). Para garantizar la obtención y calidad de los productos, cada mesa contó con el direccionamiento de un monitor, rol ejercido por referentes de la red Estrategia

1. Conformado por seis profesionales expertos en diversas materias de salud pública, para orientar y acompañar los procesos de planificación contenidos en la formulación, la implementación y evaluación de este plan, asegurando su coherencia y apropiación. Este se formalizó a través de Resolución N°469 de mayo de 2021.

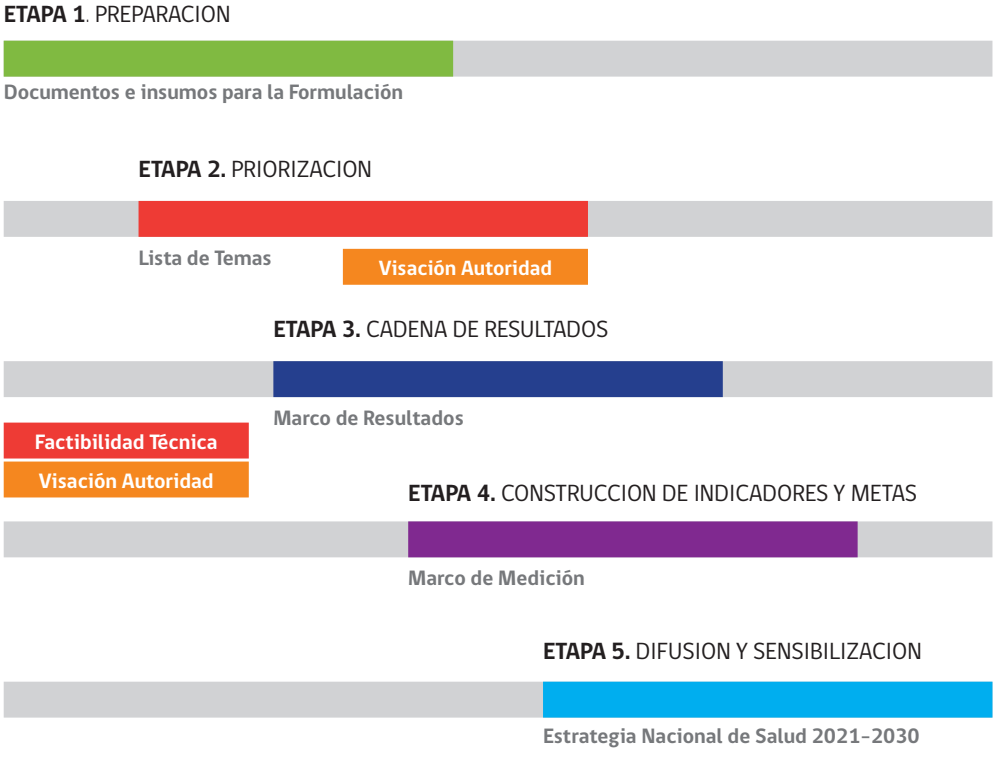
Nacional de Salud; la asesoría de un facilitador, rol desarrollado por profesionales del área de las ciencias sociales con experiencia en salud pública y el acompañamiento de un profesional del DENS. En términos generales, el trabajo de las mesas técnicas se desarrolló a lo largo de siete sesiones. Cada una de ellas, orientada hacia la obtención de un producto específico, el que se construido en base a un trabajo colaborativo entre todos los actores participantes. Como insumo de partida, cada mesa realizó un análisis de situación del tema, lo que facilitó la identificación de las principales problemáticas asociadas a este, en base a las cuales se definieron los objetivos o resultados.

Los productos de cada mesa fueron revisados por el equipo del Departamento Estrategia Nacional de Salud, el grupo de trabajo asesor y en algunos casos los equipos técnicos del Minsal, evaluándose así la factibilidad técnica de lo propuesto. De esta manera, se estableció una versión final de la Cadena de Resultados (CDR) en el nivel estratégico, esto es Objetivo de Impacto y Resultados Esperados, para los 42 temas sanitarios.

4. Construcción de indicadores y metas. Etapa actualmente en desarrollo con el fin de definir el marco de monitoreo para cada uno de los temas, tomando como insumo la propuesta elaborada por la mesa técnica. Lo anterior en base a una consultoría realizada por integrantes de la escuela de Salud Pública de la Universidad Católica, en conjunto con una contraparte ministerial, integrada por profesionales del DENS, del Departamento de Estadísticas e Información en salud, y Epidemiología.

5. Difusión y Sensibilización. Desarrollada a lo largo del proceso, con la cual se ha comunicado en forma continua a todos los involucrados, los diferentes hitos y definiciones establecidas, y que se concreta finalmente con la publicación del presente documento.

Figura 1
Etapas Proceso de Formulación OSD 2021-2030



Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud.

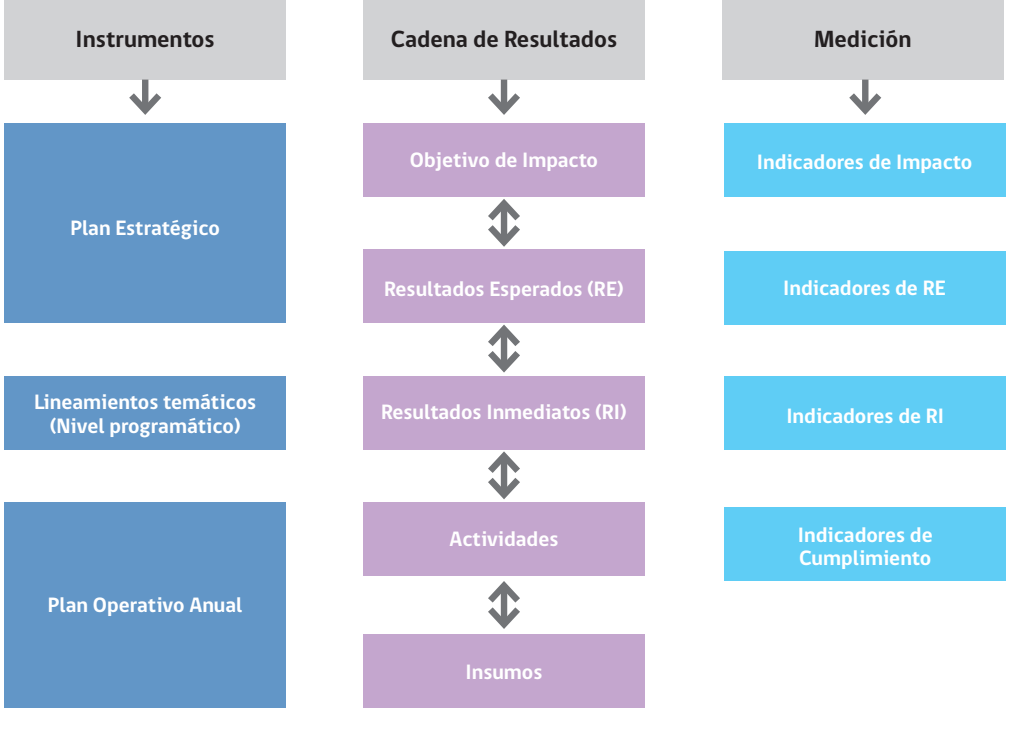
GENERALIDADES SOBRE EL ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD

ASPECTOS RELEVANTES

El Plan Nacional de Salud representa la carta de navegación del sector. En él, se exponen los principales desafíos que tiene nuestro país en esta materia y se plantean las alternativas que permitirán asumir estos retos, con el fin de mejorar la calidad de vida de todas las personas que habitan en Chile.

Lo anterior, en base a un proceso de planificación que involucra a distintos actores y en el que se desarrolla una dimensión estratégica y una operativa, esta última de periodicidad anual. Ambas dimensiones se encuentran conectadas a partir de los lineamientos temáticos, siendo estos un importante instrumento en el contexto del marco de planificación (ver Figura 2). La implementación del Plan sigue una lógica agregada, construida a partir de la Gestión Basada en Resultados(18) y en el que los logros en un nivel influyen directamente en el alcance de los siguientes.

Figura 2
Marco de planificación Estrategia Nacional de Salud



Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud.

El Plan Nacional de Salud, como está descrito en este documento expone las líneas de trabajo priorizadas por el sector salud para la década 2021-2030. No intenta abarcar la totalidad del trabajo realizado por el Ministerio de Salud ni la totalidad de las necesidades de salud existentes, sino que establece una priorización de temas y las intervenciones definidas para poder abordarlos.

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-, que considera los Ejes Estratégicos y sus temas, los respectivos Objetivo de Impacto y Resultados Esperados.

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.

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, 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.

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. 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, presentando el contexto de la situación de salud ahí planteada, y se enuncian en un recuadro el objetivo de impacto y sus resultados esperados.

MARCO CONCEPTUAL

A la luz del proceso de formulación descrito previamente, el Plan Nacional de Salud 2021-2030, surge con la pretensión de ser una herramienta efectiva de gestión para el sector. Para ello, fomenta una visión amplia e integral de la salud, en donde los ejes estratégicos son definidos bajo la mirada de los determinantes sociales de la salud, y considerando la influencia de las condiciones económicas, políticas y sociales, en los factores y conductas de las personas y sus resultados de salud.

Así mismo, implica la transversalización en las distintas temáticas del **Enfoque de Equidad, Perspectiva de Curso de Vida, Modelo de Salud Integral e Intersectorialidad**, estableciendo una lógica complementaria e interrelacionada, desde la cual las diferencias de resultados en salud entre individuos, poblaciones o colectivos, son identificadas y abordadas de conjunto (ver Figura 3).

Cada uno de estos componentes transversales ha sido definido operativamente en el marco del proceso de formulación del presente plan[2]. De esta manera para abordar la **Equidad**, se considera establecer mecanismos para evitar diferencias injustas y evitables en salud en personas y grupos poblacionales. Esto, a partir de identificar y abordar la presencia de las condiciones sociales subyacentes que determinan la salud y el bienestar que referimos como los determinantes sociales de la salud (DSS), así como las desigualdades particulares asociadas al **territorio, la condición socioeconómica, el género, y la pertinencia cultural y étnica**. Se requiere, además, considerar la interrelación de estos entre sí, o con otro tipo de condiciones de afectación a la salud como la edad, las etapas o situaciones de la vida.

Respecto de **Curso de vida**, se considera promover condiciones de salud y bienestar a lo largo de la vida, así como la construcción de un sistema de cuidados y protección durante etapas y momentos críticos, de modo tal que sea posible la construcción de trayectorias de vida saludable y de un mayor bienestar, así como intervenciones para eliminar y mitigar el riesgo de enfermar y sus consecuencias.

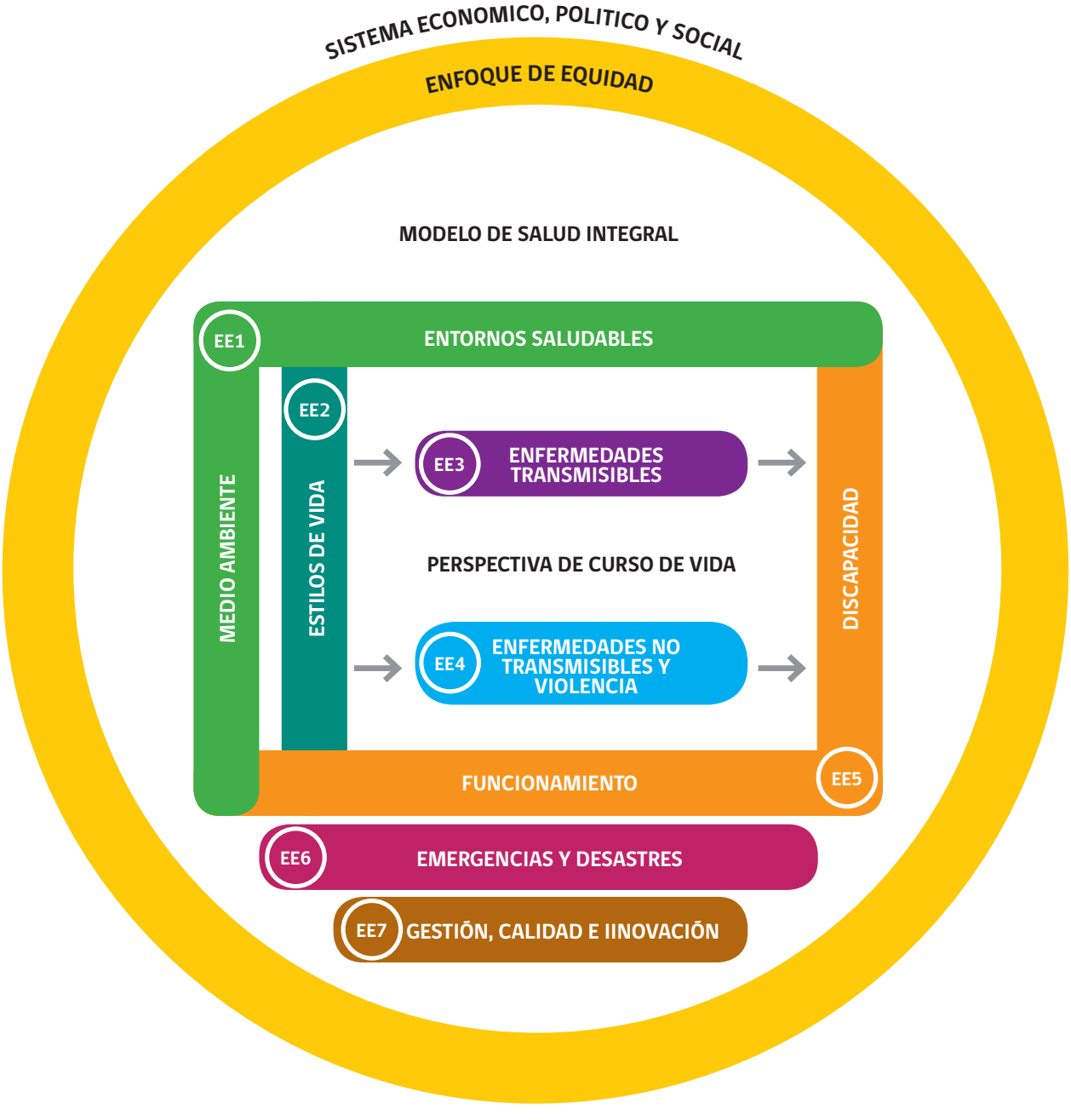
En cuanto al **Modelo de salud integral**, se considera propender al cuidado integral, centrado en las personas y con continuidad en la red de salud, creando condiciones para satisfacer las necesidades y expectativas de las personas, de mantenerse saludable, sano, y de mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad). Esto, a partir de ejes de acción tales como: **promoción, prevención, calidad, y participación**, que permitan dar respuesta a la heterogeneidad de estas necesidades y, por ende, planificar desde la demanda de la población, y no limitándose a la oferta programática de los servicios.

En cuanto a **Intersectorialidad**, se propende por una forma de trabajo transdisciplinaria, que permita vincular a los distintos actores, sectores e instituciones estableciendo estrategias colaborativas e integrales, a través de la planificación, programación, implementación y evaluación de acciones conjuntas(18).

---

2. Los componentes transversales fueron establecidos a partir de la metodología de trabajo del proceso de formulación elaborado por el Departamento Estrategia Nacional de Salud. Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/proceso-de-formulacion

Figura 3
Ejes Estratégicos y Componentes Transversales Estrategia Nacional de Salud 2021-2030



Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud.

ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD

OBJETIVOS SANITARIOS DE LA DECADA 2021-2030

Mejorar la salud y bienestar de la población

Disminuir las inequidades

Asegurar la calidad de la atención en salud

Avanzar hacia la construcción de comunidades y entornos saludables

EJES ESTRATÉGICOS Y OBJETIVO DE IMPACTO POR TEMA

Medio Ambiente y Entornos Saludables	+ Condiciones Sanitario Ambientales	+ Salud Ocupacional
Estilos de Vida	+ Alimentación Saludable e Inocua	+ Actividad Física
Enfermedades Transmisibles	− Tuberculosis	− VIH/SIDA
Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Violencia	− Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares	− Cáncer
Funcionamiento y Discapacidad	+ Desarrollo Integral Infantil	+ Desarrollo integral en personas en el espectro autista
Emergencias y desastres	+ Gestión del riesgo en emergencias y desastres	− Impacto negativo cambio climático
Gestión, calidad e innovación	+ Gestión del personal de salud	+ Infraestructura y equipamiento

+ Salud Familiar y Comunitaria
− Consumo de Tabaco
− Consumo de Alcohol
− Consumo de Drogas
+ Salud Sexual y Salud Reproductiva
+ Salud Mental
− Enfermedades Transmisibles en eliminación
− Enfermedades Zoonóticas y Vectoriales
− Infecciones Respiratorias Agudas
− Resistencia a los Antimicrobianos
− Diabetes Mellitus
− Enfermedad Renal Crónica
− Obesidad
− Enfermedades Respiratorias Crónicas
− Trastornos bucodentales
− Trastornos Mentales
− Violencia
− Alteraciones Musculoesqueléticas
+ Calidad de vida en personas con Artritis reumatoide
+ Calidad de vida en personas con Enfermedades Poco Frecuentes
− Accidentes de tránsito
− Dependencia severa
+ Tecnología e información en salud
+ Gestión financiera
+ Participación Social
+ Salud Digital
− Morbimortalidad en personas trasplantadas
+ Calidad de la atención

EJE 1:
MEDIO AMBIENTE Y ENTORNOS SALUDABLES

Antecedentes Un medio ambiente saludable es vital para "garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades"(19). Se entiende por medioambiente el "conjunto de condiciones físicas, químicas, biológicas, sociales, culturales y económicas con las que interactúan los seres humanos"(2). Estas condiciones se denominan "determinantes ambientales de la salud" y las amenazas para cualquiera de estos determinantes pueden tener efectos adversos en la salud y bienestar de las personas(19). Los factores ambientales producen una alta carga de enfermedad especialmente en los países en desarrollo, a excepción de los cánceres y enfermedades cardiovasculares, cuya carga es mayor en países desarrollados(20). Los "riesgos ambientales tradicionales" se vinculan con la pobreza y el insuficiente desarrollo, como la falta de acceso a agua potable y alcantarillado, vivienda, y contaminación intradomiciliaria; 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. Junto a su relevancia sanitaria, estos problemas tienen gran impacto en la opinión pública(2).

Situación epidemiológica en el mundo Los riesgos medioambientales evitables conocidos representan la cuarta parte de la carga de morbilidad y defunciones mundiales cada año. La contaminación atmosférica provoca 7 millones de muertes cada año y más del 90% de las personas respira aire contaminado. Más de la mitad de la población mundial sigue expuesta a sistemas de abastecimiento de agua inseguros, saneamiento inadecuado e higiene deficiente, lo que genera cada año más de 800.000 defunciones. Gran parte de los casos de malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores están relacionadas con la gestión y la manipulación del medio ambiente, como el alcantarillado, los planes de regadío o el diseño de las presas. Cada año, más de un millón de trabajadores pierde la vida debido a que su lugar de trabajo es inseguro y más de un millón de personas muere a raíz de la exposición a productos químicos(21).

Estrategias globales En 2010, la Asamblea General de las Naciones Unidas (Resolución 64/292) reconoció explícitamente el derecho humano al agua y al saneamiento, reafirmando que ambos son esenciales para la realización de todos los derechos humanos(22). Hay cinco Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2030 que abordan los determinantes ambientales de la salud y contribuyen al ODS 3 que es: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades"; estos cinco ODS se relacionan con los temas de agua y saneamiento, calidad del aire, seguridad química y clima. Además, como una forma de reducir la carga de enfermedad y la inequidad en salud atribuible a determinantes ambientales de la salud en las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) entrega apoyo técnico a los países, haciendo hincapié en la calidad del aire, la seguridad de las sustancias químicas, factores asociados con el clima y el agua, el saneamiento y la higiene, priorizando las poblaciones que viven en situación de vulnerabilidad(19). Respecto a la salud de los trabajadores, tanto la OMS como la Organización Internacional del Trabajo han elaborado planes de acción destinados a proteger la salud de los trabajadores.

Situación y Políticas en Chile En Chile, la cobertura de agua potable es de 97,6%, pero con brechas en alcantarillado entre población urbana y rural, donde las coberturas alcanzan el 97% y el 60%, respectivamente(2). La contaminación del aire es una de las mayores amenazas medioambientales para la salud humana, produciéndose por las emisiones generadas por industrias y vehículos, e intradomiciliaria. Respecto a la gestión de residuos sólidos, en 2018 los rellenos sanitarios recibieron 65% del total de residuos, mientras que los vertederos un 13% del total(23). Otro factor que

puede afectar la salud y calidad de vida de las personas es la falta de áreas verdes, donde el promedio por habitante en la Región Metropolitana es de 4,7 m2, por debajo del umbral mínimo de 9 m2 por habitante (ONU-Hábitat 2015). Como una forma de abordar los problemas medioambientales, en 2010 entró en vigor la Ley 20.417, que creó el Ministerio del Medio Ambiente (MMA), institución que debe generar políticas públicas y regulaciones que promuevan buenas prácticas y mejoren la educación ciudadana en temas de ambiente, para mejorar la calidad de vida de los chilenos. Respecto a los trabajadores, Chile cuenta con 6,5 millones de personas ocupadas y la cobertura de la Ley 16.744 llega al 84% de la fuerza laboral en 2020. La tasa de denuncias de accidentes laborales sobre el total de trabajadores protegidos alcanza el 8% anual y la mortalidad por accidentes del trabajo, es de 2,6 por 100.000 trabajadores protegidos, afectando mayoritariamente a hombres (97%) y con un descenso sostenido desde 2011 (5,6 por 100.000).

Definición del problema de salud La situación mundial actual en materia ambiental requiere un cambio en la manera de gestionar nuestro medio ambiente en relación con la salud y el bienestar. El desarrollo desigual ha dejado rezagada a una gran parte de la población que aún carece de saneamiento, agua de bebida salubre, aire limpio y fuentes fiables de alimentos. Los efectos de la actividad humana sobre el medio ambiente plantean cuestiones relativas a la ética y los derechos humanos porque esos efectos afectarán a las nuevas generaciones y en forma desproporcionada a las poblaciones vulnerables que, generalmente, son los que menos han contribuido a los cambios ambientales. Además, han surgido nuevos problemas ambientales que ameritan identificación y respuesta oportuna, como, por ejemplo, la gestión de desechos electrónicos, determinadas nanopartículas, micro plásticos y disruptores endocrinos. Enfocarse sólo en el tratamiento de las enfermedades, sin considerar los determinantes de la salud, no es suficiente y se debe abordar el tema ambiental dado que es fundamental para el desarrollo y la salud de las personas(21).

Situación epidemiológica en el mundo Actualmente, los problemas medioambientales originan el 25% de la carga de enfermedad y muertes a nivel mundial, que ascienden a 13 millones anuales. En los niños de 0 a 14 años, el porcentaje de muertes que pueden atribuirse al medio ambiente es de un 36%. La contaminación atmosférica, uno de los mayores riesgos para la salud, provoca 7 millones de defunciones prevenibles cada año; más del 90% de las personas respira aire contaminado y casi 3.000 millones de personas dependen de combustibles contaminantes para iluminar, cocinar y calentarse. Más de la mitad de la población mundial sigue expuesta a sistemas de abastecimiento de agua inseguros, saneamiento inadecuado e higiene deficiente, lo que causa cada año más de 800.000 defunciones. Una gran parte de los casos de malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores está relacionada con la gestión y la manipulación del medio ambiente, como el alcantarillado, los planes de regadío o el diseño de las presas(21). La exposición a sustancias químicas tóxicas puede derivar a trastornos de salud crónicos y a menudo irreversibles, como defectos congénitos y del desarrollo neurológico y enfermedades asociadas con alteraciones endocrinas. En tanto los riesgos químicos, como la exposición a plaguicidas, plomo y mercurio, tienden a afectar en mayor proporción a niños y embarazadas(19). Los factores ambientales también contribuyen a los traumatismos ocasionados por accidentes de tránsito (40%), debido a la insuficiencia de infraestructura para peatones y ciclistas(20).

CONDICIONES SANITARIO-AMBIENTALES

OBJETIVO DE IMPACTO

Reducir la población expuesta y/o vulnerable a condiciones sanitario-ambientales desfavorables que afectan la salud y la calidad de vida, dentro de su territorio.

RESULTADOS ESPERADOS

- Fortalecer la participación ciudadana organizada.
- Mejorar las condiciones ambientales (disminución de la contaminación atmosférica, agua, química, microbiológica, ruido, residuos).
- Promover el desarrollo de ciudades, comunas y comunidades saludables y sostenibles.

Estrategias globales En 2010, la Asamblea General de las Naciones Unidas (Resolución 64/292) reconoció explícitamente el derecho humano al agua y al saneamiento, reafirmando que ambos son esenciales para la realización de todos los derechos humanos. Entre los ODS 2030, se abordan los temas de agua y saneamiento, calidad del aire, seguridad química y clima. Además, como una forma de reducir la carga de enfermedad y la inequidad en salud atribuible a determinantes ambientales de la salud en las Américas, la OPS entrega apoyo técnico a los países en materia de calidad del aire, agua, seguridad química, clima, saneamiento e higiene, con énfasis en las poblaciones vulnerables(19). La OMS por su parte, debe velar por el cumplimiento de los ODS referidos a la contaminación del aire con tres indicadores: mortalidad atribuida a la contaminación del aire; acceso a combustibles y tecnologías limpios y calidad del aire en las ciudades. También elabora normas sobre calidad del aire, recomendando límites máximos de exposición a contaminantes ambientales.

Alcance en el país En Chile, la cobertura de agua potable total es de un 97,6%. Con respecto a la cobertura de alcantarillado, existe una brecha entre población urbana y rural (97% y 60% respectivamente)(2). En relación con la contaminación del aire, se estima que en el año 2018 alrededor de 10 millones de personas estuvieron expuestas a concentraciones promedios diarias de MP2,5, superiores a lo establecido por la norma chilena actual (50 g/m3). Según el MMA, estos niveles de contaminación ocasionaron más de 3.600 muertes prematuras en 2018. De acuerdo con el MMA, existen 13 Planes de descontaminación atmosférica, 3 Planes de Prevención y Descontaminación Atmosférica y 1 Plan de Prevención Atmosférica vigentes en Chile. En el norte del país los principales responsables de la mala calidad del aire son el sector minero y la generación eléctrica, en la zona centro y sur, predominan las emisiones de los sectores transporte y residencial. Además, existen importantes zonas de sacrificio, con grandes complejos industriales, muy cerca de áreas pobladas y con elevados niveles de diversas sustancias dañinas para las personas(24). En relación con residuos sólidos, se produjeron casi 20 millones de toneladas en 2018 y más de la mitad correspondió a residuos industriales. Solo el 22% de estos residuos se recicla(23). En cuanto al ruido, actividades de ocio, la construcción y la industria concentraron casi la mitad de las denuncias de ruido en 2019; mientras que el 60% de los establecimientos industriales generadores de olor corresponden a plantas de tratamiento de aguas servidas y planteles de cerdos. Finalmente, la presencia de áreas verdes es aún insuficiente y tiene una distribución desigual. Así, el promedio de áreas verdes por habitante en la Región Metropolitana es de 4,7 m^2, donde algunas comunas poseen solo 1,2 m^2, mientras que otras llegan a 18,3 m^2 por habitante. Según datos de la Tercera Encuesta Nacional del Medio Ambiente, la contaminación del aire es el principal problema ambiental para los chilenos (38,4%), seguido de la basura y suciedad en las calles (20,7%), los perros vagos y sus excrementos (7,4%), la congestión vehicular (6,6%) y el cambio climático (4,2%)(25).

Programas y políticas del país La legislación ambiental en Chile se remonta a más de un siglo. La Constitución, la Ley de Bases Generales del Medio Ambiente (Ley 19.300, 1994 modificada el 2010), configuran el actual marco legal e institucional para el medio ambiente en el país. A esta normativa se sumaron los desafíos impuestos por la entrada en vigor del Decreto Supremo Nº 148/03 Minsal, con el fin de mejorar la gestión en el control y manejo de residuos peligrosos, y entrega también los procedimientos analíticos para determinar la peligrosidad. Chile ha suscrito numerosos convenios internacionales, entre ellos el de Basilea (tráfico de residuos peligrosos) y de Estocolmo (compuestos orgánicos persistentes). Con respecto a normas de calidad ambiental, se distinguen las Normas de calidad primaria, cuyo objetivo es proteger la salud de las personas, las Normas de calidad secundaria, cuyo objetivo es la protección o conservación del medio ambiente, o la preservación de la naturaleza y las Normas de emisión que son aquellas que establecen la cantidad máxima permitida para un contaminante emitido por una fuente emisora al aire o agua. El Marco Normativo Ambiental es muy variado y respecto de la calidad del aire, hay dos normativas generales: D.S. N°29 del MMA de 2013 que se refiere a la norma de emisión para la incineración y coincineración y, el D.S. N° 38

de 2005 del Minsal, que se refiere a la obligación de declarar las emisiones de contaminantes atmosféricos. Además, existen normas de emisión específicas establecidas por los Planes de Descontaminación Atmosférica (PDA) y que deben cumplir todas las fuentes ubicadas en donde existe un PDA. Sobre Sustancias Químicas Peligrosas, el D.S. 43/15 del MINSAL, establece condiciones para el almacenamiento de sustancias peligrosas según la NCh382:2013. El DS 6/2009 del Minsal establece normas para el manejo de los residuos "sólidos" que se generan en los establecimientos hospitalarios. El Decreto 38 del Ministerio del Medio Ambiente de 2011 define niveles máximos permitidos de emisión sonora desde fuentes fijas. Con relación al marco institucional, en 2010 entró en vigor la Ley 20.417, que creó el MMA, institución que debe promover buenas prácticas y estimular la educación ambiental ciudadana para mejorar la calidad de vida de los chilenos; el Servicio de Evaluación Ambiental (SEA), cuya función central es tecnificar y administrar "Sistema de Evaluación de Impacto Ambiental" (SEIA), y la Superintendencia del Medio Ambiente. Por otra parte, el Departamento de Salud Ambiental del Ministerio de Salud, tiene como objetivo "Dimensionar los riesgos sanitarios derivados de las alteraciones ambientales ocurridas en el pasado, en el presente y anticiparse a las futuras, a través de las facultades y responsabilidades que establece el Código Sanitario, proponiendo, elaborando y propiciando la implementación de políticas públicas, planes y programas, que persiguen mantener, reducir o acotar, según corresponda, dichos riesgos"(26).

Objetivo al 2030 Para el decenio 2011-2020, se comprometió el objetivo de impacto "Mejorar la calidad de vida de las personas asociada a las condiciones sanitario-ambientales", observándose algunos avances en el período (Ver documento "Evaluación de fin de periodo"). En los últimos años se ha observado una débil participación ciudadana, ciudades y comunidades poco sostenibles y saludables y el deterioro de las condiciones ambientales (contaminación atmosférica, agua, química, microbiológica, ruido, residuos). Por ello, se plantea, para el 2030, reducir la población expuesta y/o vulnerable a condiciones sanitario-ambientales desfavorables que afectan la salud y la calidad de vida, dentro de su territorio.

SALUD OCUPACIONAL

OBJETIVO DE IMPACTO

Disminuir la exposición de la población trabajadora a condiciones y organización del trabajo desfavorables que generan daños a la salud, afectando su seguridad y bienestar.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar la cobertura de sistemas de protección y aseguramiento frente a los riesgos del trabajo formal e informal.
- Fortalecer la fiscalización con enfoque de riesgo.
- Mejorar la cobertura de programas de vigilancia ambiental y de salud.
- Aumentar la cobertura de acciones promocionales y preventivas.
- Aumentar el empoderamiento de los/las trabajadores/as con perspectiva de enfoque de género y derechos humanos.

Definición del problema de salud De acuerdo con la OIT y la OMS, la Salud Ocupacional es "la promoción y mantenimiento del mayor grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones mediante la prevención de la salud, control de riesgos y adaptación del trabajo a las personas, y las personas a sus puestos de trabajo", lo que significa que es una disciplina multidisciplinaria. Debido a que las personas ocupan un tercio de su tiempo en el trabajo, las condiciones de éste tienen importantes efectos en su salud. Los riesgos para la salud en el lugar de trabajo, ya sean físicos, químicos, biológicos, musculoesqueléticos o psicosociales, provocan enfermedades ocupacionales y pueden agravar otros problemas de salud. Entre las enfermedades de origen ocupacional se encuentran el cáncer, la bronquitis crónica y el asma, causadas por contaminación del aire o radiaciones en el lugar de trabajo. Además, las cardiopatías y la depresión por estrés laboral originan prolongadas licencias médicas. Es importante señalar que sólo una tercera parte de los países tienen programas para abordar estos problemas. Iniciativas en el lugar de trabajo contribuyen a reducir en un 26% los costos de atención sanitaria para las empresas y a disminuir en un 27% el ausentismo por enfermedad(27).

Situación epidemiológica en el mundo La mitad de la población mundial está constituida por trabajadores, cuya salud está condicionada tanto por los peligros en su trabajo, como por factores sociales y el acceso a la atención de salud(28). Se suma a esto, la falta de protección social debida a que, en algunos países, la mitad de los trabajadores están empleados en el sector no estructurado y sin posibilidades de aplicar las normas de salud y seguridad ocupacionales. Algunos riesgos ocupacionales como traumatismos, ruidos, agentes carcinogénicos, partículas transportadas por el aire y riesgos ergonómicos representan una parte importante de la carga de morbilidad: 37% de las dorsalgias; 16% pérdida de audición; 13% enfermedad pulmonar obstructiva crónica; 11% asma; 8% traumatismos; 9% cáncer de pulmón y 8% de depresión. Cada año, 12 millones de personas, especialmente de países en desarrollo, mueren en edad laboral por enfermedades no transmisibles. El gasto que generan los problemas de salud laborales es muy alto, con pérdidas entre el 4% y 6% del PIB. Además, los servicios sanitarios para prevenir enfermedades relacionadas con el trabajo cuestan entre US$18 y US$60 (paridad del poder adquisitivo) por trabajador(27). Las enfermedades profesionales representan cerca de tres cuartas partes de todas las muertes relacionadas con el trabajo: sistema circulatorio (31%), los cánceres de origen

profesional (26%) y las enfermedades respiratorias (17%), donde a diario mueren en el mundo 1.000 personas debido a accidentes del trabajo y 6500 personas por enfermedades profesionales(29).

Estrategias globales Existen intervenciones eficaces para prevenir las enfermedades ocupacionales: aislamiento de las fuentes de contaminación, ventilación, control de ruidos, sustitución de productos químicos peligrosos, mejoramiento del mobiliario y, la organización del trabajo. La salud ocupacional tiene la responsabilidad de evaluar los riesgos ocupacionales y prevenir las enfermedades ocupacionales y relacionadas con el trabajo(27). De esta forma, la resolución WHA60.26 de la Asamblea Mundial de la Salud ("Salud de los trabajadores: plan de acción mundial") insta a los Estados Miembros a garantizar la plena cobertura de todos los trabajadores a la prevención primaria de enfermedades y accidentes relacionados con el trabajo(28). La OIT, en su "Programa de Trabajo Decente", insta a la creación de empleo e insiste en los derechos del trabajador, con igualdad de género como un objetivo transversal(30). A la vez, el Objetivo 8 de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas, promueve "un crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el pleno empleo productivo y el trabajo decente"(30).

Alcance en el país En Chile, se estima que los trabajadores ocupados alcanzan a 6,5 millones (44% de la población), en quienes recae la responsabilidad del nivel de vida de su familia y el desarrollo económico y social del país (Minsal). Según datos de la Superintendencia de Seguridad Social, a 2020, la cobertura de la Ley 16.744 alcanza al 84% de la fuerza laboral, con un incremento del 24% desde 2011, debido a la incorporación obligatoria de los trabajadores/as independientes a honorarios. La tasa de denuncias de accidentes laborales sobre el total de trabajadores protegidos es del orden del 8% anual, con un número de días perdidos promedio de 21 para accidentes del trabajo y 28 para accidentes del trayecto. Con respecto a la mortalidad por accidentes del trabajo, es de 2,6 por 100.000 trabajadores protegidos, afectando mayoritariamente a hombres (97%) y con un descenso sostenido desde 2011 (5,6 por 100.000). La mortalidad por accidentes del trayecto varía entre 2 y 3 por 100.000 trabajadores protegidos cada año (87% hombres). Con relación a las enfermedades profesionales, se registra un total de aprox. 50.000 denuncias al año desde las mutualidades e ISL, de las cuales el 54% calificó como laboral en 2020, dado principalmente por casos COVID-19. En años sin COVID-19, la calificación de enfermedad profesional iba en descenso desde 2011 (27%) a 2019 (15%), donde el 54% corresponde a mujeres. Los principales diagnósticos corresponden a enfermedades de salud mental, musculoesqueléticas y audiológicas(31).

Programas y políticas del país Chile tiene una serie de leyes y normativas que regulan la actividad laboral y resguardan la salud de los trabajadores. Las principales son el Código del Trabajo, el Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2003, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que regula las relaciones laborales entre empleadores y trabajadores y la Ley 16.744 de 1968 ("Seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales"), que asegura que los trabajadores dependientes del sector público y privado, y aquellos independientes que coticen, estarán protegidos por el seguro contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Por otra parte, en 2011, Chile ratificó el Convenio de la OIT N° 187, sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo y, en 2016, surgió la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (Decreto 47, Ministerio del Trabajo y Previsión Social) cuyo objetivo es avanzar en la disminución de accidentes laborales y enfermedades profesionales. El Ministerio de Salud, ha desarrollado una serie de acciones con el fin de mejorar las condiciones de salud de los trabajadores, fortaleciendo la protección social.

Objetivo al 2030 Se comprometieron dos objetivos de impacto para el decenio 2011-2020: 1. "Mejorar las condiciones de salud y seguridad de la población trabajadora", donde la meta comprometida fue que el 30% de la población trabajadora formal fuera evaluada en materia de riesgos psicosociales y se logró un 33,5% en el

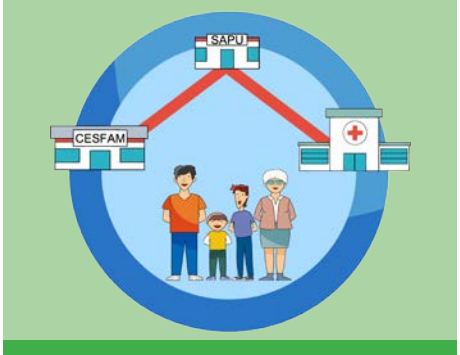
periodo 2015-2018. El estado de avance del indicador es discreto (se detalla en documento "Evaluación de fin de periodo", Minsal). 2. "Disminuir la mortalidad por accidentes del trabajo", medido a través de la tasa promedio trienal de mortalidad por accidentes del trabajo, que se encuentra en estado de avance importante (ver documento "Evaluación de fin de periodo"). Para el 2030, el objetivo de impacto comprometido es disminuir la exposición de la población trabajadora a condiciones y organización del trabajo desfavorables que generan daños a la salud, afectando su seguridad y bienestar. Se plantea debido a la baja cobertura de sistemas de salud y de protección y aseguramiento de los riesgos del trabajo (formal e informal), insuficiente fiscalización con enfoque de riesgo, insuficiente cobertura de programas de vigilancia, baja cobertura de acciones promocionales y preventivas y bajo empoderamiento de los/las trabajadores/as.

Definición del problema de salud Existe abundante evidencia que apoya el desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS) como una estrategia central de los sistemas de salud, observándose que países con una APS fortalecida tienen mejores niveles de salud, menor uso de servicios de urgencia y menor tasa de hospitalizaciones innecesarias, mejor acceso a la atención, menor gasto y más equidad(32). Asimismo, la práctica de la Salud Familiar es cada vez más extendida, siendo adoptada en diversos países: Inglaterra la ha desarrollado como su principal sistema de atención primaria; Estados Unidos tiene más de 400 programas de entrenamiento; Cuba la ha instituido como obligatoria; Taiwán, Puerto Rico, Holanda, Portugal y la mayoría de los países latinoamericanos, cada vez cubren más su atención con el enfoque de Salud Familiar. En Chile, la salud familiar y comunitaria se implementa desde el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), en donde la familia es el contexto social primario para promover la salud y, en caso de enfermedad, mejorar su estado de salud como un todo en las personas, familias y comunidades, desde una visión biopsicosocial espiritual, acorde a su cultura y sociedad. Ello requiere de equipos de salud de cabecera con población a cargo, que conozcan su territorio y su población y le aseguren cuidados de salud centrados en las personas, con integralidad, continuidad en la red de salud y pertinencia cultural.

Situación en el mundo Desde la Declaración de Alma Ata en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en 1978, se ha promovido el fortalecimiento de la atención primaria centrada en las comunidades y en el trabajo integrado, intersectorial y multidisciplinario. Todo ello ha sido reforzado por la OMS(32). La APS tiene un fuerte compromiso con la justicia social, la equidad, la solidaridad y la participación, basado en el reconocimiento de que todas las personas, sin distinción, tienen derecho al goce del grado máximo de salud. Es reconocido que la APS es efectiva para mejorar la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social debido a que es inclusiva, equitativa y costo-eficaz. En el mundo, las inversiones que se hacen en APS mejoran el acceso y equidad, el desempeño médico, los gastos y resultados de salud. Existe un amplio consenso de que la APS es la «entrada principal» al sistema de salud(33). Ampliar las intervenciones en APS en los países de ingresos bajos y medianos podría salvar 60 millones de vidas y aumentar la esperanza de vida en 3,7 años para 2030(33).

Estrategias globales La OMS apoya a los países a reorientar sus sistemas de salud hacia la APS como un medio clave para lograr la cobertura universal de salud, el tercer Objetivo de Desarrollo

SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA



OBJETIVO DE IMPACTO

Fortalecer el cuidado centrado en las personas, familias y comunidades avanzando hacia la cobertura universal

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar la incorporación del enfoque biopsicosocial en la formación de pregrado, postítulo y postgrado.
- Fortalecer la implementación en RED de la continuidad del cuidado con foco en el fomento de factores protectores.
- Fortalecer la participación vinculante de las personas en la implementación de los programas de salud y modelos de atención con pertinencia territorial.
- Relevar el enfoque de equidad en la red asistencial y los programas de salud.
- Transversalizar la continuidad del cuidado en los distintos niveles del sector.

Sostenible (ODS), y la seguridad sanitaria. El fortalecimiento del sistema de salud implica el fortalecimiento de la gobernanza y financiación; la dotación de personal de salud; el respeto por las cuestiones de género, equidad y derechos humanos; los sistemas de información; la calidad y seguridad del paciente; la salud a lo largo del ciclo de vida; la salud sexual y reproductiva; los medicamentos y suministros médicos; la preparación, respuesta y recuperación ante las emergencias, y la lucha contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles. Para lograr las metas en materia de APS se requiere una inversión de aproximadamente, US$ 200-370 mil millones al año, para poder ofrecer un paquete de servicios de salud más completo. En la reunión de alto nivel de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre cobertura universal de salud de 2019, los países se comprometieron a reforzar la APS y la OMS recomendó incrementar la partida presupuestaria de APS en un 1% del PIB, a partir de fuentes de financiación gubernamentales y externas de los países(33).

Alcance en el país La APS en Chile lleva varios años implementando el MAIS, el que ha sido definido como "Un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutiva, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el intersector - y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales"(34).

El MAIS, en lo esencial, describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas de las personas con respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud (en caso de enfermedad), ello, mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades (educación, vivienda, recreación entre otros)(34).

La implementación del MAIS se ha evaluado desde los años 2009 y desde el 2015, mediante el Instrumento para Evaluación y Certificación de Desarrollo del MAIS. Este instrumento en estudio realizado el 2018, reveló que su nivel de implementación general es cercano al 60% del total de indicadores evaluados, destacando un alto nivel de implementación de los ejes relacionados con tecnologías, promoción de la salud y participación comunitaria; un menor desarrollo de los ejes de enfoque familiar y calidad, lo que podría explicarse desde la cultura donde predomina el enfoque biomédico, así como por la alta rotación del equipo de salud, que implica permanentemente formar a los equipos en herramientas de enfoque familiar y calidad. Los centros de salud familiar y las comunas urbanas, con mayor proporción de inscritos y bajos índices de pobreza, presentan mejores resultados en la implementación del MAIS. Los resultados nacionales e internacionales apoyan la solidez del MAIS como estrategia de salud pública para Chile; sin embargo, se desconoce el impacto de la implementación esta estrategia en la salud de la población chilena(32).

Programas y políticas del país En el marco de la Reforma de Salud de Chile (2005), y como parte de las estrategias del Ministerio de Salud para afrontar el cambio epidemiológico y demográfico de la población, se empezó a implementar un nuevo modelo de atención centrado en la APS, con énfasis en la promoción, prevención, resolución ambulatoria e integral de gran parte de los problemas de salud de las personas, el uso racional y eficiente de los recursos basados en la evidencia científica y el fortalecimiento de la APS. Es así como surge el modelo MAIS, basado en tres principios:

integralidad, continuidad del cuidado y enfoque en las personas, familias y comunidades. El Ministerio de Salud ha facilitado la implementación de actividades y servicios ligados al MAIS a través de una ejecución presupuestaria de refuerzo especial y del aumento sostenido del valor per cápita por población inscrita. Algunos de estos servicios son las prestaciones de salud preventiva, las consejerías familiares, las visitas domiciliarias integrales, el acompañamiento de los equipos multidisciplinarios para establecer relaciones con la comunidad de forma colaborativa horizontal, y el empoderamiento de la comunidad para convertir a los ciudadanos en agentes principales en el cuidado y autocuidado de la salud(32).

Objetivo al 2030 En la década anterior, no hubo objetivos ni metas comprometidas en este tema. Para el 2030, el objetivo de impacto comprometido es fortalecer el cuidado centrado en las personas, familias y comunidades, avanzando hacia la cobertura universal. Se plantea debido a una alta inequidad territorial en la distribución de recursos humanos en la red, deficientes procesos de selección, reclutamiento, ascenso, promoción y desarrollo de personas de la red de salud, inadecuado diseño e implementación de perfiles de cargo que respondan efectivamente a la necesidad de la red de salud, deficientes políticas y normativas para promover e implementar protección de la salud, seguridad funcionaria, buen trato y clima laboral en la red de salud, bajo apoyo en cuidados infantiles de los/as funcionarios/as durante el proceso de sus hijos/as desde la sala cuna, el jardín y la etapa escolar, fragmentada gestión y desarrollo de personas del sistema de APS y deficiente registro de información e investigación que permita un desarrollo de políticas de gestión de personas basado en evidencia.

EJE 2:
ESTILOS DE VIDA

Antecedentes Los estilos de vida, es decir las conductas relacionadas a la salud que tienen los individuos, son el resultado de las exposiciones a distintas condiciones ambientales, sociales, económicas, culturales y políticas (35), que están determinadas por políticas económicas y de desarrollo, políticas sociales y sistemas políticos, entre otros. Estos pueden constituir factores de riesgo conductuales para las enfermedades no transmisibles.

Situación epidemiológica en el mundo En 2019, los factores de riesgo conductuales fueron responsables de 22 millones de muertes en el mundo. Al tabaco se le atribuyó el 15% de esas muertes, seguido de dieta no saludable (14%), malnutrición infantil y materna (5,2%), consumo de alcohol (4,5%), sexo inseguro (1,7%), baja actividad física (1,5%) y uso de drogas (0,9%)(36).

Estrategias globales Las estrategias para reducir los factores de riesgo abarcan distintos niveles. En primer lugar, están las intervenciones dirigidas a modificar el entorno en que se llevan a cabo las conductas y que influyen en el comportamiento individual (regulación de los productos de tabaco y la composición de los alimentos, los impuestos o el rediseño del entorno físico); en segundo lugar, están las intervenciones dirigidas a la comunidad, como promoción de la salud en las escuelas y en el lugar de trabajo, educación comunitaria, capacitación y campañas comunicacionales; y finalmente, están las acciones dirigidas al individuo, a través de la prestación de servicios asistenciales, como terapias de cesación del tabaco, para bajar de peso, o tratamientos farmacológicos para bajar los niveles de colesterol.

Situación y Políticas en Chile En Chile, los factores de riesgo conductuales fueron responsables de 35.731 muertes en 2019, el 32% del total de muertes en el país. A diferencia de lo que ocurre a nivel global, la dieta es el factor de riesgo más importante, con el 40% de las muertes. Le siguen el consumo de tabaco (36%) y el consumo alcohol (24%). Más atrás quedan el consumo de drogas (5%), sexo inseguro (4%), baja actividad física (3,5%) y malnutrición infantil y materna (3,1%)(36). Los esfuerzos por enfrentar estos factores de riesgo en Chile han tenido resultados exitosos, como la estrategia el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), que refuerza la alimentación de embarazadas, nodrizas y niños hasta los seis años, o la implementación de la ley que regula los productos del tabaco, que ha permitido bajar el consumo en nuestro país. Quedan desafíos importantes como disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad, de la presión arterial y glucosa elevada en sangre, actualmente existen programas que abordan estos factores de riesgo, como "Elige Vivir Sano", la ley de etiquetado de alimentos o el programa "Contrapeso" para combatir la obesidad estudiantil de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB)(37).

El eje de estilos de vida incluye la alimentación saludable, obesidad, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol y drogas, actividad física y salud sexual y reproductiva.

ALIMENTACIÓN SALUDABLE E INOCUA

OBJETIVO DE IMPACTO

Aumentar la seguridad alimentaria y nutricional en Chile, a través del curso de vida, considerando diversidad territorial y pertinencia cultural.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar el acceso y la disponibilidad de alimentos para una dieta saludable.
- Aumentar los ambientes alimentarios saludables y sostenibles.
- Reducir la exposición a alimentos no inocuos.

Definición del problema de salud La seguridad alimentaria, de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), existe cuando "todas las personas tienen, en todo momento, acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos que satisfacen sus necesidades energéticas diarias y preferencias alimentarias para llevar una vida activa y sana"(38). El aumento de la producción de alimentos procesados, la rápida urbanización, entre otros factores, han causado cambios en los estilos de vida, produciendo una modificación de los hábitos alimentarios de la población, traduciéndose no solo en un mayor consumo de alimentos hipercalóricos; si no también en un bajo consumo de alimentos tales como: frutas, verduras, legumbres, entre otros, según se demuestra en diferentes encuestas poblacionales. Una alimentación saludable es aquella que contiene suficientes alimentos de calidad para lograr el crecimiento y desarrollo óptimo de todas las personas y respaldar el funcionamiento y el bienestar, físico, mental y social en todas las etapas de la vida, cubriendo todas las necesidades fisiológicas(39). Asimismo, ayuda a proteger, por una parte, contra las enfermedades no transmisibles (ENT) como la diabetes, las enfermedades cardíacas, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer. Por otra parte, ayuda a proteger contra la malnutrición en todas sus formas, como la desnutrición, el sobrepeso, la obesidad y la carencia o exceso de macronutrientes o micronutrientes(2), tales como las proteínas, grasas, carbohidratos, incluido la fibra dietética, y las vitaminas, minerales y oligoelementos, respectivamente, los que son específicos para las personas según sus características individuales como el sexo, edad, nivel de actividad física, estilo de vida, estado fisiológico y las preferencias alimenticias, como de las características del entorno físico, social y cultural de las personas tales como los patrones y contextos geográficos, demográficos y culturales, el costo y la disponibilidad de alimentos procedentes de fuentes locales, regionales e internacionales, entre otros(40). Del mismo modo, las dietas saludables también pueden ser sostenibles, siendo patrones alimentarios que promueven todas las dimensiones de la salud y el bienestar de las personas; con baja presión e impacto ambiental; siendo además accesibles, asequibles, seguras, equitativas y culturalmente aceptables(41). Por otra parte, el acceso a alimentos inocuos es fundamental para mantener la vida y la buena salud. Las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) generan una alta carga de enfermedad en el mundo, provocando pérdida de productividad, costos asociados al uso de los servicios de salud y a la implementación de políticas de inocuidad de los alimentos(2). Los hábitos alimentarios actuales, el aumento de grupos susceptibles, la globalización del comercio alimentario, el cambio climático y la

emergencia de nuevos agentes, son factores que se asocian a la ocurrencia de las ETA y hacen de la inocuidad de los alimentos una prioridad de salud pública(2).

Situación epidemiológica en el mundo El mundo no está en vías de lograr el objetivo del "hambre cero" para 2030. Hoy, 690 millones de personas sufren hambre (8,9% de la población mundial) y el número de personas afectadas por la inseguridad alimentaria, muestra una tendencia en ascenso (750 millones de personas en 2019). Asimismo, en 2019, el 21,3% de los niños menores de cinco años sufría retraso del crecimiento, el 6,9% emaciación y el 5,6% sobrepeso. Para un gran número de personas, especialmente los más pobres, las dietas saludables son de difícil acceso: más de 3.000 millones de personas no pueden acceder a éstas. Esto se debe a que las dietas saludables son cinco veces más caras que aquellas que solo satisfacen las necesidades energéticas, alcanzando un costo que supera el umbral internacional de la pobreza(41). Con relación a la inocuidad alimentaria, cada año enferman 600 millones de personas debido a alimentos contaminados y 420.000 fallecen, con una pérdida de 33 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVISA). Del número de fallecidos, el 30% ocurre en menores de 5 años de edad(42).

Estrategias globales El "Decenio de Acción sobre la Nutrición" constituye un compromiso de los Estados miembros de las Naciones Unidas de emprender la aplicación de políticas, programas y mayores inversiones, en forma sostenida y coherente durante diez años a fin de eliminar la malnutrición en todas sus formas. El "Plan integral de aplicación sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño" de OMS, identifica acciones prioritarias a realizar por los Estados miembros con miras a lograr al 2025 seis metas mundiales de nutrición: reducir en un 40% el número de menores de 5 años que sufre retraso en el crecimiento; reducir a la mitad las tasas de anemia en mujeres en edad fértil; reducir en un 30% el bajo peso al nacer; lograr que no aumenten los niveles de sobrepeso en la niñez; aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida hasta un 50% como mínimo y reducir la emaciación en la niñez y mantenerla por debajo del 5%(43).

Para garantizar la inocuidad de los alimentos a lo largo de toda la cadena alimentaria, la OMS colabora con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), con la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y otras organizaciones internacionales. Además, la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN), creada por la OMS y la FAO, tiene por objetivo el intercambio de información en emergencias relacionadas con la inocuidad de los alimentos. En la Conferencia Internacional sobre Inocuidad Alimentaria y el Foro internacional sobre Inocuidad Alimentaria y Comercio, ambos celebrados en 2019, se insistió en la importancia de la inocuidad de los alimentos para la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible(44).

Situación nacional El consumo de los alimentos recomendados en las Guías Alimentarias para la Población, según lo arrojado por la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, fue el siguiente: la prevalencia de consumo de al menos 5 porciones de frutas y verduras al día alcanza sólo el 15%, siendo mayor el consumo en el grupo de la población con más años de escolaridad; el cumplimiento del consumo de agua (6 o más vasos/día) llega al 28,3%, mientras que el consumo de pescados o mariscos al 9,2% y el de legumbres al 24,4%. El consumo de sal al día es de 9,4 g y el 98,4% de la población adulta consume más de 5 g/día, es decir, casi el doble de lo recomendado por la OMS(45). Sumado a lo anterior, Chile es el mayor consumidor de bebidas azucaradas en el mundo con 188 litros per cápita/año y donde un 79% de las personas consume al menos 1 vaso al día de gaseosas y jugos azucarados[3]. Con respecto

3. Ministerio de Salud. Mesa técnica estrategia Nacional de Salud, 2021

a los resultados arrojados por la Encuesta Nacional de Consumo Alimentario, sólo el 5% de la población tiene una alimentación saludable, con grandes desigualdades entre grupos; los niveles socioeconómicos más bajos y el área rural presentan mayor consumo de alimentos con alto contenido de nutrientes críticos y energía y menor consumo de alimentos con nutrientes protectores. A su vez, los niveles socioeconómicos altos consumen más pescados, lácteos, frutas y verduras, gradiente opuesta para leguminosas(46). Por otra parte, la prevalencia de inseguridad alimentaria moderada es de 15,6% y la grave es de 3,8%. Cada año se producen cerca de 1.000 brotes de ETA en nuestro país, con aproximadamente 6.000 personas afectadas, de las cuales 100 a 200 se hospitalizan.

Programas y políticas del país Una política destacada a nivel internacional ha sido la Ley 20.606 Sobre Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad, publicada el año 2012. Esta ley regula la composición y etiquetado de alimentos a través de la incorporación de una señal de advertencia a bebidas y alimentos que sobrepasan los límites en nutrientes críticos establecidos (calorías, grasas saturadas, azúcares y sodio), prohíbe su publicidad a niños menores de 14 años y la venta al interior de los establecimientos escolares. Por otro lado, en 2013 se publicó la Ley N° 20.670, que crea el Sistema Elige Vivir Sano, modelo de gestión destinado a generar hábitos y estilos de vida saludables y, en 2014, se aumentó el impuesto adicional a Bebidas Analcohólicas azucaradas. En 2018, el Ministerio de Salud presentó la Política Nacional de Alimentación y Nutrición, cuyo objetivo es entregar orientaciones para el desarrollo de programas y estrategias para enfrentar los problemas relacionados con la alimentación y nutrición en Chile(47). En la actualidad, desde el sector también se adelantan estrategias permanentes, como los Planes comunales trienales promotores de la Salud que incorporan líneas de trabajo asociadas al fomento de la alimentación sana, por medio de la educación, comunicación, instalación/habilitación de espacios, regulación y gestión local; Sellos Elige Vivir sano "Ex Promotores de Salud", cuyo fin es reconocer entornos escolares, laborales y municipales que promueven los estilos de vida saludable, particularmente la alimentación en términos de difusión, educación, reconocimiento de espacios físicos y temporales que permitan su adecuado desarrollo; y la difusión de las guías alimentarias, enfocada en la promoción de las recomendaciones ministeriales para una alimentación saludable de acuerdo al rango etario y preferencias de la población. Cabe señalar que, en cuanto a los micronutrientes para la población general, actualmente se fortifica la sal con yodo y las harinas de trigo con vitaminas del complejo B (niacina B1, B2 y ácido fólico) y hierro. Por otro lado, el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) y el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM) permiten la entrega de alimentos formulados especialmente para cubrir las necesidades de macro - micronutrientes de los grupos poblacionales objetivo. Por este motivo la Leche Purita se fortifica con hierro y zinc, y los productos del PACAM son enriquecidos con vitamina B12 y minerales como el calcio.

Con respecto a los brotes de ETA, son de notificación obligatoria según el Decreto 7/20, "Reglamento sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles de Declaración Obligatoria"(48). En este, se señala que deben ser notificados todos los brotes de ETA. Una vez notificados, se investigan para identificar al agente causal, al alimento involucrado, el lugar de pérdida de la inocuidad y los factores que contribuyeron, con el fin de prevenir la aparición de nuevos casos.

Objetivo al 2030 El objetivo de impacto planteado para el decenio 2011-2020 fue "disminuir los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA)", medido a través de la disminución en un 10% la tasa trienal de hospitalización por ETA, lo cual fue cumplido (ver documento "Evaluación de fin de periodo"). Para el 2030, el objetivo de impacto es aumentar la seguridad alimentaria y nutricional en Chile, a través del curso de vida, considerando diversidad territorial y pertinencia cultural. Se planteó debido a los cambios sociales, económicos y sanitarios experimentados en el país, los cuales pueden generar situaciones de inseguridad alimentaria como un aumento de la exposición a alimentos no inocuos, insuficiente acceso y disponibilidad para una alimentación saludable y un aumento de ambientes alimentarios no saludables ni sostenibles.

Definición del problema de salud El Ministerio de Salud de Chile define la salud mental como *"la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común"*(49), siendo por lo tanto una parte integral de la salud y el bienestar de las personas. Los problemas de salud mental se expresan, además de los trastornos psiquiátricos, en comportamientos poco saludables e inseguros, como el uso de alcohol o drogas, el comportamiento violento o autodestructivo y el suicidio, los que se encuentran descritos en el tema "Trastornos Mentales". Asimismo, están asociados a una mayor prevalencia y progresión de enfermedades crónicas (diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer) y generan altos costos psicosociales y económicos(50). Además de los atributos individuales, como la capacidad para manejar los pensamientos, las emociones, los comportamientos y las interacciones con los demás, la salud mental está determinada por factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales(51). En este sentido, las acciones de promoción y prevención en salud mental se basan en la participación y el apoyo de toda la comunidad y el desarrollo de asociaciones entre diversos actores, tanto públicos como privados, con un enfoque basado en la salud en contraposición a la enfermedad(52).

Situación epidemiológica en el mundo Según las estimaciones, en 2019, más de 800 millones de personas vivían con algún problema de salud mental(36), siendo la depresión una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo, afectando a 264 millones de personas, con mayor prevalencia en las mujeres. Asimismo, uno de cada siete jóvenes entre 10 y 19 años experimenta un trastorno mental y la mitad de todos estos trastornos comienzan a los 14 años, pero la mayoría no se detecta ni se trata(53). Muchas afecciones de salud mental pueden ser tratadas de manera efectiva a bajo costo, sin embargo, la cobertura de tratamiento eficaz es aún muy baja(54).

Estrategias globales La importancia de la salud mental se plasma en la agenda 2030 para los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que incluye un objetivo específico en esta materia: *"para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar"* (Meta 3.4)(55). La OMS, en el plan de acción de salud mental 2013-2030, establece cuatro grandes objetivos: 1) Fortalecer el liderazgo y la gobernanza, a través de la

SALUD MENTAL

OBJETIVO DE IMPACTO

Mejorar la salud mental de la población en Chile con enfoque en lo promocional y preventivo.

RESULTADOS ESPERADOS

- Visibilizar la salud mental como un componente esencial del bienestar y la salud pública.
- Aumentar la oferta y calidad de programas y/o acciones enfocadas en promoción de la salud mental en el curso de vida.
- Aumentar la cobertura en programas y/o acciones de promoción y prevención con enfoque de equidad.

formulación de planes nacionales y la promulgación de leyes de salud mental, 2). Contar con servicios integrales e integrados en entornos comunitarios, aumentando la cobertura de servicios de salud mental e integrándolos a la atención primaria de salud, 3). Contar con planes nacionales de promoción y prevención, que incluyan estrategias de prevención de suicidios y la preparación para situaciones de emergencias y desastres, 4). Contar con sistemas de información, de revisión de evidencia e investigación. Estos objetivos deben ser desarrollados considerando el acceso universal a la salud, el respeto a los derechos humanos, la toma de decisiones basadas en evidencia, el enfoque de curso de vida, trabajo intersectorial y el empoderamiento de las personas y grupos en riesgo.

Situación nacional La última Encuesta Nacional de Salud (2016-17) mostró una prevalencia de síntomas depresivos del 16%, siendo dos veces superior en las mujeres. Un 2,2% ha tenido ideación suicida y un 0,7% ha intentado suicidarse en el último año. Un 43% de las personas encuestadas señaló que había tenido problemas de sueño en el último mes(56). Según el Termómetro de la Salud Mental en Chile, el 34,6% de las personas entre 21 y 68 años presentó síntomas asociados a problemas de salud mental en julio de 2020. Este porcentaje sube al 72% en aquellas personas que reportan un estado de salud malo o regular(57).

Programas y políticas del país El Plan Nacional de Salud Mental del año 2000 permitió mejorar sustancialmente la oferta de servicios de salud mental existente hasta esa fecha, incidiendo en el aumento de las coberturas y en la calidad de la atención brindada. En 2017 se formula el nuevo plan de salud mental (2017-2025) para hacer frente a los nuevos desafíos debidos al aumento de los problemas de salud mental y de los servicios de apoyo social(58). Este plan, tiene como objetivo *"contribuir a mejorar la salud mental de las personas, mediante estrategias sectoriales e intersectoriales, para la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, atención garantizada de salud mental e inclusión social, en el marco del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario"*(49). En este sentido pretende profundizar el modelo comunitario de salud mental, resolviendo necesidades insatisfechas con los estándares de calidad requeridos. Para el logro de este objetivo el plan propone 1) aumentar y mejorar la oferta de servicios de salud mental, 2) desarrollar soporte financiero para la realización de las actividades del plan, 3) contar con sistemas de información para el monitoreo y gestión de la calidad, 4) cerrar la brecha de recursos humanos en salud mental, tanto a nivel de atención, como de gestión y salud pública en un horizonte de 10 años.

Sumados a las intervenciones enfocadas en el tratamiento, se encuentran las acciones intersectoriales de prevención y promoción ejecutadas con SENAMA, el servicio Mejor Niñez, legislación en relación con medidas poblacionales para reducir el consumo de alcohol con foco en los menores de edad, el trabajo con MIDESO en la implementación del programa Chile Crece Contigo, entre otros.

También se han diseñado estrategias y planes para abordar problemas específicos como la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio, la Estrategia Nacional sobre Alcohol, la Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030, un modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión de Riesgos de Desastres (ONEMI-Minsal), El Plan Nacional de Demencias, entre otras. Finalmente, en 2021 se promulgó la ley 21.331 de protección de la salud mental, que *"tiene por finalidad reconocer y proteger los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual, en especial, su derecho a la libertad personal, a la integridad física y psíquica, al cuidado sanitario y a la inclusión social y laboral"*(59).

Objetivo al 2030 Durante la última década se han realizado avances importantes en materia de acceso a servicios de salud mental en nuestro país: Programa Piloto Apoyo a la Salud Mental Chile Crece Contigo (PASMI), Programa Detección, intervención y referencia del consumo de Alcohol, tabaco y drogas (DIR), Programa Reforzamiento Salud Integral a

NNAJ vinculados a red SENAME, Programa Acompañamiento Psicosocial, entre otros. En cuanto a los dispositivos que ofrecen estos servicios se encuentran los Centros de Salud Mental Comunitaria, Hospitales de día, Centros de Apoyo Comunitario a personas con Demencia, Centros de Tratamiento ambulatorio de alcohol y drogas, además de los centros de atención cerrada. A pesar de ello, aún existen desafíos importantes para hacer frente al aumento de problemas de salud mental, la baja articulación intersectorial en la implementación de políticas, planes y programas, la baja participación de organizaciones sociales en el diseño de planes y políticas, bajo presupuesto asociado a la promoción y prevención de salud mental y la falta de difusión de la oferta de servicios de salud mental(49). Por ello, para 2030 se propone mejorar la salud mental de la población en Chile con enfoque en lo promocional y preventivo.

CONSUMO DE TABACO

OBJETIVO DE IMPACTO

Disminuir la prevalencia de consumo de productos de tabaco y sistemas electrónicos de administración de nicotina y sin nicotina en la población.

RESULTADOS ESPERADOS

- Restringir el acceso a los productos del tabaco.
- Implementar programas de tratamiento del tabaquismo (farmacológico y no farmacológico) en sistemas de salud.
- Restringir el consumo de tabaco.
- Fortalecer la comunicación de riesgo focalizadas en grupos de riesgo.
- Retardar el inicio del consumo de tabaco.

Definición del problema de salud El consumo de tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que enfrenta el mundo. Anualmente, mueren más de 7 millones de personas como resultado directo de su consumo y, alrededor de 1,2 millones, por la exposición de los no fumadores al humo de segunda mano(60). Todas las formas de consumo son dañinas y no hay un nivel seguro de exposición a tabaco(61). Su consumo daña casi todos los órganos del cuerpo y causa muchas enfermedades, como cáncer, enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que incluye enfisema y bronquitis crónica, genera problemas en el sistema inmune, artritis, problemas óseos y enfermedad ocular(61)(62). Los costos económicos que genera el tabaquismo son enormes, incluyendo los costos de atención médica, así como la pérdida de capital humano producto de la morbilidad y mortalidad(60).

Situación epidemiológica en el mundo La prevalencia de consumo de tabaco ha disminuido desde 1990. Sin embargo, el número de personas que fuma es mayor, debido al crecimiento poblacional. El 20% de los fumadores empezó a fumar antes de los 15 años. El tabaco fue el principal factor de riesgo de mortalidad en los hombres y el 80% de las muertes atribuibles al tabaco, fueron en fumadores actuales(63).

Estrategias globales En 2005, entró en vigor el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, primer tratado internacional negociado bajo el amparo de la OMS que, actualmente, incluye a 182 Estados parte. Su objetivo es *"proteger a las generaciones presentes y futuras de las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas asociadas al consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco"*(64). Entre las medidas que son obligatorias para los Estados que suscriben el Convenio están la regulación de la publicidad, la protección de la exposición al humo del tabaco ajeno, reducción del comercio ilícito, la regulación del contenido de los productos de tabaco, la prohibición de venta a menores de edad, entre otros. En 2007, la OMS diseñó una estrategia MPOWER que intensifica las medidas para reducir la demanda de tabaco contenidas en el CMCT. Incluye: supervisar las políticas de prevención y el consumo de tabaco *(Monitor)*, proteger a las personas del consumo de tabaco *(Protect)*, ofrecer ayuda para dejar el consumo de tabaco *(Offer)*, advertir sobre los peligros del tabaco *(Warn)*, hacer cumplir las prohibiciones de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (Enforce) y aumentar los impuestos al tabaco (Raise)(60). Finalmente, la importancia de consumo de tabaco se

expresa en la Agenda 2030 para los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que incluye un objetivo específico en esta materia: *"fortalecer el Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco en todos los países"* (Objetivo 3.a)(55).

Situación nacional En Chile, la última Encuesta Nacional de Salud (2016-17) muestra que el 32,5% de la población es fumadora, lo que representa un descenso del 23% en relación con la medición de 2003. La mayor prevalencia de consumo de tabaco está entre los 25 y 44 años (43%), es mayor en los hombres, en las personas con más de 12 años de educación y en las zonas urbanas. El 49% de la población fumadora ha tratado de dejar de fumar durante el último año(65). En población escolar entre octavo básico y cuarto medio, el consumo de tabaco desciende en un 76,4%, llegando a una prevalencia de 3% el 2019(66). A pesar de los avances observados, Chile sigue siendo el país con mayor prevalencia en la Región de las Américas(67).

Programas y políticas del país Chile ha implementado medidas que han permitido ponerse en línea con los requerimientos del Convenio Marco para el Control del Tabaco suscrito por nuestro país en 2005, a través de la implementación de estrategias de tipo estructural, principalmente. Así, las modificaciones a la ley de control de tabaco, aprobadas en 2013 (Ley N°20.660), permiten proteger a la población del humo del tabaco y advierte sobre los peligros del consumo de tabaco: prohíbe toda forma de publicidad, prohíbe la comercialización y distribución de productos de tabaco a personas menores de 18 años, así como su venta a menos de 100 metros de establecimientos educacionales de educación primaria o secundaria; obliga a incluir en los envases advertencias sobre el daño del tabaco; señala la necesidad de diseñar un plan nacional de educación escolar sobre el tabaco y sus daños; entrega facultades al Ministerio de Salud para prohibir el uso de aditivos o sustancias; prohíbe el consumo de tabaco en espacios cerrados de acceso público o de uso comercial y especifica lugares en los que no se puede fumar. Asimismo, la reforma tributaria de 2014 aumentó el impuesto al tabaco, que representa el 83% del precio al por menor. En cuanto a detección y terapias de cesación, actualmente en APS se realiza tamizaje en distintas instancias (consultas regulares, ingresos a programas o prestaciones, Programa de Salud Cardiovascular, Examen de Medicina Preventiva del Adulto o Salud Mental) y se realiza consejería breve antitabaco (o intervención mínima).

Objetivo al 2030 Chile logró cumplir la meta propuesta para 2020, de bajar la prevalencia de consumo de tabaco en un 5% al 2020 en la población de 12-64 años, pasando de un 36% al 31% (ver documento "Evaluación de fin de periodo"). Quedan, sin embargo, importantes desafíos que hay que enfrentar. Aún persiste un inicio precoz del consumo (antes de los 14 años), determinado por el consumo de tabaco en las familias, la influencia de los pares, la baja percepción de riesgo en estos grupos de edad y las estrategias de la industria tabacalera destinadas a los jóvenes. En este sentido, también se ha observado un aumento en el consumo de productos de tabaco y sistemas electrónicos de administración de nicotina y sin nicotina, que son de fácil acceso y se consideran de riesgo para inicio del consumo de tabaco e incluso otras drogas. Es necesario incrementar la fiscalización, para propiciar el cumplimiento de la ley sobre ambientes libres de humo de tabaco. Finalmente, es necesaria la pronta implementación del Programa Nacional de Tratamiento del Tabaquismo, de acuerdo con lo que señala la nueva Ley de Cáncer promulgada el año 2020. También es de vital importancia facilitar el acceso a este tratamiento a todas las personas expuestas a este importante factor de riesgo y, en especial, a las personas que tienen enfermedades crónicas.

Por ello, el objetivo de impacto para 2030 es disminuir la prevalencia de consumo de productos de tabaco y sistemas electrónicos de administración de nicotina y sin nicotina en la población.

CONSUMO DE ALCOHOL

OBJETIVO DE IMPACTO

Reducir el consumo de alcohol en población general y sus consecuencias sociales y sanitarias.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reducir la asequibilidad a las bebidas alcohólicas.
- Reducir la disponibilidad de alcohol.
- Reducir la aceptabilidad social del consumo de alcohol.

Definición del problema de salud El consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo para la salud de la población en todo el mundo y tiene un impacto directo en muchas metas relacionadas con la salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), incluidas las relativas a salud materna e infantil, las enfermedades infecciosas, enfermedades no transmisibles y salud mental, lesiones y envenenamientos. La carga mundial de morbilidad causada por su uso excede las causadas por muchos otros factores de riesgo y enfermedades que ocupan un lugar destacado en la agenda sanitaria mundial(68).

Situación epidemiológica en el mundo Más de la mitad de la población de tres regiones de la OMS (Américas, Europa y el Pacífico Occidental) consume alcohol. Actualmente, habría alrededor de 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres que padecen trastornos por consumo de alcohol y de estos serían jóvenes entre los 15 y los 19 años el 27%. La mayor prevalencia entre hombres y mujeres se registra en la Región de Europa (14,8% y 3,5%) y la Región de las Américas (11,5% y 5,1%). En el mundo, 1 de cada 20 muertes son consecuencia del consumo de alcohol, donde más del 75% corresponde a hombres. De todas las muertes atribuibles al alcohol, un 28% se debe a lesiones; 21% a trastornos del aparato digestivo; 19% a enfermedades cardiovasculares y, el resto, a cánceres, enfermedades infecciosas, trastornos mentales, entre otras. El 5% de la carga mundial de morbilidad se debe al consumo de alcohol. En la Región de las Américas, el alcohol causa 6,7% de todos los años de vida ajustados por discapacidad (AVISA) y más de 379.000 muertes. Si esta tendencia permanece, al 2025 habrá muerto 1 millón de personas más a causa del alcohol en la Región(69).

Estrategias globales Los Estados Miembros de OMS y las Naciones Unidas han acordado realizar un esfuerzo para alcanzar metas diseñadas en el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible(69). El consumo de alcohol per cápita por año es uno de los indicadores de la meta de salud 3.5 de los ODS: "Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias, incluido el uso indebido de estupefacientes y el uso de alcohol"(68). La OMS cuenta con la "Estrategia mundial para reducir el uso del alcohol" y el "Plan de acción 2022-2030" para la aplicación eficaz de la estrategia mundial(70).

Alcance en el país El alcohol es el factor de riesgo que causa más muerte o discapacidad en Chile. Según el Estudio de Carga

de Enfermedad y Carga Atribuible 2007, el consumo de alcohol se vincula con el 12,4% de los AVISA. Según la ENS 2016-17, la prevalencia de consumo riesgoso de alcohol, medido con el Test de Identificación de Trastornos Debido al Consumo de Alcohol (AUDIT), es de 11,7% (20,5% en hombres y 3,3% en mujeres), mayor entre los 20 y 29 años (18,8%) y en población con menor escolaridad (13,1%). La prevalencia de trastornos por consumo de alcohol en adultos es de 1,9% (3% en hombres y 0,8% en mujeres), más alta entre los 18 y 44 años (2,9%)(56). Así, el alcohol es la droga legal más consumida en Chile, con una tasa ajustada de mortalidad por cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas de 24,11 por 100.000 hab. (34,01 para hombres y 14,40 para mujeres), considerando datos de 2012(71). En la población escolar, la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes fue de 31%(66).

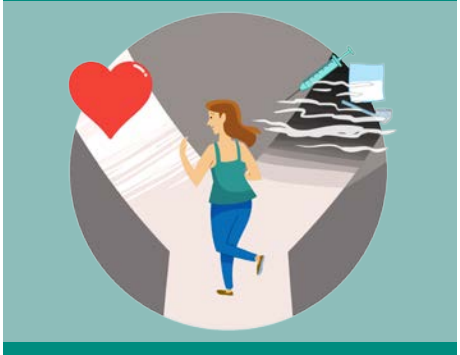
Programas y políticas del país Chile ha tratado de proteger a la población mediante leyes y regulaciones sobre la venta de bebidas alcohólicas y determinando incompatibilidades para su consumo (manejar vehículos, venta a menores de edad, beber en lugares públicos) y sobre conductas derivadas (embriaguez en sitios públicos)(72). En 2010, surge la "Estrategia Nacional sobre Alcohol: para reducir las consecuencias sociales y sanitarias", que busca un cambio cultural en la convivencia de los chilenos con el alcohol y que se traduzca en que se practique un patrón de consumo de alcohol con menores riesgos(72). La efectividad de las intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo es conocida y, desde 2011, se desarrolla el Programa de Intervenciones Breves en Alcohol, realizado en establecimientos de Atención Primaria de Salud, que incluye tamizaje e implementación de intervenciones adecuadas a los niveles de riesgo(2).

La Estrategia Nacional de Alcohol(72) es una recomendación de acciones multisectoriales desde la evidencia científica, para el abordaje del problema. Dentro de los avances que pueden ser identificados en los 10 años precedentes están:

a) En el marco de la última reforma tributaria, se incorporó el alcohol, aumentando los impuestos, corrigiendo una disminución que se había aplicado a principios de la década de 2000.
b) Alcohol y tránsito, a través de la reducción de la concentración de alcohol en sangre (BAC) bajo la cual no está permitido beber ("tolerancia cero"), así como aumentando las sanciones para conducir bajo efectos del alcohol ("ley Emilia").
c) En consumo riesgoso y atención de salud, a través del Programa DIR: Detección, Intervenciones breves y Referencia a tratamiento en alcohol y otras drogas, antes mencionado.
d) En regulación de la publicidad de bebidas alcohólicas, a fines de 2021 se promulgó una reforma legislativa que incorpora regulación de la publicidad y etiquetado con advertencias de riesgos en las bebidas alcohólicas.

Objetivo al 2030 El objetivo de impacto planteado para el decenio 2011-2020 fue "Disminuir 10% la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años". La línea base era de 15,1% y el último dato disponible es de un 16,2%, con lo cual el indicador se encuentra en retroceso (ver documento "Evaluación de fin de periodo"). El consumo de alcohol como problema de salud pública sigue siendo uno de los más importantes en el país. Para el 2030, el objetivo de impacto es la reducción del consumo de alcohol en población general y sus consecuencias sociales y sanitarias. Este objetivo fue planteado debido a que la evidencia actual es clara al establecer el consumo de alcohol como un problema principal de salud pública que causa muerte y discapacidad, no restringido a la adicción, sino también al uso propiamente tal, para el que no se conoce dosis de consumo segura. Así mismo, la evidencia establece que el alcohol es una droga, legal, pero que no tiene dosis segura y es tan adictiva y problemática en la sociedad como las drogas establecidas como ilegales.

CONSUMO DE DROGAS



OBJETIVO DE IMPACTO

Disminuir el consumo de drogas en la población de Chile reduciendo sus consecuencias sociales y sanitarias.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir la vulnerabilidad individual, relacional, comunitaria con enfoque de equidad.
- Aumentar el acceso y oportunidad a servicios de calidad de promoción prevención, tratamiento e inclusión social.
- Reconocer el consumo de drogas como problema de Salud Pública (individual y poblacional).
- Disminuir la disponibilidad de drogas.

Definición del problema de salud El abuso de sustancias se refiere al uso nocivo o peligroso de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol y las drogas ilícitas. Su uso permanente puede causar dependencia y discapacidad, además de problemas crónicos de salud. A esto se suman las consecuencias sociales del uso perjudicial o dependencia de drogas, que suponen una importante carga económica para las personas, las familias y la sociedad(73).

Situación epidemiológica en el mundo En 2019, 275 millones de personas entre 15-64 años habían consumido drogas al menos una vez en el año anterior, es decir, el 5,5% de ese grupo de edad(74) y un 22% superior a lo observado en 2020. Asimismo, se estima que 35 millones de personas sufren algún trastorno por consumo de drogas (patrón nocivo de consumo de drogas o dependencia de las drogas) y medio millón fallece por su consumo(75). Durante la última década, se ha observado una diversificación en las sustancias disponibles en los mercados de drogas. Además de las sustancias tradicionales de origen vegetal (cannabis, cocaína y heroína), en la última década se ha expandido el mercado de drogas sintéticas y el uso no médico de drogas farmacéuticas. Sin considerar el tabaco y el alcohol, las drogas más consumidas son Cannabis, éxtasis, cocaína, anfetaminas y LSD(76).

Estrategias globales Las estrategias para combatir el consumo de drogas son multisectoriales, involucrando a los organismos de salud, interior, policías, poder judicial, así como la coordinación internacional. Incluyen desde la mejora de la prevención, el tratamiento y la atención de personas con problemas de consumo, respuestas efectivas de la justicia penal al tráfico de drogas, mayor acceso a medicamentos controlados para quienes los necesitan, fortalecimiento de la cooperación internacional en materia de aplicación de la ley, hasta mejor comprensión y seguimiento de los mercados de drogas ilícitas(77).

Situación nacional En Chile, en 2018 un 13% de la población adulta declaró haber consumido marihuana en el último año y un 8,3% en el último mes, situando a nuestro país como el de mayor prevalencia en América Latina. Hasta 2016, se observó un aumento en las prevalencias de consumo, con un leve descenso en 2018. Su consumo es más frecuente en los hombres y en los grupos más jóvenes. No se aprecian diferencias según nivel socioeconómico(66). En población escolar, la prevalencia de consumo del último año alcanzó el 27% (15% en el último mes), observándose una disminución del 23% desde 2015(66). Con respecto a otras drogas, el 1,4% de la población

mayor de 12 años señala haber consumido tranquilizantes sin receta en el último año, un 1,1% marihuana sintética, 1% consumió clorhidrato de cocaína y un 0,4% pasta base.

Programas y políticas del país La Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030 del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol incluye intervenciones para la prevención y el tratamiento del consumo de sustancias, y para la integración social de las personas tratadas, llamado "Sistema SENDA" (Senda inicia, Elige vivir sin drogas, Senda tratamiento y Senda oportunidades) y también el Observatorio Nacional de Drogas y Sistema de Alerta Temprana. En este sistema, participan distintas instancias de gobierno, dentro de las que está el Ministerio de Salud(78). En la Atención Primaria de Salud, existe un programa de detección, intervenciones breves y referencia a tratamiento (DIR) en APS para personas con problemas de consumo de alcohol y otras drogas. Asimismo, el programa GES incluye el diagnóstico y tratamiento de personas con consumo perjudicial y dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años.

Objetivo al 2030 La principal meta de disminuir el consumo de drogas en un 5% en el grupo de 15 a 24 años no pudo ser alcanzada, aumentando el consumo al 26% en dicho grupo. Tampoco se logró mejorar la cobertura de intervención motivacional para personas de 15 a 24 años con consumo riesgoso, sólo se aumentó levemente el tamizaje de consumo de drogas (ver documento "Evaluación de fin de periodo"). El aumento del consumo de drogas en nuestro país, especialmente en adolescentes y jóvenes, es resultado de la interacción de múltiples factores, como la baja percepción de riesgo, la aceptación social (o normalización) del consumo, el aumento en la disponibilidad de drogas y el acceso a ellas, altos grados de vulnerabilidad social, problemas de salud mental, déficit de habilidades o competencias personales, estigmatización y falta de acceso a servicios de tratamiento y rehabilitación. El objetivo que se plantea para 2030 es disminuir el consumo de drogas en la población de Chile reduciendo sus consecuencias sociales y sanitarias.

ACTIVIDAD FÍSICA

OBJETIVO DE IMPACTO

Disminuir la prevalencia de inactividad física en la población en Chile, a través del curso de vida.

RESULTADOS ESPERADOS

- Promover la práctica regular de Actividad Física y Deportiva (AFD) a lo largo del curso de vida y atendiendo a la diversidad.
- Mantener o disminuir la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y sus complicaciones.
- Aumentar la accesibilidad, oferta y variedad programática y de entornos para realizar AFD en todas las regiones.
- Fortalecer la comunicación y promoción de beneficios y recomendaciones de la AFD para la población.

Definición del problema de salud La actividad física regular es un factor protector de la salud conocido para la prevención y el manejo de enfermedades no transmisibles (ENT) como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo 2 y los cánceres múltiples, las cuales son algunas de las principales causas de muerte a nivel mundial(79). La actividad física (AF) también tiene importantes beneficios para la salud mental, ya que reduce la depresión y la ansiedad y mejora el estado de ánimo y el bienestar general. La actividad física regular es beneficiosa para personas de todas las edades y capacidades y durante todo el curso de vida.

En las directrices de la OMS de 2020(79) sobre AF y hábitos sedentarios en niños y adolescentes, adultos y adultos mayores se recomienda que los niños y adolescentes realicen al menos 60 minutos diarios de AF de moderada a intensa a lo largo de la semana y que los adultos realicen al menos entre 150 y 300 minutos de AF aeróbica de intensidad moderada; o bien un mínimo de entre 75 y 150 minutos de actividad física aeróbica de intensidad vigorosa; o bien una combinación equivalente de actividades de intensidad moderada y vigorosa a lo largo de la semana. A su vez, se da énfasis a la reducción de la conducta sedentaria referida al tiempo de pantalla y actividades sedentes.

La inactividad física se define como "el no cumplimiento de las recomendaciones mínimas internacionales de AF para la salud de la población" y el sedentarismo se define por "la falta de movimiento durante las horas de vigilia", y es caracterizada por actividades que sobrepasan levemente el gasto energético basal. La práctica de AF 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 AF en la niñez aumenta la probabilidad de seguir participando en tales actividades al ser adulto(2). Los países y las comunidades deben adoptar medidas que permitan a las personas incrementar la AF, para lo cual se requiere un esfuerzo colectivo, en diferentes sectores y disciplinas, para aplicar políticas adecuadas al entorno cultural y social de los países(80).

Situación epidemiológica en el mundo Las últimas estimaciones mundiales, que entrega una investigación de Lancet(81), muestran que 1.400 millones de adultos (27,5% de la población adulta) no cumplen con el nivel recomendado de actividad física para mejorar y proteger su salud y esto permanece prácticamente sin cambios desde 2001 (28,5%)(82). Además, según dicho estudio en los adultos, los niveles de inactividad aumentan y son dos veces más altos en los

países de ingresos altos (36,8%) que en los países de ingresos bajos (16,2%). En la mayoría de los países, las mujeres son menos activas que los hombres, especialmente en regiones como Oriente Medio, el Caribe y América del Sur. En toda la región, tanto las mujeres como los hombres se vuelven menos activos a medida que envejecen.

A pesar de su inclinación natural por el juego activo y la recreación en la infancia y la adolescencia, los datos mundiales revelan que el 81% de los niños y niñas de 11 a 17 años dedican menos de una hora al día a realizar actividad física de intensidad moderada a vigorosa; y las niñas (85%) son menos activas que los niños (77,6%) en la mayoría de los países(82). En los casos en que se han logrado mejoras en los niveles de actividad física de los adolescentes, estas han sido entre hombres y no entre mujeres, reforzando y consolidando aún más las diferencias de género que persisten a lo largo de la vida.

Por otra parte, las medidas sanitarias para resguardar a la población de la pandemia de COVID-19 han impactado en la práctica regular de la actividad física y el deporte(83). A nivel global, ha revelado la interconexión de todas las sociedades, economías y salud en todo el mundo, desafiando los programas que realizaban AF del sistema de salud afectando la salud física y mental de las comunidades. Estos efectos han sido más complejos para los niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y comunidades vulneradas, especialmente aquellos que viven con enfermedades crónicas y discapacidades. La evidencia de los resultados de un estudio realizado en EE.UU.(84) con 48.440 pacientes adultos, en donde se evaluó que la inactividad física se asocia con un mayor riesgo de resultados graves de COVID-19, demostró que los pacientes con COVID-19 que estuvieron constantemente inactivos durante los 2 años anteriores a la pandemia tenían más probabilidades de ser hospitalizados, ingresados en la unidad de cuidados intensivos y morir que los pacientes que cumplían constantemente las pautas de actividad física. La actividad física, en cambio, se asoció con un beneficio sustancial, incluso en aquellos que realizaban algo de actividad física en relación a quienes estaban constantemente inactivos(84).

Debido a la extensión en el tiempo de más de 20 meses de pandemia por COVID-19 se está agravando la sindemia establecida de inactividad física(85). Según un estudio transversal a nivel nacional de China, realizado durante la cuarentena domiciliaria en la fase inicial del brote de COVID-19, informó que casi el 60% de los adultos adoptaron temporalmente un estilo de vida sedentario, con una prevalencia de actividad física insuficiente de más del doble del nivel global(86). En una encuesta de Corea del Sur, realizada entre el 27 y el 31 de marzo de 2020, más del 90% de los padres informaron una disminución en el uso de las instalaciones deportivas y de juego de sus hijos pequeños(87). A su vez, en Canadá, se aplicó a más de 4.500 personas una encuesta para que informaran sobre sus hábitos de ejercicio entre el 29 de marzo y el 3 de abril de 2020. Se encontró que hacer ejercicio, particularmente al aire libre, se asoció con una mejor percepción de la salud general y mental durante la pandemia de COVID-19, lo que sugiere que el ejercicio al aire libre puede ser importante para promover una mejor salud durante los períodos de encierro(88). Un estilo de vida físicamente activo fue esencial para la salud física y mental durante los tiempos de confinamiento, por lo que las políticas de promoción y fortalecimiento de la práctica regular de actividad física son esenciales (89).

Estrategias globales En 2010, la OMS elabora las "Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud", actualizadas en 2020 y las nuevas directrices de la OMS sobre actividad física, sedentarismo y sueño para niños menores de 5 años de 2019(90) dirigidas a los responsables de políticas de ámbito nacional para fomentar la actividad física y reducir los hábitos sedentarios de la población(91). En 2018, la OMS puso en marcha el "Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030", para aumentar la actividad física en todo el mundo(92). También en 2018, la Asamblea Mundial de la Salud acordó la meta mundial de lograr una reducción de un 15% de la prevalencia de inactividad física en adolescentes y adultos para 2030, a partir del valor de referencia de 2016"(93), alineándose con los Objetivos de

Desarrollo Sostenible. Para apoyar a los países en la medición de la actividad física de los adultos, la OMS elaboró el Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ) y, para los escolares, se diseñó un módulo que se integra a la Encuesta Mundial de Salud Escolar (GSHS)(94).

Alcance en el país En Chile, según la última Encuesta de Hábitos de Actividad Física 2018 del Ministerio del Deporte, en población mayor de 17 años, el 80% de esta es inactiva, no cumpliendo los estándares mínimos recomendados por la OMS. En el análisis desagregado por estrato social, al descender en la escala socioeconómica, disminuye el nivel de práctica de actividad física y/o deportes, donde el segmento ABC1 presenta 48,1% de practicantes, mientras que el segmento E solo alcanza el 17,5%(95). En la misma encuesta bajo un análisis de género, se observa que el nivel de práctica de hombres es sostenidamente mayor que en mujeres, alcanzando un 45,3% frente solo a un 25,3% las mujeres.

Por otra parte, la Tercera Encuesta Nacional de Salud (ENS, 2016-2017) devela altas tasas de sedentarismo como condición extendida en la sociedad (86,7%), evidenciando una brecha mayor en mujeres, a mayor edad y a menor escolaridad(45). Los factores asociados son el sexo femenino, vivir en zonas urbanas, alto ingreso económico, fumar o ser exfumador, obesidad central, Diabetes Mellitus tipo 2 o síndrome metabólico, mala autopercepción de salud y poseer aparatos tecnológicos o vehículos de uso particular(96).

En base a la Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes, en población entre 5 y 17 años 2019(95), solo un 16,5% de la población en edad escolar cumple con las recomendaciones de actividad física de la OMS (60 minutos diarios), un 35,1% es parcialmente activo y un 48,4% inactivo. Según la Encuesta de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes (en adelante NNA) de 5 a 17 años, señala que 59,5 % de los NNA realiza deporte o actividad física en la semana previa. Asimismo, en el Reporte Global de Notas en NNA(97), Chile apenas obtiene nota 3,0 de un máximo de 7,0, por debajo del promedio internacional (4,0), ubicándose en la penúltima posición de los 49 países evaluados. Sólo 1 de cada 5 niños y niñas de 9 a 11 años es físicamente activo y, del total de menores, sólo entre el 14% y 26% señala realizar una actividad deportiva.

Programas y políticas del país La ley del Deporte (Ley 19.712, 2001) señala el deber del Estado de crear las condiciones necesarias para el ejercicio, fomento, protección y desarrollo de las actividades físicas y deportivas, estableciendo una política nacional del deporte. El Ministerio del Deporte fue creado en 2013 (Ley 20.686/13), con el objetivo de promover políticas deportivas a nivel nacional. Cuenta con la "Política nacional de actividad física y deportes 2016-2025", que promueve el desarrollo integral, individual y comunitario de la población, mediante la práctica de la actividad física y deporte(98). En 2013, surge el Sistema Elige Vivir Sano (Ley 20.670), que contribuye a generar hábitos y estilos de vida saludables y a prevenir los factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles(99). Además, el Ministerio de Salud cuenta con Planes Comunales de Promoción de la Salud, de carácter comunal y participativo, liderados desde Salud y con financiamiento intersectorial, para instalar estilos de vida saludables con foco en actividad física, alimentación saludable y vida libre de humo de tabaco(2).

Objetivo al 2030 El objetivo de impacto planteado para el decenio 2011-2020 fue "Aumentar 30% la prevalencia de actividad física suficiente en población entre 15 a 24 años". La línea base era de 23,1% y, el último dato disponible, es de un 24,1%, presentando un estado de avance discreto (ver documento "Evaluación de fin de periodo"). Para 2030, el objetivo de impacto es disminuir la prevalencia de inactividad física en la población de Chile, a través del curso de vida. Se planteó no solo debido a la insuficiente validación técnica/política sobre los beneficios de la práctica regular de AF, como factor protector para la salud integral y desarrollo psicosocial, aumento de uso de pantallas a lo largo del curso de la vida, a la alta prevalencia de comorbilidades, aumento del trabajo sedentario y al poco tiempo libre para realizar actividad física.

Definición del problema de salud Los derechos sexuales y reproductivos, como parte integrante de los derechos humanos, se deben respetar, proteger y cumplir por parte de los Estados(100), para todas las personas. Esto implica, al menos, proveer acceso a información de buena calidad, conocimiento de los riesgos asociados y su vulnerabilidad ante las consecuencias de la actividad sexual sin protección, junto con otorgar la posibilidad de acceder a la atención de salud sexual y reproductiva(101).

A partir de la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo (CIPD) en 1994, la conceptualización de la salud sexual y reproductiva comienza a reiterarse en distintos instrumentos internacionales, adoptando desde la Organización Mundial de la Salud una definición que, tanto para la salud sexual como la salud reproductiva, no solo se entiende como la ausencia de enfermedad, sino como un "estado de completo bienestar físico, emocional, mental y social que busca fomentar la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos, considerando la opción de procrear decidiendo cuándo y con qué frecuencia"(102).

El reconocimiento de la importancia de la Salud Sexual y reproductiva tiene un alcance multidimensional. Desde la perspectiva sanitaria, se estima que una mala salud sexual y reproductiva de las poblaciones contribuye con un 20% de carga de morbilidad en las mujeres y un 14% en los hombres(103). Esta carga de enfermedad se expresa en embarazos no planificados y abortos, infecciones (VIH y otras infecciones de transmisión sexual-ITS), disfunciones sexuales, violencia sexual y prácticas nocivas (ej. mutilación genital femenina), entre otros.

Desde una perspectiva sociocultural, el reconocimiento de la salud sexual y reproductiva tiene directa relación con el concepto de género, entendido como los roles definidos por la sociedad que se consideran apropiados. El género no es un concepto estático, varía según el tiempo y lugares, pudiendo reflejar la distribución de poder entre las diferentes personas(104). Dado lo dinámico de la resignificación del concepto de género, la aplicación e interpretación de la salud sexual y reproductiva debe ser igualmente dinámica, ya que la falta de coherencia genera el riesgo de excluir a un grupo diverso de personas de género no binario y transgénero, que puede tener singularidades comparadas con las de personas cisgénero. Las personas LGBTIQ+ tienden a utilizar menos los servicios de salud por temor a encontrarse con un escenario de estigmatización, desconocimiento sobre diversidades sexuales y

SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

OBJETIVO DE IMPACTO

Abordar integralmente las necesidades en Salud Sexual y Reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar el bienestar biopsicosocial de las personas en su Salud Sexual.
- Incluir de manera efectiva acciones en SS y SR en la gestión de emergencias y desastres.
- Proveer de atención multidisciplinaria y servicios accesibles y de calidad con foco en adolescentes, jóvenes, personas mayores y diversidades sexuales.
- Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos.
- Asegurar el cumplimiento de la Ley IVE (interrupción voluntaria del embarazo).

actitudes homofóbicas por parte del personal de la salud. Por todo esto, se debe modificar el paradigma de la atención clínica e investigación en salud reproductiva y sexual, tendiendo a una atención inclusiva y de alta calidad para todos(104).

Situación epidemiológica en el mundo La mortalidad materna es un fenómeno que, por su magnitud y vulnerabilidad, continúa siendo un problema sanitario global. Es así como la agenda 2030 para los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) considera que, para garantizar una vida sana y bienestar en todas las edades del curso de vida, se debe alcanzar, a nivel mundial, una reducción la mortalidad materna a menos de 70 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos(105). Actualmente, Chile posee una razón de mortalidad materna de 17,3 defunciones maternas por cada 100.000 nacidos (según el último dato oficial del año 2017), que si bien está muy por debajo de lo planteado en los ODS, retrospectivamente no se cumplió con lo planteado en los objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM), en donde se esperaba que a 2010 tuviésemos una disminución de 2/3 de la mortalidad materna del año 2000, es decir, 9,9 por cada 100.000 nacidos vivos; siendo esta la meta que hoy nuevamente los ODS nos exigen(106). Las enfermedades crónicas no transmisibles antes de la gestación son el principal problema y se relacionan directamente con el incremento de defunciones maternas indirectas.

Aún los embarazos no planificados son un importante problema de salud pública(101), donde 74 millones de mujeres tienen un embarazo no planificado cada año, lo que conduce a 25 millones de abortos inseguros y 47.000 muertes maternas anualmente. Además, pueden dar lugar a variados riesgos para la salud de la madre y el niño, como malnutrición, enfermedades, maltrato, abandono e incluso la muerte(107). Sólo el 76% de las mujeres tiene sus necesidades de planificación familiar satisfechas(108). Diariamente, más de 1 millón de personas de 15 a 49 años se contagia con alguna infección de transmisión sexual (ITS), produciéndose, cada año, más de 376 millones de casos de clamidiasis, gonorrea, tricomoniasis y sífilis. Esta última, causó 200.000 mortinatos y muertes neonatales en 2016. Las ITS no tratadas pueden causar enfermedades neurológicas y cardiovasculares, infertilidad, embarazo ectópico, muerte prenatal y mayor riesgo de contraer VIH(109). La prevalencia de disfunciones sexuales es de aproximadamente un 50-75%, mayor en mujeres(110).

Con respecto a la violencia, el 30% de las mujeres, en una relación de pareja ha sido víctima de violencia física y/o sexual por parte de su pareja y el 7% ha sido agredida sexualmente por una persona distinta de su pareja. A la vez, el 38% del total de homicidios femeninos se debe a violencia conyugal(106). Con relación a la mutilación genital, se calcula que, en la actualidad, más de 200 millones de niñas y mujeres han sido sometidas a esta práctica, considerada una violación de los derechos humanos y una forma extrema de discriminación de género(111). La discriminación contra las personas no binarias es una forma de sexismo y un tipo específico de transfobia. Así, las personas no binarias tienen más probabilidades que las personas trans binarias (hombres y mujeres trans) de sufrir ataques físicos (32% contra 25%), brutalidad y acoso policial (31% contra 21%), y dejar tratamientos médicos debido a discriminación (36% contra 27%)(112). La población LGTBIQ+ sufre, de manera específica, situaciones de discriminación, violencia y desigualdad.

Estrategias globales En el año 2000, la OPS y la OMS elaboraron las definiciones de los principales términos relativos a la Salud Sexual, las que fueron actualizadas en 2010, en conjunto con el marco para el diseño de programas de Salud Sexual(104). Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas, en su objetivo 3, establece la meta de garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva y en el ODS 5, se plantea eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas, tales como la trata y explotación sexual, las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina para el año 2030(113).

En el ámbito del parto y el nacimiento, en el año 2014, la OMS instó a los Estados para la erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud, introduciendo la concepción de "atención respetuosa del parto" y la consideración de la participación ciudadana para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas(114). Posteriormente, en el año 2018, publicó el documento "Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva"(115), que reitera la importancia de una atención centrada en la mujer, para optimizar la experiencia de parto en un enfoque holístico basado en los derechos humanos. En el mismo año, se publica la Iniciativa Internacional de Parto (ICI), la cual alienta a las organizaciones a cumplir con 12 pasos para una atención de maternidad, dirigida a la madre, el/la bebé y la familia, segura y respetuosa, promoviendo la calidad de la atención desde una mirada integral(116).

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos monitorea la situación de los derechos de las personas LGTBIQ+ en las Américas y, especialmente, la violencia generalizada en su contra. Además, hace una serie de recomendaciones a los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos, con la finalidad de proteger la integridad física y psicológica de las personas LGBTIQ+, así como impulsar el reconocimiento de sus derechos(117). En 2013, los Estados Miembros de la OPS resolvieron abordar los problemas que conducen a la inequidad en torno a la salud para la comunidad LGTBIQ+, al respaldar la resolución titulada "Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, gays, bisexuales y trans".

Alcance en el país El inicio de la vida sexual ocurre, en promedio, a los 17,8 años; sin embargo, el grupo de 15 a 29 años se inició antes, a los 16,5 años(118). El 10% de las personas de 15 y más años señala el uso de preservativo en los últimos 12 meses (12,8% hombres y 7,1% mujeres)(56). En 2018, hubo 285 nacimientos de madres menores de 15 años (tasa 0,7) y 11.526 de madres entre 15 y 19 años (tasa 22,5) (DEIS, MINSAL). Respecto al VIH, en 2018, 71 mil personas vivían con VIH, de las cuales 87% ha sido diagnosticado y 45.140 recibían tratamiento(119). La violencia intrafamiliar la sufrieron 159.717 mujeres en 2015; de éstas, 633 corresponden a la categoría delitos sexuales. Cada día, aproximadamente 17 personas son víctimas de violación y 34 de abusos sexuales, perpetados, en su mayoría, por conocidos o familiares(120). En el estudio sobre discriminación y violencia contra personas LGBTIQ+, desarrollado por la Subsecretaría de Prevención del Delito con el apoyo de organizaciones de la Diversidad Sexual en 2020, se señaló que un 89,3% de la comunidad LGTBIQ+ vivió, al menos, un episodio de discriminación en su vida (sólo un 4,3% denunció) y que 71,8% considera que en el país se respetan poco sus derechos.

Programas y políticas del país Chile busca que niños, niñas y adolescentes cuenten con condiciones que garanticen el ejercicio de sus derechos sin distinciones, de modo que alcancen el máximo desarrollo de sus capacidades mediante la "Política y Plan de Acción para la Niñez y Adolescencia 2018-2025". Esta política se enmarca en la Estrategia Nacional de Salud definida por el Ministerio de Salud, en los Objetivos para el Desarrollo Sostenible a 2030 y en el Consenso de Montevideo sobre la Población y Desarrollo (2013), asumiendo las necesidades específicas de los distintos grupos poblacionales y reconociendo factores de riesgo particulares en la sexualidad y la reproducción(121). El programa "Espacios Amigables de atención", en los Establecimientos de Atención Primaria, fue creado para atender las necesidades de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes(122). En el contexto de la Ley N° 21.120 del Minsal, que reconoce y protege el derecho a la identidad de género, con la colaboración del Ministerio de Desarrollo Social, se han establecido directrices para el desarrollo del programa de acompañamiento de carácter profesional multidisciplinario para niños, niñas y adolescentes cuya identidad de género no coincida con su sexo registral, cuidando el enfoque no patologizante y respetando su autonomía progresiva(123).

[Objetivo al 2030 Uno de los objetivos de impacto planteado para el decenio 2011-2020 fue "Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes", medido a través del indicador de prevalencia de uso consistente de condón en población de 15 a 19 años, activos sexualmente. Se aprecia un avance discreto en el período, donde la línea base fue de 34,9% y el último dato disponible, de 37,1% (ver documento "Evaluación de fin de periodo"). Otro objetivo de impacto propuesto para la pasada década fue "reducir en 10% la tasa proyectada de fecundidad adolescente", es decir, tener en 2020 una tasa de 22,9 por 1.000 adolescentes de 10 a 19 años, meta cumplida antes de lo propuesto, logrando un valor de 21,1 en el año 2015. Para 2030, el objetivo de impacto es abordar integralmente las necesidades en Salud Sexual y Reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, de interseccionalidad, intercultural y de derechos.

EJE 3: ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Antecedentes La diversidad de amenazas de enfermedades infecciosas que enfrenta actualmente la humanidad no tiene precedentes. Si bien la introducción de eficaces agentes antimicrobianos y vacunas en el último siglo ha contribuido a su control, han aparecido enfermedades nuevas, mientras que las antiguas continúan adaptándose. El ejemplo más reciente lo constituye la actual pandemia de SARS-CoV-2, que ha desafiado los sistemas de salud del todo el mundo, causando una alta mortalidad(124).

Las enfermedades transmisibles se vinculan con una amplia variedad de determinantes de la salud, como la pobreza, el cambio climático, factores socioculturales, disponibilidad de agua potable y saneamiento básico, condiciones de la vivienda, entre otras(125), haciendo que su control implique necesariamente un esfuerzo conjunto de todos los sectores de la sociedad.

Según la Organización Panamericana de la Salud, en 2017, el 6% de la carga total de AVISA en la Región de las Américas fue debido a la infección por el VIH/SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades infecciosas desatendidas, en todos los grupos etarios y en ambos sexos. Estas enfermedades representaron el 7% del total de muertes. Si se le suman la cirrosis y cáncer hepático por hepatitis viral y el cáncer cervicouterino (infección por virus del papiloma humano)[4], este porcentaje sube al 9%.

A nivel mundial, el esfuerzo por controlar las enfermedades transmisibles quedó plasmado en el Reglamento Sanitario Internacional 2005, adoptado por la 58ª Asamblea Mundial de la Salud y cuyo fin es *"prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales"*. Este reglamento fue promulgado como ley en nuestro país a través del decreto 230, del 17 de septiembre de 2008.

Asimismo, los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030 incluyen una meta específica sobre enfermedades transmisibles, señalando como meta en su punto 3.3 que se espera *"poner fin a las epidemias de SIDA, tuberculosis, malaria y enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles"*(55). Con este fin, en la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud está trabajando con el Programa Especial de Investigación y Capacitación de Enfermedades Tropicales (TDR), cuya finalidad es apoyar los esfuerzos para combatir las enfermedades de la pobreza, y con el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, que destina anualmente 4.000 millones de dólares para acelerar el fin de estas epidemias(126). Los avances en la lucha contra las enfermedades transmisibles se han visto afectados por la pandemia de COVID-19, cuyo impacto real veremos en los próximos años(127).

4. Se agregó el cáncer cervicouterino por el efecto del virus del papiloma humano.

Chile ha tenido éxito en el control de enfermedades transmisibles, logrando la eliminación durante el siglo XX de la malaria, la rabia humana transmitida por el perro y la fiebre amarilla. A comienzos del siglo pasado, las muertes por enfermedades infecciosas representaban el 47% del total de defunciones en el país, mientras que hoy constituyen aproximadamente el 6%(36). Existen, sin embargo, desafíos importantes, como la Tuberculosis y el VIH/SIDA, donde los resultados obtenidos no han sido todo lo exitoso que se esperaba y es necesario focalizar acciones en grupos vulnerados, considerando los determinantes sociales de la salud.

El eje de enfermedades transmisibles incluye tuberculosis, VIH/SIDA, enfermedades transmisibles en eliminación, enfermedades zoonóticas, infecciones respiratorias agudas y resistencia a los antimicrobianos.

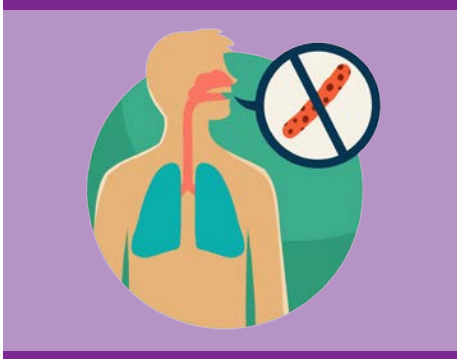
Definición del problema de salud La tuberculosis fue la infección que más muertes causaba en el mundo antes de la pandemia de COVID-19, y es causada por el Mycobacterium tuberculosis, identificado por Robert Koch en 1882. Es una enfermedad que afecta principalmente al pulmón (70% de los casos), pero que se puede diseminar también a otros órganos, como el sistema linfático, huesos y meninges, causando tuberculosis extrapulmonar. Se trata de una enfermedad curable y prevenible. Cerca del 85% de las personas que desarrollan la enfermedad pueden ser tratadas con éxito. Más del 90% de los casos se produce en adultos, y es más frecuente en hombres. En 2019, el mayor número de casos nuevos de tuberculosis se produjo en la Región de Asia Sudoriental, la Región de África y la Región del Pacífico Occidental(128). En el continente americano, las tasas de incidencia más alta corresponden a Haití, Perú y Bolivia(129).

Situación epidemiológica en el mundo Se estima que, en 2019, se enfermaron 10 millones de personas por Tuberculosis y fallecieron 1,5 millones. La reducción de la incidencia y la mortalidad ha sido muy lenta en los últimos años, asociado a la epidemia de VIH/SIDA, la aparición de multidrogorresistencia y el aumento de la incidencia en poblaciones vulnerables (migrantes, poblaciones indígenas y personas privadas de libertad). Desde 2020, las prestaciones de servicios para la detección y tratamiento han sido gravemente afectadas debido a la pandemia de COVID-19(130).

Estrategias globales La estrategia mundial "Fin a la tuberculosis" de la OMS, fija como metas, para 2035, reducir en un 95% el número de defunciones por TB y un 90% la incidencia de esta enfermedad, con respecto a la línea de base de 2015. Asimismo, propone que ningún hogar enfrente costos catastróficos debido a la tuberculosis. La estrategia se basa en tres pilares y principios: 1) Atención y prevención de TB integrada y centrada en el paciente, a través de detección temprana, el tratamiento y la prevención, 2) políticas audaces y sistemas de apoyo, fortaleciendo las políticas y los sistemas sectoriales e intersectoriales, apoyando la implementación de la cobertura universal de salud y abordando los determinantes sociales de la TB. 3) intensificación de la investigación e innovación para el descubrimiento, desarrollo y adopción rápida de nuevas herramientas, intervenciones y estrategias(131).

Situación nacional En Chile, se observa una tendencia al alza de la incidencia de tuberculosis desde 2015, llegando en 2019 a 15,2 por 100.000 habitantes. Por su parte, la mortalidad ha mostrado una leve tendencia a la disminución desde 2018, alcanzando 1,0 por 100.000

TUBERCULOSIS



OBJETIVO DE IMPACTO

Reducir la incidencia de Tuberculosis en la población en Chile.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar la oportunidad de la pesquisa en población vulnerable.
- Aumentar la cobertura del diagnóstico y tratamiento de tuberculosis latente en grupos priorizados.
- Mejorar el acceso y adherencia al tratamiento de personas con tuberculosis, con enfoque de equidad.

en el año 2019. Tanto la incidencia como la mortalidad muestran diferencias entre las regiones, siendo las regiones del norte del país las más afectadas. Entre los casos de tuberculosis diagnosticados en 2020, el 26% corresponde a extranjeros, seguido de personas mayores (17%), personas con alcoholismo (10%), personas con consumo de drogas (10%), personas con VIH (9%) y con diabetes (8%). El mismo año se diagnosticaron 44 casos de TB-MDR/RR (multidrogorresistente o monorresistente a rifampicina).

Programas y políticas del país El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PROCET), creado en junio de 1973, beneficia a toda la población, independiente de su situación previsional. Sus acciones son gratuitas para las personas y sus normas se cumplen en todos los niveles de la estructura del Sistema de Salud. El programa incluye la prevención mediante la vacunación con BCG a los recién nacidos y mediante el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis latente; la pesquisa, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis activa sensible y resistente a fármacos; y el estudio de los contactos(132).

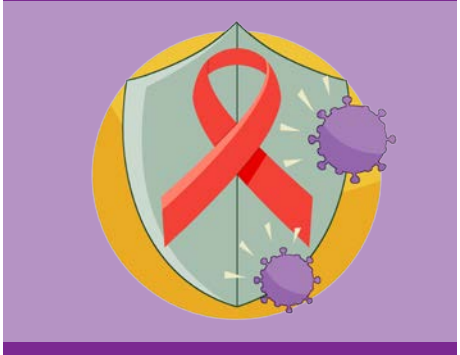
Objetivo al 2030 Durante los últimos cinco años, la incidencia de tuberculosis subió a 14,4 casos por 100.000 habitantes, no logrando llegar a la meta de eliminación de 5 por 100.000 en 2020. Destaca el cumplimiento de la meta de vacunación de los recién nacidos (95%) y se reportan avances en la cobertura de tratamiento (ver documento "Evaluación de fin de periodo"). Frente a esta situación, para 2030 el objetivo es reducir la incidencia de Tuberculosis en la población en Chile.

Definición del problema de salud El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca el sistema inmunitario; a medida que el virus destruye y deteriora la función de las células inmunitarias, los individuos infectados se vuelven inmunodeficientes. La etapa más avanzada de la infección por VIH es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), que puede demorar años en desarrollarse si no es tratada. El SIDA se define por la aparición de enfermedades graves, denominadas enfermedades oportunistas. Los principales mecanismos de transmisión del virus son la vía sexual, la vía vertical (Madre-hijo) y sanguínea. Aunque no existe cura para la infección por el VIH, las terapias antirretrovirales mejoran la calidad de vida y la sobrevida, permitiendo considerar al VIH/SIDA actualmente como una enfermedad crónica. Además, el tratamiento antirretroviral (TAR) puede suprimir la carga vírica, impidiendo la transmisión del virus a otras personas. Por esta razón, el diagnóstico y acceso temprano a TAR, así como la adherencia al mismo, son cruciales, tanto para mejorar la salud de las personas que viven con VIH como para prevenir la transmisión del virus.

Situación epidemiológica en el mundo Desde que el VIH fuera identificado en 1981, han muerto 33 millones de personas por este virus en el mundo. Según estimaciones de ONUSIDA, en 2020 cerca de 38 millones de personas vivían con VIH, de las cuales 1,7 millones eran niños y el 53% mujeres y niñas. Desde 2010, las nuevas infecciones han disminuido en un 31% (de 2,1 millones a 1,5 millones en 2020) y las muertes en un 47% (de 1,3 millones a 680.000 en 2020)(133). Existen áreas del mundo, sin embargo, donde la epidemia sigue creciendo, como Europa del Este, Asia Central, Medio Oriente, África del Norte y América Latina, que aumentó sus casos nuevos en un 21% entre 2010 y 2020(134).

Estrategias globales Los ODS establecen "para 2030 poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas"(105). Para ello, la comunidad internacional ha fijado estrategias relacionadas con prevención y tratamiento del VIH/SIDA. En este sentido, se han realizado esfuerzos importantes para asegurar terapia antirretroviral a las personas infectadas, a través de la estrategia 90-90-90, promocionada por ONUSIDA durante la década pasada: *"90% de las personas que viven con el VIH deben conocer su estado serológico respecto al VIH, el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH deben estar recibiendo terapia antirretrovírica continuada y el 90% de las personas que*

VIH/SIDA



OBJETIVO DE IMPACTO

Disminuir la incidencia de VIH/SIDA en Chile en la población entre 15 a 49 años.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir las conductas sexuales inseguras en la población entre 15 y 49 años.
- Aumentar el acceso a servicios de testeo a toda la población.
- Facilitar la vinculación a servicios por parte de personas mayormente expuesta a riesgo.

reciben terapia antirretrovírica deben tener supresión viral"(135). Según un informe de ONUSIDA, estas cifras en 2020 fueron: 84%-87%-90%(134). La estrategia tenía como meta no superar los 500.000 casos nuevos y fallecimientos, así como eliminar todas las formas de discriminación para 2020. Sin embargo, a pesar de los avances, la disminución de la incidencia y la mortalidad no ha sido la que se esperaba y no se alcanzaron los objetivos propuestos. En vista de esta situación, ONUSIDA lanzó este año una nueva estrategia (2021-2026), basada en reducir las desigualdades que facilitan la epidemia del VIH/SIDA, eliminando barreras sociales y estructurales que impiden que las personas accedan a los servicios de prevención y tratamiento, empoderar a las comunidades, reforzar y adaptar sistemas y movilizar los recursos necesarios para acabar con el SIDA. Además, se han elevado las metas mundiales, fijándose en 95-95-95 para 2025, adicionándose otras vinculadas a utilización de la prevención combinada, acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, a servicios de prevención de la transmisión vertical, tratamiento de coinfecciones y otras metas que contribuyen al control de la epidemia, como en el ámbito del estigma y la no discriminación(136).

Situación Nacional En Chile, se estima que en 2020 había 77.000 personas viviendo con VIH. En los últimos años, se ha observado un aumento de la tasa de casos confirmados, pasando de 17,5 por 100.000 hab. en 2010 a 37,1 en 2018, con un leve descenso en 2019. Este aumento ha sido similar en hombres y mujeres, manteniendo estos una tasa aproximadamente cinco veces más alta que las mujeres. Los jóvenes entre 20 y 40 años son los más afectados, así como las regiones del norte del país (Arica-Parinacota, Tarapacá y Antofagasta) y la Región Metropolitana. La mortalidad por SIDA se ha mantenido entre 2 y 3 por 100.000 hab. En 2018, la principal vía de transmisión fue la sexual (97%) y el 61% de los casos fueron en HSH(137).

Programas y políticas del país En nuestro país, el tratamiento antirretroviral forma parte de las Garantías Explícitas en Salud (GES), asegurando así el acceso a atención de salud a todas las personas con sospecha clínica. En 2018, se planteó una estrategia de prevención combinada, con acciones preventivas y curativas, incluyendo educación, comunicación, uso de preservativo, diagnóstico y tratamiento del VIH y las ITS, así como profilaxis pre-exposición sexual(138). Este plan consta de cinco líneas estratégicas: 1) promoción de sexo seguro y prevención del VIH e ITS, que incluye campañas comunicacionales y otras estrategias de educación, trabajo intersectorial, entrega y educación sobre el uso correcto de preservativos (masculinos y femeninos) en distintos espacios, focalización en pueblos originarios y migrantes y entrega de profilaxis pre exposición-PrEP; 2) diagnóstico y atención, incorpora como métodos diagnósticos el instrumental, disponible para los beneficiarios de APS y, desde 2018, la técnica visual/rápida, disponible en los establecimientos de salud y de acceso universal. Asimismo, el sistema GES garantiza el diagnóstico y tratamiento de las personas con VIH y SIDA; 3) Fortalecimiento de la Red de Salud, tanto en infraestructura como en recursos humanos; 4) contar con sistemas de información y gestión para la toma de decisiones, 5) Rectoría y Regulación, actualizando la normativa y protocolos según los avances en el conocimiento y la situación nacional. Este plan continúa en ejecución, a través de la Adenda 2020 y la elaboración e implementación del Plan para el bienio 2021-2022.

Objetivo al 2030 En relación con los objetivos sanitarios para 2020, se redujo la mortalidad a 1,24 por 100.000 hab. en 2019, por debajo de la meta fijada para 2020 (1,7 por 100.000), mostrando la eficacia de las terapias antirretrovirales y el acceso a tratamiento (ver documento "Evaluación de fin de periodo"). Sin embargo, durante la década anterior se evidenció una tendencia en el aumento del número de casos nuevos estimados por año, siendo de 3700 y 5100 para 2011 y 2017 respectivamente, cifra que se mantuvo estable entre 2017-2019(139). En ambos casos, es necesario seguir observando esta característica para confirmarla con mayor solidez. En la actualidad, Chile no posee estudios específicos de incidencia, por lo que se cuenta con datos de Incidencia

Estimada[5]. De esta manera, su incremento ha sido asociado particularmente a conductas sexuales inseguras, bajo acceso a servicios de testeo oportuno, insuficiente oferta de servicios e intervenciones de prevención primaria y problemas de vinculación a los servicios por parte de personas mayormente expuestas a riesgo (población migrante, pueblos originarios, personas en situación de calle, disidencia sexual, personas privadas de libertad). Por ello, se plantea como objetivo para 2030 disminuir la incidencia de VIH/SIDA en Chile en la población entre 15 y 49 años.

5. Información que se obtiene del proceso de Estimaciones y Proyecciones que Chile realiza anualmente, con apoyo técnico de ONUSIDA y que, entre otros parámetros, se aporta a dicha entidad.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN ELIMINACIÓN

OBJETIVO DE IMPACTO

Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación.

RESULTADOS ESPERADOS

- Controlar los factores de riesgo asociados a población susceptible.
- Aumentar la percepción de riesgo sobre las enfermedades transmisibles en eliminación en la población.
- Mejorar la detección, tratamiento y manejo precoz.
- Reforzar la vigilancia epidemiológica y preparar la respuesta en salud pública.
- Mantener o mejorar coberturas de inmunización.

Definición del problema de salud En la Región de las Américas, las enfermedades transmisibles son numerosas y afectan mayormente a los grupos más vulnerables de la población. De acuerdo con las estimaciones para 2017, un grupo de estas enfermedades (como la infección por el VIH/SIDA, tuberculosis, malaria y enfermedades infecciosas desatendidas) representó el 6% de la carga total de años de vida, ajustados en función de la discapacidad (AVISA) en todos los grupos de edad y en ambos sexos, y el 7% de la mortalidad total. La eliminación de algunas enfermedades desatendidas (lepra, leishmaniasis y enfermedad de Chagas) puede ahorrar $16.600 millones en el período 2021-2030, de acuerdo con estimaciones de OPS(140). La mesa técnica para la elaboración de los objetivos sanitarios 2021-2030, ha definido como prioritarias las siguientes enfermedades: sífilis congénita, VIH congénito, enfermedad de chagas transplacentaria, difteria, tétanos y tétanos neonatal, rabia (variante canina), lepra, hepatitis B y C, poliomielitis por virus salvaje, sarampión, rubéola congénita, cólera, tos convulsiva y H. influenza B.

Situación epidemiológica en el mundo La OPS, de acuerdo al compromiso de lograr las metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030(141), donde se insta a los países a poner fin a la epidemia de SIDA, tuberculosis, malaria y enfermedades tropicales desatendidas y a controlar las hepatitis, ha desarrollado la "Iniciativa para la Eliminación de Enfermedades", con un enfoque que aborda la interrupción de la transmisión endémica, el fin de la mortalidad, el fin de la morbilidad y el fin de la discapacidad. Entre las enfermedades transmisibles en eliminación se encuentra la infección por VIH, la sífilis (incluida la sífilis congénita), el virus de la hepatitis B y hepatitis C, la enfermedad de chagas, incluida la enfermedad de chagas congénita, la lepra, el cólera, la rabia humana (variante canina) y la difteria. La iniciativa para la Américas también aborda el riesgo de reintroducción de enfermedades prevenibles mediante vacunación, como la rubéola (incluido el síndrome de rubéola congénita), el sarampión y la poliomielitis(140). En 2017, se puso en marcha una estrategia mundial para el control del cólera, denominada «Poner fin al cólera: hoja de ruta mundial para 2030»(142), cuyo objetivo es reducir las muertes en un 90%.

Estrategias globales La Región de las Américas logró la erradicación de la viruela y la eliminación de la poliomielitis y el tétanos neonatal. Asimismo, se ha avanzado en la eliminación de la transmisión endémica del sarampión, la rubéola y síndrome de rubéola congénita, y la transmisión perinatal de hepatitis B, por medio de los programas

de vacunación. En esta última, se ha incorporado con estrategia el tamizaje universal de Hepatitis B en la gestante(143). Además, los países están acercándose a la eliminación de la malaria, enfermedad de Chagas, lepra, tracoma, filariasis linfática y oncocercosis(140). La Hepatitis C, en Chile, cuenta con fármacos pangenotípicos que curan a las personas. El programa ha avanzado progresivamente en la eliminación de la Hepatitis C en el país(144).

Alcance en el país En Chile ha habido importantes logros en la eliminación de algunas enfermedades transmisibles: erradicación de la viruela en 1950, poliomielitis por virus salvaje desde 1973, circulación endémica de sarampión desde 1993, tétanos neonatal desde 1996, circulación endémica de rubeola desde 2008 y los últimos casos autóctonos de cólera a fines de 1997 y principios de 1998. Además, se logró la interrupción de la transmisión vectorial del Chagas en 1999, producto del control realizado sobre el Triatoma infestans (vinchuca)(2). Las Hepatitis B y C presentan baja endemia, pero son un problema de Salud Pública, enfrentado con un plan dirigido al control de la Hepatitis B(145) y la eliminación de la Hepatitis C(146). Emergente, que requiere una estrategia dirigida a prevenir su contagio(2).

Programas y políticas del país Todos estos logros han sido posibles debido a las medidas de promoción de la salud, cambios en las conductas de la población, mejoras a nivel sanitario, un sistema de vigilancia de calidad y altas coberturas de vacunaciones. Sin embargo, de acuerdo con la OMS, el mundo enfrenta la constante amenaza de epidemias debido a la emergencia y re-emergencia de enfermedades y, con ello, la actual situación de control de la morbimortalidad secundaria a enfermedades inmunoprevenibles puede revertirse con caídas relativamente discretas de la inmunidad poblacional. Los esfuerzos deben estar destinados a mantener altas coberturas de inmunizaciones y un sistema de vigilancia sensible, que permita detectar precozmente casos importados para evitar su propagación(2). El Programa Nacional de Inmunizaciones, creado en 1978, tiene por finalidad prevenir la morbilidad, discapacidad y muertes debidas a enfermedades inmunoprevenibles a lo largo de todo el ciclo vital(147). Por otro lado, las hepatitis B y C están incluidas en las Garantías Explicitas de Salud (GES) desde el año 2010.

Objetivo al 2030 El objetivo de impacto planteado para el decenio 2011-2020 fue "Mantener los logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en Eliminación". Se cumple la meta de 0 casos de cólera, polio, síndrome de rubéola congénita y sarampión y, del cumplimiento de altas coberturas de vacunas sarampión, rubéola, poliomielitis; hepatitis B, difteria, tétanos, tos convulsiva y H. influenza B (ver documento "Evaluación de fin de periodo"). Para 2030, el objetivo de impacto es disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación. Se planteó debido a la carencia de estrategias de vigilancia epidemiológica para viajeros. Al riesgo de ingreso de migrantes internacionales con enfermedades controladas en Chile, a la dificultad de acceso al laboratorio de referencia, al número insuficiente de epidemiólogos clínicos a lo largo del país, a la deficiencia de estrategias de búsqueda activa de casos y al aumento de población de riesgo y susceptible.

ENFERMEDADES ZOONÓTICAS

OBJETIVO DE IMPACTO

Minimizar la transmisión de zoonosis y enfermedades vectoriales y controlar eventos de la convivencia con animales que afecten la salud de la población del país y que puedan provocar epidemias.

RESULTADOS ESPERADOS

- Fortalecer las capacidades institucionales para la vigilancia y control de agentes vectoriales y zoonóticos en el ámbito, humano, animal y ambiental.
- Promover e implementar medidas sanitarias en la crianza y producción animal para disminuir el riesgo de transmisión de agentes de impacto para salud pública y con potencial de generar pandemias.
- Fortalecer la detección precoz y tratamiento oportuno.
- Aumentar el conocimiento y percepción del riesgo de zoonosis y enfermedades vectoriales en la población del país.
- Controlar la presencia de agentes vectoriales y agentes zoonóticos.
- Promover la tenencia responsable de animales relacionada a conductas que ponen en riesgo la salud de la población.

Definición del problema de salud Las enfermedades zoonóticas y vectoriales son enfermedades infecciosas transmitidas desde los animales al ser humano, de distribución mundial y, de acuerdo con la OMS, representan el 75% de las enfermedades emergentes y reemergentes en las últimas décadas. Se han descrito más de 200 zoonosis en el mundo e involucran tanto a bacterias, parásitos, virus y agentes no convencionales; donde el 70% de las zoonosis que afectan a los humanos en la actualidad, tienen su origen en animales silvestres(148). Algunas enfermedades, como la producida por el VIH, comienzan como una zoonosis, pero posteriormente mutan en cepas exclusivas de los humanos. Otras, pueden causar brotes recurrentes de enfermedades, como la enfermedad por el virus del Ébola y la salmonelosis(149). La mesa técnica de expertos y expertas, conformada para la elaboración de los objetivos sanitarios 2021-2030, ha priorizado las siguientes enfermedades: Rabia, Malaria, Dengue, Enfermedad de Chagas e Hidatidosis, además de otras con impacto en salud pública debido a su potencial epidémico/pandémico, como la influenza aviar.

Situación epidemiológica en el mundo Actualmente la globalización, el cambio climático, las migraciones y la estrecha interacción entre personas y animales, han propiciado una importante diseminación de las zoonosis y enfermedades transmitidas por vectores, cuyo impacto no solo radica en el daño a la salud pública, sino que ocasiona severas pérdidas económicas(150). Ello se ejemplifica en los brotes de influenza H5N1 y H1N1, el SARS, el Ébola, el Zika y recientemente la COVID-19 causada por el nuevo coronavirus, capaz de producir una pandemia con enormes consecuencias, tanto en términos de morbimortalidad como económicas en todo el planeta. Además, agobian a los países año tras año, desgastando a los equipos de salud e imponiendo exigencias a las finanzas(151). El uso de antibióticos en los animales criados para la alimentación está muy extendido y aumenta la posibilidad de que aparezcan cepas de patógenos zoonóticos farmacorresistentes, capaces de propagarse rápidamente en las poblaciones animales y humanas(149). En la Región de las Américas, ha habido una reducción del 79% en las muertes por malaria entre 2000 y 2014. Los casos de dengue han aumentado los últimos 40 años, pasando de 1,5 millones de casos en los años 80, a 16,2 millones en 2010-2019, donde sólo en 2019 se notificaron más de 3 millones (mayor registro en la historia del dengue)(152); alrededor de 6 millones de personas se encuentran infectadas de Chagas, con 30.000 nuevos casos al año, causando 12.000 muertes anuales. Entre 2009 y 2018, fueron reportados 45.014 casos humanos de hidatidosis, provenientes de los países

pertenecientes a la Iniciativa sub-regional para el control de la hidatidosis (Argentina, Brasil, Chile, Perú y Uruguay), con tasas de incidencia entre 0.012 y 13 por 100.000 habitantes(153).

Estrategias globales Desde mediados del siglo XX, cuando se realizó la primera reunión conjunta de un comité de expertos en zoonosis de la OMS y de la Food and Agriculture Organization (FAO), se han desarrollado esfuerzos mundiales para su enfrentamiento, debido a que requiere acciones coordinadas de la salud pública y la salud animal para el combate y potencial erradicación(148). Como parte del enfoque «Una salud», la OMS colabora con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) en el sistema mundial de alerta anticipada ante las principales enfermedades de los animales(149). El Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud, es el principal instrumento para ejecutar la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030(141) y para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud en la Región de las Américas, en consonancia con los lineamientos de la OMS. El Plan Estratégico 2020-2025, señala un mayor acceso a intervenciones contra las zoonosis con un enfoque de "Una salud", centrando los esfuerzos en eliminar las enfermedades como problema de salud pública y eliminar la transmisión o mantener el estado de eliminación de algunas enfermedades de importancia para la salud pública(154). Además, el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa y Salud Pública Veterinaria (PANAFTOSA/SPV) proporciona cooperación técnico-científica a los países de las Américas, apoyándolos en el desarrollo y fortalecimiento de los programas de control y erradicación, con el objetivo de reducir los impactos en salud, sociales y económicos asociados a la ocurrencia de las enfermedades zoonóticas y vectoriales(150).

Alcance en el país En Chile, las zoonosis y enfermedades vectoriales se han mantenido controladas debido a la articulación de programas de prevención y control sobre los reservorios, integrados con los componentes asistenciales y de participación comunitaria. Destacan la eliminación de la transmisión de rabia canina, de la brucelosis humana, de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas, de la fiebre amarilla y de la malaria autóctona. Persisten zoonosis endémicas como la hidatidosis, triquinosis y Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus (SCPHV). Con relación a la rabia, variante canina, constituye un riesgo la alta presencia de perros abandonados, junto a la situación de rabia canina en países vecinos. Respecto a las enfermedades transmitidas por mosquitos, el dengue es endémico en el territorio insular de Isla de Pascua(2).

Programas y políticas del país Existen variados programas del Ministerio de Salud, que han permitido los avances logrados en el tema de las zoonosis y enfermedades vectoriales. El Programa de Prevención y Control de Rabia, basado en la vacunación oportuna de personas expuestas y campañas masivas de vacunación a población canina, entre otras actividades, ha sido exitoso logrando eliminar la variante canina del virus rábico. La ley 21.020 Sobre Tenencia Responsable de Mascotas y Animales de Compañía, también contribuye en este sentido, permitiendo generar instancias en las que la comunidad sea consciente de que el buen cuidado y manejo sanitario de sus mascotas repercute, tanto en el animal como en su salud y la de su familia, evitando el contagio de zoonosis transmitidas por mascotas y previniendo accidentes por mordeduras. El Programa de Control y Monitoreo de Aedes aegypti y Otros Mosquitos de Importancia Sanitaria en Chile Continental del Ministerio de Salud, busca controlar la presencia de mosquitos transmisores de enfermedades como el dengue, malaria, fiebre amarilla y zika, en las Regiones de Arica-Parinacota y Tarapacá, y la propagación de éstos hacia el territorio comprendido desde la Región de Antofagasta hasta la Región Metropolitana, desarrollando acciones de detección y control de mosquitos. El enfrentamiento de la Enfermedad de Chagas cuenta con tres pilares fundamentales: sistema de vigilancia epidemiológica de cobertura nacional; el Programa de Control Vectorial, que ha permitido reducir los índices de infestación domiciliaria del *T. infestans* bajo el 1%, y el control de la transmisión transfusional que, desde el año 2008, considera el screening obligatorio a la sangre donada en

todo el territorio nacional. Respecto a la hidatidosis, la articulación de los distintos sectores relacionados con su control permite llevar a cabo las intervenciones requeridas; así, el Reglamento sobre Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (D.S. 7/20) establece que la hidatidosis es una enfermedad de notificación diaria y se complementa con la circular B51-11 de vigilancia epidemiológica de hidatidosis (2015). Además, el Decreto Supremo N° 977/96, Reglamento Sanitario de los Alimentos en su párrafo IX, artículo 81°, prohíbe el faenamiento de animales para consumo humano en recintos no autorizados por la Autoridad Sanitaria. El componente educativo del programa de prevención y control es fundamental para cortar el ciclo desde los factores ambientales que lo componen, para que así la comunidad pueda, mediante actividades rutinarias de manejo de vísceras y de tenencia responsable, incidir de manera directa en la no aparición de casos nuevos.

Objetivo al 2030 El objetivo de impacto planteado para el decenio 2011-2020 fue "Disminuir la carga de enfermedad asociada a las enfermedades zoonóticas y vectoriales según macrozona", medido a través de tres indicadores: casos autóctonos de rabia humana por virus rábico variante canina, número de casos autóctonos de dengue y malaria en Chile continental y adherencia al tratamiento del Chagas Congénito en niños menores de 1 año. Los dos primeros cumplieron la meta de 0 casos autóctonos. El tercero sufrió un retroceso, al pasar de 100% a un 75% (Ver documento "Evaluación de fin de periodo"). Para 2030, el objetivo de impacto es minimizar la transmisión de zoonosis y enfermedades vectoriales y controlar eventos de la convivencia con animales, que afectan la salud de la población del país, y que puedan provocar epidemias. Este surge del análisis de una serie de factores como: presencia de vectores de enfermedades, presencia de agentes zoonóticos, poco conocimiento y percepción del riesgo de zoonosis y enfermedades vectoriales en la población, escaso conocimiento en personal de la salud sobre zoonosis y enfermedades vectoriales, escasa tenencia responsable de mascotas, alto número de notificaciones por accidente por mordedura animal, prácticas inadecuadas en sistemas de producción animal e, Insuficientes acciones de prevención y control en el ámbito humano, animal y ambiental.

Definición del problema de salud Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son enfermedades que afectan al sistema respiratorio alto y bajo. Pueden ser de origen vírico, bacteriano o mixto y se transmiten a través de gotitas, aerosoles o por contacto. Los virus más importantes son virus respiratorios sincicial (VRS), adenovirus, influenza y parainfluenza. Entre las bacterias destacan streptococcus beta hemolítico grupo B y gram (-), Haemophilus influenzae y Streptococcus pneumoniae. Las IRA son la causa principal de morbilidad y mortalidad por enfermedad infecciosa en el mundo y afectan, en especial, a los niños y personas mayores. Por otro lado, constituyen, un importante motivo de consulta en los servicios de atención primaria, produciendo ausentismo escolar y laboral, determinando elevados costos sanitarios y pérdida de productividad.

Situación epidemiológica en el mundo Anualmente, mueren más de dos millones de personas por infecciones respiratorias bajas. En 2016, las infecciones de las vías respiratorias inferiores fueron una de las principales causas infecciosas de mortalidad en todo el mundo, siendo responsables del 13% del total de la mortalidad de los niños menores de 5 años y 4,4% en todas las edades. Ese año, se produjeron casi 66 millones de hospitalizaciones por estas causas. La neumonía neumocócica fue la principal causa de morbilidad y mortalidad por infecciones de las vías respiratorias inferiores a nivel mundial y fue responsable de más de 1 millón de muertes y 197 millones de episodios. Otras causas importantes de IRA baja son la influenza y el virus respiratorio sincicial. En los niños menores de cinco años, se observó que el principal factor de riesgo de mortalidad es la desnutrición, seguido de la contaminación del aire(155).

Estrategias globales Las estrategias para disminuir la mortalidad por IRA en los niños se enmarcan en las medidas para reducir la mortalidad por todas las causas en ese grupo, que incluyen el fomento de la lactancia exclusiva hasta los seis meses, el uso de vacunas contra *Streptococcus pneumoniae*, H. influenzae tipo b (Hib), Sarampión,Tos convulsiva(156) e Influenza(157), mejorar acceso a agua potable y saneamiento básico, reducir la contaminación ambiental y asegurar el acceso a servicios de salud(158).

[Situación nacional] Hasta 2019, antes de la pandemia de SARS-CoV-2, la mortalidad por IRA en Chile había experimentado un aumento en comparación al año anterior (19,2 vs 14.4 por 100.000 hab), observándose la tasa más alta en los adultos mayores de 75 años (500 por 100.000 hab) en la Región Metropolitana. En el grupo de las enfermedades respiratorias, la influenza y la neumonía

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

OBJETIVO DE IMPACTO

Disminuir la morbimortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas en la población a nivel nacional.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reducir el riesgo de presentar infecciones respiratorias agudas en la población.
- Aumentar la adopción de medidas de promoción de la salud y prevención de infecciones respiratorias agudas en la población.
- Aumentar el acceso a la atención en salud por infecciones respiratoria agudas.
- Aumentar la calidad de la atención en infecciones respiratorias agudas.

representaron el 41% del total de muertes, seguidas por las enfermedades respiratorias crónicas con el 25%. Las enfermedades respiratorias se mantienen como una de las tres primeras causas de defunciones y de egresos hospitalarios en el país, concentrándose en las IRA la mayor carga de enfermedad. En atenciones de urgencia a nivel nacional es la principal causa de consultas.

Programas y políticas del país En Chile, se realiza anualmente una campaña de vacunación antiinfluenza, estrategia de vacunación gratuita y obligatoria para los grupos objetivo que son: personal de la salud, personas de 65 y más años, enfermos crónicos entre los 11 y hasta los 64 años, embarazadas, niños y niñas desde los 6 meses y hasta 5° año básico, estrategia capullo para niños prematuros con patologías específicas, trabajadores de la educación preescolar y escolar hasta 5° año básico; y trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdos(159). Dentro de las estrategias de vacunación, se incluyen de acuerdo con decreto, la vacunación contra enfermedades invasoras por *Streptococcus pneumoniae* a la población de 65 años y más, una 3ª dosis a los prematuros a los 6 meses de vida y a los niños /as a los 2, 4 y 18 meses. La vacuna Hexavalente que incluye la protección contra *H. influenzae* tipo b (Hib), se administra a los 2, 4, 6 y 18 meses y la vacuna contra Sarampión a los 12 meses y en 1° básico, a estas estrategias se asocian la vacunación de grupos especiales tales como en embarazo, recién nacidos prematuros, alteraciones congénitas, cuadros leucémicos, linfomas, cánceres generalizados, entre otros(160).

Con el fin de detectar precozmente y atender de forma oportuna los cuadros de enfermedades respiratorias agudas, el Minsal cuenta con una estrategia basada en la Atención Primaria de Salud (salas IRA-ERA) a lo largo de todo el país, con equipos interdisciplinarios y apoyo radiológico y de laboratorio. Estas acciones se intensifican durante el invierno, donde aumentan considerablemente las infecciones respiratorias (Campaña de invierno), y que implica aumento de la capacidad de las salas IRA-ERA, la reconversión de camas hospitalarias, entre otras. Dada la importancia de estas patologías, el tratamiento ambulatorio de la IRA baja en niños está dentro del plan de garantías GES.

Objetivo al 2030 No se cumplió la meta de impacto para el 2020 de bajar la mortalidad por IRA a 10,2 por 100.000 hab. (ver documento "Evaluación de fin de periodo"). El aumento de la morbimortalidad por IRA en nuestro país tiene relación con dificultades en el acceso a atención, con la disminución de la calidad de estas atenciones y la falta de actividades de promoción y prevención. Considerando este escenario se plantea como objetivo para 2030 disminuir la morbimortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas en la población a nivel nacional.

Definición del problema de salud La resistencia a los antimicrobianos (RAM) es un fenómeno natural que consiste en que los microorganismos se vuelven resistentes a los fármacos que se utilizan para tratar las enfermedades que producen y, por lo tanto, van a producir infecciones, tanto en el ser humano como en los animales, más difíciles de tratar, causando además de una mayor morbimortalidad, un aumento de los costos asociados al tratamiento de las enfermedades infecciosas(161). De esta forma, además de las consecuencias directas de la RAM en términos de morbilidad y mortalidad, las consecuencias indirectas afectarán a la economía mundial, tanto por la menor productividad a causa de la enfermedad y al incremento de los costos de tratamiento como por los efectos en los sistemas de producción de alimentos. El mal uso y el abuso sistemático de estos fármacos en la medicina humana, veterinaria y la producción de alimentos han puesto en riesgo a todas las naciones y, sin medidas inmediatas y coordinadas a nivel mundial, las infecciones comunes volverán a ser mortales(162).

Situación epidemiológica en el mundo Los antibióticos han ido perdiendo su eficacia con el tiempo, haciendo más difícil tratar las infecciones. Por ejemplo, anualmente, 480.000 personas presentan tuberculosis multirresistente, y la farmacorresistencia empieza a complicar también la lucha contra el VIH y la malaria. Los patógenos multirresistentes son responsables de un aumento en la morbimortalidad de los pacientes hospitalizados, y ocasionan un aumento en los costos de salud, por la indicación de medicamentos más caros y la prolongada estadía hospitalaria asociada a tratamientos más complejos. La OMS estima que cada año mueren 700.000 personas por infecciones resistentes a los antimicrobianos(161) y que al 2050, la RAM será la principal causa de muerte en el mundo. Por otra parte, la intensificación de la producción agrícola ha llevado a un uso creciente de antimicrobianos que se estima se duplicaría en 2030(163), lo que a su vez aumenta el riesgo de transmisión de patógenos resistentes a los seres humanos y al medio ambiente, intensificando la velocidad en que la RAM se vuelve un problema mundial de la mayor gravedad.

Estrategias globales La Asamblea Mundial de la Salud, en 2015, adoptó un plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos con cinco objetivos: 1) comprender la resistencia a los antimicrobianos mediante comunicación, educación y formación efectivas; 2) reforzar conocimientos y base científica mediante vigilancia e investigación; 3) disminuir la incidencia de infecciones con medidas de saneamiento y prevención de infecciones; 4) utilizar

RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS

OBJETIVO DE IMPACTO

Reducir el riesgo de emergencia y diseminación de Resistencia a los Antimicrobianos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reducir la incidencia de Infecciones.
- Lograr un uso adecuado de antimicrobianos.

de forma óptima los antimicrobianos en salud humana y animal; 5) preparar argumentos económicos a favor de una inversión sostenible y aumentar la inversión en nuevos medicamentos, métodos diagnósticos y vacunas. El enfoque se basa en el concepto «Una Salud», donde es necesaria la coordinación de la medicina humana y veterinaria, agricultura, finanzas, medio ambiente y consumidores informados. La OMS colabora con Naciones Unidas para hacer frente a la resistencia a los antimicrobianos a nivel político, manteniendo colaboración con la FAO y la OIE(162).

Alcance en el país A partir del llamado de la OMS para que los países desarrollaran sus propios planes nacionales contra la RAM, el año 2016, Chile realizó un diagnóstico de situación de las estrategias relacionadas con el control de la resistencia a los antimicrobianos, las que se llevaban a cabo en forma segmentada en el país. Esto permitió identificar brechas y generar propuestas para elaborar el primer Plan Nacional contra la Resistencia a los Antimicrobianos. Este primer Plan Nacional contra la RAM se desarrolló durante los años 2017 a 2020 y siguió los cinco lineamientos estratégicos del Plan de Acción Mundial. Así, Chile fue pionero en América Latina en formular un Plan Nacional intersectorial estableciendo compromisos interministeriales entre salud humana, agricultura y acuicultura.

Programas y políticas del país En 2020, se realizó una evaluación del cumplimiento del Plan Nacional contra la RAM, que arrojó un cumplimiento total o parcial del 50% de las actividades programadas. La línea estratégica con mayor cumplimiento fue la de reducción de la incidencia de infecciones (50%), seguida por la mejoría de la concientización pública y la formación profesional (35,3%); el desarrollo de investigación operativa fue la línea con menor cumplimiento (16,6%)(164). Tomando como base los aprendizajes obtenidos en el primer plan, actualmente se ha dado comienzo a la segunda versión que abarca los años 2021 a 2025. El actual Plan Nacional ha sumado nuevos Ministerios al trabajo conjunto, como son educación, ciencias y medio ambiente, lo que permitirá ampliar el rango de las acciones contempladas hacia sectores que no fueron abordados en el primer plan.

Objetivo al 2030 Por todo lo expuesto, este tema, se incorporará por primera vez en la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030. Para 2030, el objetivo es reducir el riesgo de emergencia y diseminación de Resistencia a los antimicrobianos.

EJE 4: ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y VIOLENCIA

Antecedentes Las enfermedades no transmisibles (ENT) son patologías de larga duración, que evolucionan lentamente, necesitan tratamiento y atención a largo plazo y rara vez logran una curación total(165). El aumento sostenido de estas enfermedades se asocia al envejecimiento poblacional y a las condiciones sociales estructurales que determinan cambios en los estilos de vida individuales. La transición epidemiológica del siglo XX implicó la disminución de las muertes y discapacidad por enfermedades transmisibles y un aumento de las enfermedades no transmisibles(166); en 1985 por cada 10 muertes debidas a una enfermedad transmisible se producían 15 por no transmisible; actualmente se producen 34(167). Muchas de las ENT son evitables en gran medida, a través del abordaje de los principales factores de riesgo. Entre los factores de riesgo conductuales modificables, el consumo de tabaco, la inactividad física, el consumo nocivo de alcohol y las dietas poco saludables aumentan el riesgo de morir a causa de una ENT(168)(169). En conjunto, representan cerca del 70% de la carga de enfermedad mundial(36), siendo cuatro grupos de patologías los responsables del 80% de las muertes prematuras por ENT: enfermedades cardiovasculares, cánceres, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes(167).

Situación epidemiológica en el mundo Cada año, mueren 41 millones de personas por ECNT, lo que representa el 71% de todas las muertes a nivel mundial, es decir, son las principales causas de mortalidad. Si bien estas enfermedades se asocian a las edades más avanzadas, el 36% de las muertes por ECNT se produce entre los 30 y los 69 años. Afectan especialmente a los países de ingresos bajos y medios, que concentran más del 85% de las muertes por ENT(167). La pandemia de COVID-19 ha impactado en las ECNT al afectar la continuidad de la atención de estas patologías, debido a la reconversión de infraestructura y personal sanitario, al priorizar el enfrentamiento de la pandemia. Como una forma de abordar este problema, muchos países han adoptado técnicas de triage y telemedicina(170). Por otra parte, la evidencia muestra que las personas que padecen ciertas condiciones crónicas, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, EPOC, enfermedad renal crónica y obesidad, tienen más riesgo de enfermar gravemente y fallecer por COVID-19(171)(172).

Estrategias globales La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible señala que las ECNT son un obstáculo para el desarrollo sostenible, proponiendo reducir las muertes prematuras por ENT en un 33% para 2030, mediante la prevención y el tratamiento. El Plan de Acción Global para el enfrentamiento de las ENT de la OMS, está focalizado en las cuatro patologías que concentran la mayor carga de enfermedad y en los factores que estas comparten. Reconoce la necesidad de articular las acciones con los planes y políticas sobre sistemas de salud y cobertura universal de salud, ambiental, determinantes laborales y sociales de la salud, enfermedades transmisibles, maternas, infantiles y salud de los adolescentes, salud reproductiva y envejecimiento(173).

Situación y políticas Chile En Chile, al igual que en la mayoría del mundo, las ENT son la principal causa de muerte, representando el 82% de la carga de enfermedad. Las ECV y los tumores malignos dan cuenta de más de la mitad de las muertes con 26% y 28% respectivamente(36). La población chilena experimenta un proceso de envejecimiento poblacional, al igual que el resto del mundo y la esperanza de vida al nacer ha aumentado llegando a los 80 años en

2020(174). Esto, junto con el aumento de los factores de riesgo, permite predecir que las ENT continuarán siendo un problema relevante para la salud pública de nuestro país. Por ello ya fueron priorizadas en la formulación de los Objetivos Sanitarios 2011–2020(2) y se deberán reforzar los esfuerzos para enfrentarlas durante la próxima década. En el eje de enfermedades crónicas no transmisibles, se priorizaron los siguientes problemas: enfermedades respiratorias crónicas, salud cardiovascular, cáncer, diabetes mellitus, obesidad, enfermedad renal crónica, trastornos bucodentales, trastornos mentales y violencia.

Definición del problema de salud Las Enfermedades Respiratorias Crónicas son afecciones que comprometen a los pulmones y/o vías respiratorias y que generan una alta demanda asistencial a nivel global debido a sus complicaciones o exacerbaciones frecuentes. En Chile, las consultas más comunes son por asma en todas las edades y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en los mayores de 45 años. Los síntomas característicos de estas patologías son tos periódica por más de 30 días, expectoración o sonido silbante por risa o esfuerzo y dificultad para realizar actividades cotidianas por ahogo o dificultad para respirar(175). Las patologías respiratorias crónicas determinan un importante deterioro en la calidad de vida de quienes la padecen y sus familias, limitan la autovalencia y requieren apoyo interdisciplinario permanente(2). Son causadas por factores personales como, por ejemplo, genéticos y por la exposición a contaminantes: humo de tabaco, contaminación intradomiciliaria y exposición ocupacional a polvos, humos y productos químicos(176). El diagnóstico y el tratamiento precoces son necesarios para controlar los síntomas y evitar las exacerbaciones. Factores como el hacinamiento, la pobreza y algunas exposiciones ambientales, contribuyen a aumentar estas enfermedades(177).

Situación epidemiológica en el mundo Actualmente, cerca de 334 millones de personas padecen asma, enfermedad crónica más frecuente en la infancia y que afecta al 14% de los niños con una prevalencia en aumento. Se estima que 65 millones de personas padecen de EPOC de moderada a grave, de los que aproximadamente tres millones mueren cada año, lo que la convierte en la tercera causa de muerte en todo el mundo(177). Más del 80% de estas muertes se produce en países de ingresos medianos y bajos(176). Las enfermedades respiratorias causan más del 10% de todos los años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVISA), en el mundo. En la Región de las Américas, estas enfermedades causaron 8,9 millones de años de vida perdidos prematuramente (AVPP) en ambos sexos y 670,3 AVPP por 100.000 habitantes, en 2019. Con relación a los años vividos con discapacidad (AVD), estas enfermedades fueron responsables de 5,4 millones de AVD en ambos sexos, con una tasa de 471,4 AVD por 100.000 habitantes en 2019(178).

Estrategias globales La EPOC se incluye en tanto el Plan de Acción Mundial de la OMS para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT), reducir en un 25% la mortalidad prematura asociada a enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas, y en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, reducir en un tercio la

ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA

OBJETIVO DE IMPACTO

Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratorias crónicas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Incrementar la efectividad de las acciones promocionales y de prevención.
- Aumentar el acceso y oportunidad del diagnóstico.
- Aumentar la cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación.
- Disminuir la prevalencia de comorbilidades.
- Reducir y mitigar alteraciones funcionales por secuelas de infecciones en el curso de vida.

mortalidad prematura por ENT. A la vez, la OMS ha elaborado el Conjunto de Intervenciones Esenciales contra las ENT (PEN, por sus siglas en inglés), para mejorar el tratamiento de las ENT en la atención primaria de salud. Por otro lado, el nuevo enfoque estratégico «Rehabilitación 2030» permite reforzar los servicios de rehabilitación en los sistemas de salud, haciéndolos disponibles y asequibles para quienes lo requieran. Además, dado que en contexto de este problema de salud se requiere reducir la exposición al humo de tabaco, el Convenio Marco para el Control del Tabaco y otras iniciativas de la OMS, como el plan de medidas MPOWER o el programa Tobacco Cessation, permiten avanzar en este aspecto. Asimismo, la OMS entrega el "Kit de soluciones para promover energías domésticas limpias" (CHEST, por sus siglas en inglés), que fomenta fuentes de energía no contaminantes en los hogares(176).

Alcance en el país Las enfermedades respiratorias crónicas son responsables de una alta carga de enfermedad, alcanzando los 110.748 AVISA en 2007 (2,9% del total de la carga) y en población escolar, la prevalencia es de aproximadamente 16%. Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS)2009-2010, el 24,5% de la población adulta sufre de síntomas respiratorios crónicos, lo que aumenta con la edad y menor nivel educacional(2). La prevalencia de EPOC en Santiago de Chile (estudio PLATINO) fue de 17% en mayores de 40 años(179) y de acuerdo con el autorreporte de enfermedades en la última ENS del 2016-2017, un 5,4% de los adultos refiere asma bronquial, prevalencia mayor en mujeres(56). Sin embargo, se estima que el asma puede alcanzar entre el 7% y 10% de la población y aún más, debido a subdiagnóstico. Respecto a las muertes, las enfermedades respiratorias crónicas representan el 6% del total de fallecimientos en Chile[6].

Programas y políticas del país Existe una serie de políticas y programas destinados a reducir su incidencia o evitar complicaciones: políticas para evitar muerte y enfermedad atribuible al tabaquismo y cumplir con los compromisos del Convenio Marco para el Control del Tabaco OMS (Ley del tabaco y Ley N° 21.258); Ley Nacional de Cáncer (tratamiento de tabaquismo en APS); Garantías Explícitas en Salud (GES) N° 38 "Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de Tratamiento Ambulatorio"; Garantías Explícitas en Salud (GES) N° 39 "Asma Bronquial Moderado y Grave en personas menor de 15 años" y Garantías Explícitas en Salud (GES) N° 61 "Asma Bronquial en personas de 15 años y más; Programas IRA-ERA, que otorgan atención de salud oportuna y de calidad; oxigenoterapia ambulatoria, que contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes; Programa AVNI-AVI / AVNIA-AVIA, que pretende reintegrar a su domicilio a quienes necesitan apoyo ventilatorio crónico; Programa de Vacunación contra neumococo, influenza, COVID-19[7].

Objetivo al 2030 El objetivo de impacto planteado para el decenio 2011-2020 fue "Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica", cuyo indicador señalaba "Disminuir a 12,7 por 100 mil habitantes la tasa de mortalidad proyectada por enfermedades respiratorias crónicas". La meta se cumplió al alcanzar una tasa de 10,2 por 100.000 el último año disponible (ver documento "Evaluación de fin de periodo"). Para el 2030, el objetivo de impacto es disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratorias crónicas, y surge del análisis de factores como la alta prevalencia en el consumo de tabaco, contaminación ambiental, ocupacional, intra y extradomiciliaria; alta prevalencia de secuelas de infecciones en el curso de vida (COVID-19, TBC, entre otros); insuficiente implementación del modelo de salud familiar y comunitario; baja efectividad de las acciones preventivo-promocionales; insuficiente acceso y oportunidad del diagnóstico; baja cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación y alta prevalencia de comorbilidades.

6. Análisis de situación mesa de trabajo ERC. Estrategia Nacional de Salud, 2021.
7. Análisis de situación mesa de trabajo ERC. Estrategia Nacional de Salud, 2021.

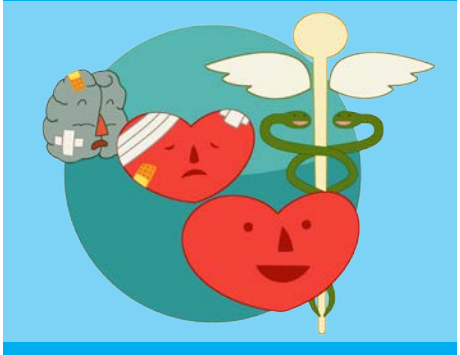
Definición del problema de salud Las enfermedades cardio y cerebrovasculares (ECV) son un conjunto de patologías del aparato circulatorio. Se estima que más del 95% de todas las muertes por ECV son atribuibles a seis afecciones: cardiopatía isquémica, ataque cerebrovascular, cardiopatía hipertensiva, miocardiopatía, cardiopatía reumática y fibrilación auricular(180). Una tercera parte de esas defunciones ocurre antes de los 70 años. La mayor parte de estas patologías se puede prevenir a través de un estilo de vida saludable. Los principales factores de riesgo modificables son los factores de riesgo conductuales, como la dieta poco saludable, el tabaquismo, el consumo de riesgo de alcohol, el sedentarismo, la contaminación ambiental y los factores de riesgo metabólicos como la hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes mellitus o enfermedad renal crónica(181).

Situación epidemiológica en el mundo Las ECV son la principal causa de muertes a nivel mundial y un importante contribuyente a la discapacidad(180). Se estima que cada año mueren más de 18.6 millones de personas por ECV, representando el 31% del total de muertes en el mundo(181) y más de 500 millones de personas tendrían una ECV(166). En 2019, fueron responsables del 15,5% de la carga de enfermedad total(36). Entre 2005 y 2015, las tasas de mortalidad por ECV bajaron en un 16%, observándose un mayor descenso en países de ingresos altos, pero también bajaron en los de ingresos medios y bajos(180). Sin embargo, algunos análisis recientes señalan que la tasa estandarizada por edad de ECV ha comenzado a aumentar en algunos lugares donde anteriormente estaba disminuyendo(166).

Estrategias globales La agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible propone reducir la mortalidad prematura total por enfermedades no transmisibles en un tercio para 2030, lo que incluye a las ECV. La OMS, por su parte, en el Plan de Acción para la prevención y control de ENT, para 2020 estableció la meta de disminuir un 25% el riesgo de mortalidad prematura de ECV, así como de la prevalencia de HTA, o al menos evitar que esta aumente(173). Las estrategias que han demostrado ser efectivas para disminuir la mortalidad por ECV se basan en la modificación de los factores de riesgo mencionados y la implementación de estrategias de prevención secundaria y uso de tratamiento farmacológico.

Situación Nacional Las enfermedades del sistema circulatorio se ubican entre las tres primeras causas de muerte en el país, ocupando el primer lugar en 2018 con 28.199 defunciones, lo que representó el

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y CEREBROVASCULARES



OBJETIVO DE IMPACTO

Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 18 años y más en Chile.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar la tasa de control de hipertensión arterial a nivel poblacional.
- Aumentar cobertura de tratamientos efectivos para las Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares.
- Aumentar la cobertura efectiva de tratamiento integrado de riesgo cardiovascular, en la red asistencial con enfoque de género.
- Aumentar la cobertura efectiva de tratamientos costo-efectivos en personas de alto riesgo cardiovascular.
- Incrementar la cobertura y calidad en rehabilitación multidisciplinaria precoz y continua asociada a eventos cardiovasculares y cerebrovasculares.

26,4% del total de muertes. Las tasas de mortalidad estandarizadas por edad han disminuido en un 23,5% entre 2009 y 2018 (desde 165,0 a 126,3 por 100.000 hab.)(182). Destacan las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades isquémicas del corazón con 8.033 y 8.020 defunciones el 2018, ambas en un 7.5% respecto del total(182). La Encuesta Nacional de Salud 2016-17, mostró que el 41,2% de la población de 15 y más años tiene síndrome metabólico, lo que representa un aumento del 18% en relación con 2010(183). Según el Estudio de carga mundial de enfermedades de 2019, la presión arterial sistólica alta representó el 19,2% del total de muertes en 2019. Así, la HTA se reconoce como el principal factor de riesgo de las enfermedades cardio-cerebrovasculares. La prevalencia nacional es de 27,6%, muy similar a lo observado en 2010, con un 68.7% de las personas con HTA conoce su condición, el 60% de las personas hipertensas está en tratamiento farmacológico, 50,5% en los hombres y 69,2% en las mujeres, y el 31.9% de las personas con sospecha de HTA tiene su PA controlada(184). Esta cifra representa un aumento muy significativo respecto al año 2010, lo que significó que en 2021 Chile haya sido reconocido con el premio *"2021 World Hypertension League Organizational Excellence Award in Hypertension Prevention and Control"*, entregado por la Liga Mundial de Hipertensión en conjunto a Sociedad Internacional de Hipertensión y Organización Mundial de la Salud.

A pesar de mejoras en las tasas de control de los factores de riesgo, la cobertura de las diferentes estrategias de prevención secundaria en sobrevivientes cardiovasculares deja un amplio margen de mejora. Se estima que el 37.8% usa estatinas, 41.4% ácido acetilsalicílico y 37.8% tiene la presión arterial controlada(185).

Programas y políticas del país La Ley N° 19.966 Título II del Decreto Ley 170 determina los exámenes de medicina preventiva, actualmente regulados por la Resolución Exenta N° 1.236, 2009, dentro de los cuales se incluyen el tamizaje de los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, como son la HTA, diabetes, dislipidemia, tabaquismo, obesidad, consumo de riesgo de alcohol, entre otros.

La Ley Nº 19.966, que establece un Régimen de Garantías Explícitas en Salud (AUGE-GES) (año 2005), otorgando garantías de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad de servicio a 85 patologías, incluye las principales enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo: IAM, ACV isquémico, HTA entre otras.

En la atención primaria, el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), programa multidisciplinario con enfoque de riesgo cardiovascular, ha mostrado aumento progresivo en las tasas de compensación de los principales factores de riesgo metabólicos, como es la HTA y la DM, llegando a una meseta durante los últimos años. Desde 2014, se encuentra implementado, en el contexto del PSCV, el Fondo de Farmacia (FOFAR), el que entrega oportuna y gratuitamente los medicamentos para el tratamiento de personas con HTA, DM tipo 2 y dislipidemia acompañada de la gestión de citas. Asimismo, a partir de 2020, se está implementando la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas, que modifica la lógica programática de atención en APS, así como las células de hospital digital de diabetología, nefrología y geriatría, que mejoran la oportunidad de acceso a un médico especialistas.

A partir del año 2018, se inicia la implementación de la estrategia HEARTS, liderada por OMS-OPS, la que tiene por objetivo la adopción de las mejores prácticas en prevención y control de las enfermedades cardiovasculares, aumentando las tasas de control de HTA, principal factor de riesgo modificable de las enfermedades cardiovasculares. Esta iniciativa tiene seis pilares técnicos, dentro de los cuales está disponer de protocolos estandarizados para la medición de la presión arterial, para el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento, monitoreo frecuente de indicadores y retroalimentación, mejora en la calidad de la toma de presión arterial, entre otros.

Como otras estrategias enfocadas en las enfermedades cardiovasculares agudas, se desarrolló el plan de acción del

ACV, que tiene por objetivo contribuir a la reducción de la letalidad y las secuelas de las personas con ACV, y estrategias como el tele-electrocardiograma (ECG), para mejorar la oportunidad diagnóstica del IAM.

Objetivo al 2030 En relación con los objetivos sanitarios para 2020, los resultados son alentadores, ya que se aumentó la sobrevida de personas con enfermedades cardiovasculares (ver documento "Evaluación de fin de periodo"), sin embargo, aún se desconoce el impacto que la pandemia tendrá en los avances logrados tanto en las patologías tiempo dependientes como en las tasas de control de los factores de riesgo. Los desafíos para la próxima década serán aumentar las coberturas efectivas de tratamiento integral para este grupo de patologías, así como el acceso a los servicios de rehabilitación, por lo que se estableció, como objetivo para 2030, disminuir la carga de enfermedad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 18 años y más.

CÁNCER

OBJETIVO DE IMPACTO

Disminuir la mortalidad prematura por cáncer en población general.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar tamizajes para ciertos tipos de cáncer.
- Mejorar el diagnóstico, tratamiento precoz y rehabilitación de forma oportuna y de calidad.
- Aumentar la información sobre los factores de riesgo del cáncer en la población.
- Aumentar la prevalencia de hábitos saludables o protectores en la población.

Definición del problema de salud Cáncer hace referencia a un conjunto de enfermedades que se pueden originar en casi cualquier órgano o tejido del cuerpo cuando células anormales crecen de forma descontrolada, sobrepasan sus límites habituales e invaden partes adyacentes del cuerpo o se propagan a otros órganos(186). Se producen por una combinación de factores genéticos, biológicos (como edad y sexo), exposiciones ambientales (como asbesto, aflatoxinas, luz ultravioleta o arsénico), infecciones crónicas (virus de la hepatitis B y C, virus del papiloma y Helicobacter pylori) y estilos de vida no saludables (dieta inadecuada, sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol). La incidencia de esta enfermedad aumenta con la edad y es más frecuente en hombres que en mujeres. Actualmente es un problema que afecta a todos los países y cerca del 70% de las muertes por cáncer se registran en países de ingresos bajos y medianos. Entre el 30% y 50% de todos los cánceres son prevenibles, siendo el tabaquismo el principal factor de riesgo, responsable del 25% de las muertes por esta causa. Por ello, se plantea que las estrategias de prevención son las más rentables para el control del cáncer(187).

Situación epidemiológica en el mundo El cáncer es la primera o segunda causa de muerte prematura en 134 países y segunda causa de muerte en el mundo (16,3%). Se estima que, cada año, se producen cerca de 19,2 millones de casos nuevos (2020)(188) y 10 millones de muertes por esta causa; 1 de cada 5 hombres y 1 de cada 6 mujeres desarrollará cáncer durante su vida(189). En 2020, los cánceres que provocaron el mayor número de muertes fueron: pulmonar, mama, colorrectal, hepático, próstata, gástrico y cervicouterino(186). En los países de altos ingresos se ha observado una tendencia a un aumento en la incidencia de cáncer, pero una disminución en las tasas de mortalidad, no así en los países de ingresos más bajos(188).

Estrategias globales La agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible propone reducir la mortalidad prematura total por enfermedades no transmisibles en un tercio para 2030(55). La carga de muerte por los diferentes tipos de cáncer se puede reducir disminuyendo o eliminando la exposición a carcinógenos en múltiples contextos. Un ejemplo de esto es la reducción de la incidencia de cánceres relacionados con el tabaquismo en algunos países. Se están investigando intervenciones para cambiar el comportamiento relacionado con la nutrición, el ejercicio y el aumento de peso. Otra estrategia relevante es la vacunación para algunos cánceres causados por agentes infecciosos. Se enfatiza la necesidad de aumentar y mejorar la detección precoz de la enfermedad, mediante métodos

moleculares emergentes(188). Finalmente, es necesario mejorar el acceso a tratamiento y cuidado adecuados de los pacientes; si se detectan a tiempo y se tratan adecuadamente, aumentan considerablemente las posibilidades de recuperación para muchos tipos de cáncer.

Situación nacional Los tumores malignos son la segunda causa de muerte en Chile después de las enfermedades cardiovasculares, con 27.912 fallecidos en 2018 (26% del total de muertes). Son, sin embargo, la primera causa de carga de enfermedad, con el 15% del total de Años de Vida Perdidos ajustados por Discapacidad (AVISA) en 2019. Según estimaciones de Globocan, en 2020 la tasa ajustada de mortalidad fue de 87 por 100.000 hab. y, la de incidencia de 180 por 100.000 hab., ambas inferiores al promedio mundial(190). En la población general, los tumores que generan mayor carga de enfermedad son: estómago, pulmón, vesícula y vías biliares, colon, mama, próstata y cervicouterino. En los niños, los principales cánceres corresponden a las neoplasias hematológicas, los tumores del sistema nervioso central y las neoplasias de huesos y cartílagos articulares.

Programas y políticas del país En relación a estrategias de prevención primaria, como se señalara en el eje sobre factores de riesgo, se han implementado una serie de medidas que abordan los principales factores de riesgo cardiovascular, que también son factores de riesgo para el cáncer a nivel poblacional. En 2019, se aprobó el Plan Nacional del Cáncer 2018-2028(191), cuyo objetivo es disminuir la incidencia y morbimortalidad atribuible al cáncer, a través de cinco líneas estratégicas: 1) Promoción, educación y prevención primaria, 2) Provisión de servicios asistenciales, 3) Fortalecimiento de la red oncológica, 4) Fortalecimiento de los sistemas de registro, información y vigilancia y 5) Rectoría, regulación y fiscalización. En 2020, se aprobó la Ley Nacional del Cáncer(192), que da sustento legal al Plan, crea una Comisión Nacional del Cáncer para asesorar al Ministerio de Salud, crea también un fondo para financiar investigación, estudios, evaluación, promoción, e iniciativas para la prevención, vigilancia y pesquisa del cáncer y finalmente, y modifica el código del trabajo para asegurar la no discriminación de personas con cáncer. Por otra parte, el programa GES incluye entre sus patologías garantizadas el diagnóstico y tratamiento de todos los cánceres en menores de 15 años, 15 cánceres en adultos y el programa de alivio al dolor y cuidados paliativos. También incluye GES preventivos como H. pylori, colecistectomía, entre otros. Finalmente, existen programas de detección precoz de cáncer cérvico uterino y mama, ambos incluidos en el examen de medicina preventiva del GES.

Objetivo al 2030 En relación con los objetivos sanitarios para 2020, se observa un avance importante en la reducción de la mortalidad por cáncer, llegando en 2018 a 100 por 100.000 hab, muy cercano a la meta de 97,3 por 100.000 hab (ver documento "Evaluación Fin de Período"). A pesar de los avances, existen brechas en la detección oportuna de algunos cánceres. Por ello, se plantea como objetivo para 2030, disminuir la mortalidad prematura por cáncer en población general y se priorizan los siguientes tipos de cáncer respecto del tamizaje: cérvico uterino, mama, pulmón, estómago, tráquea-bronquio-pulmón, próstata y colorrectal.

DIABETES MELLITUS

OBJETIVO DE IMPACTO

Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir la prevalencia de factores de riesgo para la salud como malnutrición por exceso, inactividad física, tabaquismo, alcohol.
- Aumentar la percepción de riesgo y el conocimiento de la población general en torno a DM.
- Aumentar la cobertura de exámenes preventivos de complicaciones.
- Aumentar la detección precoz de diabetes mellitus tipo 2.
- Aumentar la cobertura efectiva a tratamiento.

Definición del problema de salud La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica de tipo metabólico, caracterizada por una elevada glicemia debido a una producción nula o insuficiente de insulina por el páncreas o utilización subóptima de ésta. La diabetes mellitus tipo 1 se debe a una ausencia total de insulina y debuta generalmente en la infancia. Por su parte la diabetes mellitus tipo 2 es la más prevalente de la diabetes a nivel mundial (sobre el 90%)(193).

La diabetes es una enfermedad que aumenta el riesgo de tener una enfermedad cardiovascular, como el infarto agudo al miocardio o el ataque cerebrovascular, así como otras enfermedades como la enfermedad renal crónica, retinopatía diabética, neuropatía y pie diabéticos, todas situaciones que generan altos costos a las personas y al sistema de salud. Un estilo de vida saludables, dieta sana, actividad física regular, peso corporal normal, no fumar y evitar el consumo de alcohol, previenen o retrasan su aparición y reducen el riesgo de complicaciones en personas con DM2(194).

Situación epidemiológica en el mundo El número de personas con diabetes aumentó de 108 millones en 1980 a 537 millones en 2021 (prevalencia de 4,7% a 10,5%), con un mayor aumento de la prevalencia en los países de ingresos medianos y bajos versus los de altos ingresos(194)(193). Se estima que esta cifra aumentará a 783 millones a 2045(193). Además, 541 millones de personas tienen intolerancia a la glucosa de ayuno(193). En quince, años se ha registrado un aumento del 5% en la mortalidad por esta enfermedad. Según lo reportado por el IDF, el año 2021 hubo 6,7 millones de muertes entre personas de 20 y 79 años por diabetes o sus complicaciones, equivalente al 12,2% de las defunciones globales en este grupo. El 32,6% de las muertes ocurre antes de los 60 años(193). La diabetes mellitus fue causa de 70,9 millones de AVISA a nivel global en 2019 y representan el 2,8% del total de AVISA(36).

Estrategias globales Cuatro categorías de enfermedades (cardiovasculares, respiratorias crónicas, cáncer y diabetes) son las principales responsables de la morbi-mortalidad por enfermedades no transmisibles. Por ello, la OMS ha elaborado un plan de acción 2013-2020(173), que entre sus objetivos destaca lograr para 2025, una reducción en un 25% de la mortalidad global por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas. Esto, mediante intervenciones costo-efectivas, basándose en lo ya logrado en el periodo 2008-2013(195).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), elaboró la "Estrategia

para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2012-2025" y el "Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019"; plan alineado con el marco mundial de vigilancia y el plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles de OMS(196).

Alcance en el país La prevalencia de DM2 en Chile aumentó de 6.4% en 2003 a 12,3% en 2016-2017. Esta cifra es de 26.8% en personas de 65 años y más, y es de un 20.3% en las personas con menos de ocho años de estudios cursados(197). Asimismo, al evaluar la cascada de DM2, un 86.6% de las personas con diabetes conoce su condición, el 69.8% declara estar en algún tipo de tratamiento y el 55.4% logra estar bien controlado con niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) menor a 7%, más de 20% mayor a la cobertura efectiva reportada el año 2010[8]. Por otra parte, las personas con DM2 tienen una alta carga de multimorbilidad. Según la ENS, el 61,7% de las personas con DM2 tiene hipertensión arterial, 22% obesidad y el 16,6% antecedente de infarto agudo al miocardio o ataque cerebrovascular(197).

Programas y políticas del país El examen de medicina preventiva, así como la diabetes mellitus, tanto tipo 1 como tipo 2 y gran parte de sus complicaciones, se encuentran incluida en el Régimen GES, garantizando el diagnóstico, tratamiento y seguimiento(198). En el sistema público de salud, las personas con DM2 se atienden en el Programa de Salud Cardiovascular, programa multidisciplinario en el primer nivel de atención a través de un abordaje de riesgo cardiovascular de la persona o a través de la Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad, con enfoque de riesgo, orientada a otorgar un cuidado integral y continuo(199)(200). A partir del año 2014, se refuerza el primer nivel de atención con el programa Fondo de Farmacia (FOFAR).

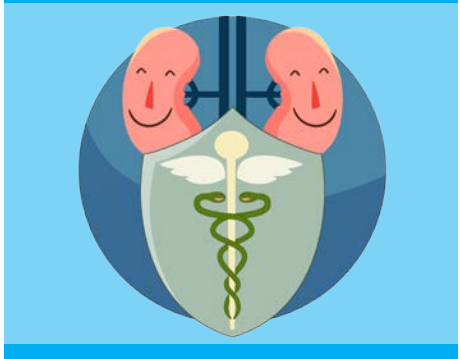
Por otra parte, la ley Ricarte Soto incorporó la diabetes mellitus tipo 1 inestable severa para personas, que requieren el uso de infusores subcutáneos continuos de insulina(201). A partir del año 2018, Hospital digital pone a disposición consultas para el primer nivel de atención con médicos diabetólogos para resolución de interconsultas de DM2 y, a partir del año 2021, para DM1. Esto ha permitido disminuir los tiempos de espera de forma muy significativa.

La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 propuso líneas de acción para disminuir la mortalidad prematura por DM mediante estrategias para aumentar la cobertura efectiva, para aumentar la población diagnosticada y bien controlada, y para reducir las complicaciones(197). A partir de 2018, se implementa un sistema de tamizaje de retinopatía diabética a través del procesamiento automático de imágenes de fondo de ojo digitales, que ha permitido analizar los fondos de ojos de las personas con DM2 y derivar a las personas con retinopatía al oftalmólogo de forma oportuna.

Objetivo al 2030 Para la Década 2011-2020, el objetivo de impacto fue "Disminuir la mortalidad prematura por diabetes mellitus", medido a través del indicador "Tasa de mortalidad prematura por Diabetes Mellitus (30-69 años). La meta al año 2020 era de 15,9 defunciones por 100.000 habitantes, y la tasa observada al 2019, último año disponible, fue de 9,2 por 100.000 habitantes, por lo que se cumple la meta establecida. Sin embargo, la pandemia afectó de forma muy significativa el cuidado de las personas con enfermedades crónicas y especialmente a las personas con DM2, por lo que se deberá evaluar con cifras objetivas el impacto a nivel nacional. Para 2030, el objetivo de impacto es disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes. Este objetivo busca disminuir la prevalencia de la DM a través de políticas públicas poblacionales, para fomentar los estilos de vida saludables, así como disminuir las complicaciones tanto micro como macrovasculares en las personas con DM a través del control integral de la persona con diabetes, así como el diagnóstico precoz de complicaciones, con el uso de tecnologías disponibles para estos fines.

8. Información aportada por el Departamento de Enfermedades No transmisibles. DIPRECE-MINSAL..

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA



OBJETIVO DE IMPACTO

Disminuir la prevalencia de enfermedad renal crónica en la población y sus complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar tamizaje (creatinina plasmática y RAC) y diagnóstico oportuno de las personas con factores de riesgo.
- Aumentar cobertura efectiva de tratamiento integrado de ERC.
- Aumentar cobertura efectiva de tratamiento integrado de DM2 e HTA.
- Disminuir la prevalencia de DM2 e HTA.
- Disminuir consumo de medicamentos AINEs y nefrotóxicos automedicados.
- Mejorar la comunicación estratégica sobre ERC, factores de riesgo y complicaciones en la población general.

Definición del problema de salud La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública a nivel mundial, ya que disminuye la calidad y expectativa de vida de las personas y genera una carga importante para los sistemas de salud. Además, las personas con ERC presentan mayor morbi-mortalidad que el resto de la población, asociado a la alta prevalencia de factores de riesgo como diabetes mellitus (DM) e hipertensión arterial (HTA), siendo las enfermedades cardiovasculares la principal causa de muerte en este grupo(202).

La ERC se define como "la alteración persistente de la función y/o estructura renal producida por un grupo heterogéneo de enfermedades o condiciones, que afectan distintas estructuras renales (compartimiento glomerular, intersticial o vascular) durante al menos 3 meses" (MINSAL). El diagnóstico se realiza con al menos uno de los siguientes criterios: deterioro de la función renal, demostrado por una velocidad de filtración glomerular estimada (VFGe) <60 ml/min/1,73m², o presencia de daño estructural(203). Se clasifica en cinco etapas, según la función y daño renal. La ERC no tiene cura, por lo que el tratamiento está dirigido a disminuir las noxas que producen daño en la función y/o estructura renal y en controlar o reducir aquellos factores que favorecen la progresión. Por esto, las primeras etapas se manejan con cambios en los estilos de vida y farmacoterapia, y las etapas más avanzadas con trasplante renal o terapias de sustitución renal(202).

Situación epidemiológica en el mundo A nivel mundial, la prevalencia de la ERC se ha estimado en 11% en países de altos ingresos(204). Sumado a ello, encuestas recientes han mostrado una marcada heterogeneidad de la prevalencia de la ERC en población general, que va de un 5% a un 13% en diferentes países(205). Existen reportes que asocian a las personas de cuartil socioeconómico más bajo con el aumento de un 60% de riesgo de presentar ERC en etapas iniciales, en comparación a los cuartiles más altos(206). En los países desarrollados, la ERC es un factor de costo importante para los sistemas de atención de la salud, con un crecimiento anual de los programas de diálisis que varía entre el 6% y el 12% los últimos veinte años y continúa creciendo. Actualmente, más de 2 millones de personas requieren terapia de reemplazo renal en el mundo, pero esto representa menos del 10% de quienes la necesitan. A la vez, cada año muere más de 1 millón de personas por insuficiencia renal no tratada(207). La ERC representa el 1,6% de la carga de enfermedad mundial, medida a través de los AVISA y, representa el 2,5% del total de muertes(36).

Estrategias globales La detección y el tratamiento temprano de la ERC se pueden implementar a un costo mínimo, mejorando los resultados de la diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares y reduciendo la morbimortalidad asociada a enfermedades no transmisibles (ENT); por ello, la prevención de la ERC debe considerarse en la planificación e implementación de la política nacional de ENT en el mundo(207). En 2002, la National Kidney Foundation norteamericana publicó las guías Kidney Disease Outcome Quality Initiative, en las que se estableció la definición actual de la ERC, clasificación en grados y métodos de evaluación. En 2003, se fundó la organización Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) que, desde 2013, es una fundación sin fines de lucro dirigida por voluntarios internacionales y cuya misión es "mejorar la atención y los resultados de los pacientes con enfermedad renal en todo el mundo mediante la promoción de la coordinación, la colaboración y la integración de iniciativas para desarrollar e implementar pautas de práctica clínica a nivel mundial"(204).

Alcance en el país La prevalencia de ERC etapas 3a a 5 aumentó de 2,5 a 3,2% en personas de 18 años y más, considerando las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) 2009-10 y 2016-17. En base a la última encuesta, el porcentaje de personas de 40 años o más con ERC etapas 3a a 5 es 5,8% y aumenta a 15,4% si se observan las etapas 1 a 5(208). Sumado a ello, el 86,2% de esta población tiene HTA y el 31,2% DM(208). Considerando las alternativas terapéuticas para las personas con ERC etapas 4 y 5, el número de trasplantes renales se ha mantenido entre 175 y 311, entre los años 2013 y 2020, según estadísticas reportadas por la Coordinación Nacional de Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos, perteneciente a la División de Gestión de la Red Asistencial del Ministerio de Salud. En cuanto a diálisis, según registros del Fondo Nacional de Salud (FONASA), el número de personas en hemodiálisis ha incrementado anualmente 4,9% en promedio, entre los años 2015 y 2019, y 1,5% entre 2019 y 2020, y en peritoneodiálisis, ha aumentado anualmente 5% en promedio entre 2015 y 2020. Cabe destacar que estas terapias utilizan aproximadamente el 22% del presupuesto del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), debido al costo de tratamiento(2).

En cuanto a la tasa de mortalidad por ERC, se observa una tendencia a la baja en personas mayores de 15 años y en población entre 30 y 69 años (mortalidad prematura), con tasas ajustadas por sexo y edad de 6,73 / 100.000 habitantes y 2,74 / 100.000 habitantes respectivamente, en el año 2018(209). Medida a través de los AVISA, la ERC representa el 2,3% de la carga de enfermedad en Chile(208).

Programas y políticas del país La Ley Nº 19.966, que establece un Régimen de Garantías Explícitas en Salud (AUGE-GES) (año 2005), otorga garantías de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad de servicio a 85 patologías, entre las cuales se encuentran: prevención secundaria de la progresión de la ERC, que garantiza el tratamiento de la ERC en sus etapas iniciales, y ERC etapas 4 y 5, que considera tres alternativas terapéuticas: trasplante renal, peritoneodiálisis y hemodiálisis, las cuales cuentan con su Guía de Práctica Clínica actualizada. Además, está publicada la Guía de Práctica Clínica de Tratamiento Conservador No Dialítico de la Enfermedad Renal Crónica, la que entrega una alternativa terapéutica para personas con ERC etapas 4 y 5 de edad avanzada, con fragilidad y múltiples comorbilidades invalidantes(203).

Sumado a ello, en 2010, la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 definió líneas de acción destinadas a reducir la progresión de la ERC, mediante la detección precoz de esta enfermedad en grupos de alto riesgo y la prioridad en el manejo de pacientes con ERC(2). Además, desde el año 2018, se está implementando la atención de salud renal mediante telemedicina, a través de Hospital Digital. Asimismo, a partir de 2020, se está implementando la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas, que modifica la lógica programática de atención en APS e incorpora el manejo de las personas con enfermedad renal crónica.

En la actualidad, se está impulsando la implementación de la Estrategia para el Abordaje de la Salud Renal en la Red, la que cuenta con cuatro lineamientos: Promoción de la salud y prevención de la ERC, vigilancia activa y pesquisa a nivel local, integración de niveles de atención, y abordaje integral de la ERC avanzada, y profundiza en el último, ya que representa una opción innovadora para las personas con ERC etapas 4 y 5. A lo anterior, se suman las estrategias poblacionales y de factores de riesgo metabólico, descritas en secciones anteriores.

Objetivo al 2030 El objetivo de impacto "Reducir la progresión de Enfermedad Renal Crónica", medido a través del indicador "Tasa de incidencia de tratamiento de sustitución renal (hemodiálisis crónica) en menores de 65 años" no pudo ser evaluado, porque la información no se encuentra desagregada por grupo de edad (ver documento "Evaluación de fin de periodo"). Para el 2030, el objetivo de impacto definido es disminuir la prevalencia de enfermedad renal crónica en la población y sus complicaciones. Esto, tomando en consideración la necesidad de medidas poblacionales para disminuir los casos incidentes de ERC, aumentar la cobertura diagnóstica y de tratamiento de los principales factores de riesgo, aumentar la cobertura diagnóstica en los grupos de riesgo de ERC y disminuir el consumo de fármacos nefrotóxicos, como los antiinflamatorios no esteroidales.

Definición del problema de salud Las enfermedades bucodentales constituyen una importante carga para el sector salud del mundo, tanto por el número de personas que las sufren como por el alto costo de tratamiento. Afectan a las personas durante toda su vida, causando dolor, molestias e incluso la muerte y son enfermedades entre cuyos factores de riesgo se encuentran las dietas ricas en azúcar, consumo de tabaco y consumo nocivo de alcohol(210). Los grupos socialmente marginados y las personas mayores son los más afectados y a la vez, tienen un acceso deficiente a la atención odontológica(211). El tratamiento de los trastornos de salud oral es caro y generalmente no forma parte de la cobertura sanitaria universal. En la mayoría de los países de ingresos altos, el tratamiento odontológico representa el 5% del gasto total en salud y el 20% de los gastos directos de los pacientes. Sin embargo, la mayoría de los trastornos de salud bucodental son prevenibles y pueden tratarse en sus etapas iniciales(210).

Situación epidemiológica en el mundo Las enfermedades bucales más prevalentes a nivel mundial son la caries dental, la enfermedad periodontal, la pérdida de dientes y los cánceres de labios y cavidad oral(211). Se estima que 3.500 millones de personas son las afectadas por la carga de caries dental no tratada, periodontitis grave y edentulismo en todo el mundo. La enfermedad periodontal, que puede causar la pérdida de dientes, afecta a casi el 10% de la población mundial. Aproximadamente, 2300 millones de personas padecen caries en dientes permanentes y más de 530 millones de niños y niñas sufren de caries en los dientes primarios(212). Los trastornos bucodentales alcanzan una tasa de años perdidos por discapacidad (YLDs) de 228,8 por 1000.000 hab(213).

Estrategias globales En 2019, se incluyó la salud bucodental en la declaración Política sobre la Cobertura Sanitaria Universal, de Naciones Unidas. La OMS ha definido estrategias para mejorar la salud bucodental, centrándose en las poblaciones marginadas y de ingresos bajos, con limitaciones para acceder a la atención odontológica. Entre las estrategias, se incluyen el fortalecimiento de las intervenciones de prevención costo-eficaz para la población y la atención primaria de salud centrada en la persona.

Alcance en el país En Chile, las patologías más frecuentes son la caries dental, gingivitis y anomalías dentomaxilares. La mayor carga está dada por la caries dental en las personas menores de 45 años y por el edentulismo en las de 45 años y más. En el grupo de 45 a 59 años, el edentulismo es la tercera causa de AVISA en las mujeres(2). De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-

TRASTORNOS BUCODENTALES

OBJETIVO DE IMPACTO

Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.

RESULTADOS ESPERADOS

- Fomentar los hábitos promotores de la salud bucal asociado a la reducción del consumo de tabaco, alcohol y azúcar.
- Promover el manejo adecuado de higiene y cuidado bucal en la población.
- Fortalecer la Cobertura efectiva de los Servicios de Salud bucal a lo largo del curso de vida.

2017, la prevalencia de lesiones de caries cavitadas fue de un 54,6%, aumentando con la edad y menor escolaridad. El edentulismo alcanzó un 17,6% en los sujetos ≥65 años y un 22,4% de la población declara el uso de prótesis dental. Respecto al uso de los servicios odontológicos, un 52,8% declaró haber asistido hace más de 1 año, y un 2,2%, declaró nunca haberlo hecho(214). Por otra parte, la prevalencia de caries a los 2 años es de 17%, aumentando a 50% a los 4 años y al 70% en los niños de 6 años. El 62% de los adolescentes de 12 años presenta caries, siendo más afectado el nivel socioeconómico bajo y zonas rurales(215). La enfermedad periodontal la sufre más del 90% de la población adulta, en distintos grados de severidad. En los niños y niñas, la prevalencia de gingivitis es de 32,6% a los 2 años, de 55% a los 6 años y 67% en adolescentes de 12 años, mayores en el nivel socioeconómico bajo y en zonas rurales(216). La prevalencia de anomalías dentomaxilares es de 32,4% en niños y niñas y 60% en adolescentes, donde un 44% necesita tratamiento electivo, 31% terapia altamente deseable y 25% tratamiento obligatorio y prioritario(217).

Programas y políticas del país Se han implementado programas para el tratamiento de las principales enfermedades orales en grupos priorizados, a través de garantías explicitas en salud (GES) y programas odontológicos que priorizan grupos de riesgo biológico y social: GES "Salud oral integral para niñas y niños de 6 años" en 2005, "Atención odontológica integral del adulto de 60 años" en 2007, y "Salud oral integral de la embarazada" en 2010(218). Desde el año 2000, la salud bucal se incorporó en los Objetivos Sanitarios de la Década, priorizando estrategias preventivas en menores de 20 años, especialmente en la última década con la implementación del Modelo de Intervención de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades Bucales en Párvulos y Escolares(219). El Plan Nacional de Salud Bucal 2021-2030 identifica prioridades sanitarias, plantea nuevos desafíos y traza la hoja de ruta a mediano y largo plazo para alcanzarlos, en sintonía con los objetivos sanitarios de la década 2021-2030.

Objetivo al 2030 Los objetivos para 2020 no pudieron ser evaluados, debido a que se debe realizar un estudio epidemiológico nacional que permita evaluar el estado de salud bucal de los niños, niñas y adolescentes, y éste no ha sido priorizado (ver documento "Evaluación de fin de periodo"). Para 2030, el objetivo de impacto es mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida, con enfoque de equidad en salud, debido a una serie de factores presentes como: alto consumo de azúcares y otros malos hábitos alimentarios en la población, alta prevalencia de consumo de tabaco y alcohol, insuficiente manejo de higiene y cuidado bucal en la población y deficiente cobertura de servicios odontológicos en el curso de vida.

Definición del problema de salud Las enfermedades mentales constituyen una de las principales cargas de enfermedad y discapacidad en la población, a la vez que aumentan el riesgo de enfermedades transmisibles y no transmisibles(219). Hay una gran variedad de trastornos mentales, cada uno con diversas manifestaciones, pero, en general, se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás. Entre los trastornos, se incluyen la depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, la dependencia de alcohol y drogas, las discapacidades intelectuales, entre otros. La alta prevalencia de trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas contribuye de manera importante a la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura(220). Los tratamientos en general, son eficientes y eficaces en la reducción de la discapacidad, mejorando los síntomas y alterando el curso de la enfermedad. Sin embargo, un tratamiento insuficiente o tardío puede llevar a dificultades en el funcionamiento laboral, en el logro de los objetivos académicos, y a un deterioro del funcionamiento familiar. Por otro lado, los trastornos psiquiátricos tienen un impacto negativo sobre la calidad de vida, incrementando las tasas de mortalidad, especialmente las tasas de suicidio(71).

Situación epidemiológica en el mundo La alta prevalencia en el mundo de trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas, continúa aumentando, causando considerables efectos en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico en todos los países(221). La depresión es una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo y afecta a más de 264 millones de personas, con mayor prevalencia en las mujeres. El trastorno bipolar afecta alrededor de 45 millones de personas; la esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta alrededor de 21 millones de personas de todo el mundo. La demencia, trastorno crónico y progresivo caracterizado por el deterioro de la función cognitiva, afecta a unos 50 millones de personas(221).

Estrategias globales El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2013, reconoce que la salud mental es un elemento esencial para el bienestar de todas las personas. También en el 2013, el Consejo Directivo de la OPS adoptó su Plan estratégico 2014-2019. Debido a lo anterior, a nivel regional, surgió el Plan de acción sobre salud mental 2015-2020 de OPS, cuyo fin es "Promover el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales y por uso de sustancias, ofrecer atención, intensificar la rehabilitación, enfatizar la recuperación y promover

TRASTORNOS MENTALES

OBJETIVO DE IMPACTO

Reducir la carga de enfermedad asociada a la salud mental de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reducir el estigma en torno a trastornos de salud mental.
- Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida.
- Disminuir la brecha en la oferta de servicios de salud mental en la Red.
- Aumentar la cobertura de la demanda de personas con trastornos mentales.

los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y por uso de sustancias para reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad"(220). Este documento se fundamenta en cuatro enfoques transversales: género, equidad, etnicidad y derechos humanos.

Alcance en el país La OMS ubica a Chile entre los países con mayor carga de morbilidad por enfermedades psiquiátricas (23,2%) en el mundo. La causa específica más relevante para todos los grupos etarios, en términos de su contribución a los AVISA, es el trastorno depresivo, que alcanza el segundo lugar con el 4,5% del total, y la dependencia al alcohol, que ocupa el cuarto lugar con el 3,4%. El 22,6% de los niños, niñas y adolescentes presenta trastornos mentales, siendo los más prevalentes los trastornos de conducta (14,6%), de ansiedad (8,3%) y afectivos (5,1%)[9] Los problemas de salud mental afectan en mayor medida a las personas con menor nivel educacional, a los más jóvenes, a las mujeres, a personas de pueblos originarios y empiezan tempranamente en la vida: entre los niños de 4 a 11 años, un 27,8% presenta alguno de estos trastornos(222). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2016-17, la prevalencia de depresión es de 6,2% a nivel nacional (10,1% en mujeres y 2,1%en hombres)(56). Por otro lado, desde el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) de la Universidad de Washington, se reporta que el suicidio está entre las primeras 5 causas de muerte prematura en Chile en la población entre 15 y 49 años. El 1% de la población presenta Trastorno Bipolar tipo I, mientras que un 0,7% presenta Trastorno Bipolar tipo II y, la demencia tipo Alzheimer subió del 8 al 5 lugar en las causas de muerte generales (52% de aumento entre 2009 y 2019(222).

Programas y políticas del país En Chile, se cuenta con la Ley 21.331 "Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental" (2021) y 5 GES de Salud Mental: GES Esquizofrenia, GES depresión, GES Consumo Perjudicial de Alcohol y Drogas en menores de 20 años, GES trastorno bipolar y GES Alzheimer y Otras Demencias. Con ello, estas patologías cuentan con las garantías de oportunidad, accesibilidad, calidad y protección financiera. El año 2000, surgió el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría que establecía un modelo basado en una atención inserta en la comunidad, donde se respetaran sus derechos y el de sus familias, y que entregara de modo eficiente y sostenido una respuesta como Estado de Chile a todos los ciudadanos y las ciudadanas que sufren enfermedades mentales. Tras 16 años de aplicación, se elaboró e implementó el nuevo Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, cuyo propósito es contribuir a mejorar la salud mental de las personas, mediante estrategias sectoriales e intersectoriales, para la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, atención garantizada de salud mental e inclusión social, en el marco del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario(49). En base a este plan, y teniendo en cuenta el acuerdo nacional por la infancia y el impacto de la pandemia, se lanzó en 2021 el plan de acción de salud mental 2019-2025(223).

[Objetivo al 2030] En los objetivos sanitarios de la década pasada, se definió como objetivo de impacto "Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental", medido a través del indicador "Promedio de días pagados por cotizante de licencias médicas curativas por causas asociadas a trastornos mentales", el que muestra un retroceso (línea base: 1,8 y último dato disponible: 3,3). Así mismo, para el indicador "Porcentaje de personas con discapacidad por trastorno mental con dificultades para su cuidado personal", no hay datos disponibles para su medición, dado que no se encuentran definidos ni los criterios ni la escala que se requiere para su evaluación (ver documento "Evaluación de fin de periodo"). Para 2030, el objetivo de impacto es Reducir la carga de enfermedad asociada a la salud mental de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad. Contribuyen a la formulación de este objetivo, el análisis respecto al déficit en la continuidad de los cuidados entre los diferentes niveles de atención, la brecha en la oferta de servicios de salud mental en la Red, desconocimiento de la calidad de la oferta de los servicios de salud mental en la Red, alta presencia de estigma en torno a trastornos de salud mental, insuficiente cobertura de la demanda de personas con trastornos mentales.

9. Análisis situación de Salud mental. Mesa Técnica Estrategia Nacional de Salud, 2021.

Definición del problema de salud La OMS define la violencia como el *"El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones"*. Esta definición incluye el daño psicológico, las privaciones y el mal desarrollo y no solamente los efectos físicos de la violencia como las lesiones o muertes. La violencia se puede clasificar en tres tipos: violencia autodirigida (conducta suicida y abusos personales), violencia interpersonal (violencia juvenil, violencia sexual, maltrato infantil y abuso de ancianos) y violencia colectiva (guerra y otras formas de conflicto armado y genocidio, represión y tortura perpetrados por el Estado)(224). La violencia es un fenómeno complejo en el que interactúan factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos, lo que representa un desafío para la salud, la justicia, los derechos humanos y el desarrollo de la sociedad(225). El impacto de la violencia en la vida de las personas puede ser devastador; además de la muerte, las lesiones físicas y la discapacidad, tiene efectos sobre el desarrollo cerebral, el sistema neuroendocrino y la respuesta inmunitaria. Sus consecuencias incluyen aumento de la incidencia de depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático y suicidio, mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y mortalidad prematura. Asimismo, las personas pueden ser víctimas de múltiples formas de violencia y los efectos sobre la salud pueden ser acumulativos(226). Por otra parte, la violencia también puede socavar el desarrollo social y económico de comunidades y sociedades(227).

Situación epidemiológica en el mundo Más de 1,2 millones de personas mueren cada año por violencia en todas sus formas, lo que representa el 2,5% del total de muertes. El 61% de las muertes correspondieron a suicidios, el 33% a homicidios y el 6% restante a conflictos armados, terrorismo y conflictos con instituciones policiales(36). Las muertes violentas, sin embargo, representan sólo la cúspide de la pirámide; están también las víctimas de la violencia que llegan a los servicios de atención de salud y, más aún todos aquellos actos de violencia que tal vez nunca se denuncien a las autoridades de salud u otras autoridades(228). Las mujeres, los niños y los ancianos soportan la carga de las consecuencias no fatales del abuso físico, sexual y psicológico. El 35% de las mujeres ha experimentado alguna vez violencia física o sexual y, cada día, 137 mujeres son asesinadas por miembros de su propia familia(229). La mitad de los niños entre 2 y 17 años es víctima de algún tipo de violencia; cerca de 300 millones de niños entre 2 y 4 años, son

VIOLENCIA

OBJETIVO DE IMPACTO

Disminuir la prevalencia de violencias que afectan a las personas, familias y comunidades de manera diferenciada, según su género, curso de vida, etnia, nacionalidad, entre otros.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir los factores detonantes que mantienen la naturalización del ciclo de violencia en las personas, familias, comunidades.
- Mejorar el abordaje integral de la violencia desde la promoción, prevención e intervención en el sector salud.
- Disminuir la fragmentación y discontinuidad de las políticas de Estado para la prevención de la Violencia, desde el sector salud.

sometidos a castigos violentos por parte de sus cuidadores y se estima que 40.150 niños en el mundo fueron víctimas de homicidios en el año 2017(230). Uno de cada seis adultos mayores de 60 años ha sufrido algún tipo de abuso en el último año y solo el 4% de los casos se reporta(231).

Estrategias globales La OMS y otros nueve organismos internacionales diseñaron el proyecto INSPIRE, el cual consiste en siete estrategias para prevenir la violencia en niños, niñas y adolescentes (NNA), permitiendo reducir múltiples tipos de violencia y disminuir la probabilidad de que las personas cometan actos de violencia o se conviertan en víctimas. Las estrategias son las siguientes: 1) desarrollar relaciones seguras, estables y enriquecedoras entre los niños y sus padres y cuidadores; 2) desarrollar habilidades para la vida en niños y adolescentes; 3) reducir la disponibilidad y el uso del alcohol; 4) reducir el acceso a pistolas y cuchillos; 5) promover la igualdad de género para prevenir la violencia contra la mujer; 6) cambiar las normas culturales y sociales que apoyan la violencia; 7) diseñar programas de identificación, atención y apoyo a las víctimas(232). Existen estrategias multilaterales dirigidas específicamente a grupos vulnerables, como "Respeto a las Mujeres. Prevención de la violencia contra las mujeres"(233) o La prevención de la violencia juvenil: panorama general de la evidencia(234), o "Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia contra los niños 2020"(230); la década del envejecimiento saludable 2020-2030(235), La violencia y el acoso contra las personas con discapacidad en el mundo del trabajo(236). Todas ellas enfatizan en la necesidad de mejorar los sistemas de información disponibles para conocer la carga real del problema y el trabajo intersectorial para enfrentarlo.

Los objetivos de desarrollo sostenible para 2030 incluyen varias metas explícitas relacionadas con la violencia, como "reducir significativamente todas las formas de violencia y las correspondientes tasas de mortalidad en todo el mundo" (meta 16.1), "poner fin al maltrato, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños" (Meta 16.2), "eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación" (Meta 5.2), "eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina" (meta 5.3). Además incluye metas relacionada con la prevención de los distintos tipos de violencia, como disminución de la pobreza y la inequidad, limitar el acceso a alcohol y drogas, terminar con la inequidad de género, mejorar la salud mental, desarrollo infantil, acceso a servicios básicos y vivienda y garantizar el acceso a la justicia(105).

Situación nacional Según datos del Ministerio Público, entre los años 2016 y 2020 murieron 4.593 personas como consecuencia del delito de homicidio; la tasa aumentó de 4,2 a 5,7 por cada 100 mil habitantes en el período. Más del 80% de las víctimas fueron hombres entre los 18 y 59 años(237). En 2020, se identificaron 43 víctimas de femicidios consumados y 151 de femicidios frustrados en todo el país(238). Sin embargo, según la IV Encuesta de Violencia contra la mujer, el 22% de las mujeres chilenas señala haber sufrido violencia en los últimos 12 meses y, el 41%, ha sufrido algún episodio de su vida. Alarmante resulta el hecho de que las denuncias han disminuido respecto de la medición anterior (2017)(239). En cuanto a la violencia en la infancia, la Encuesta Longitudinal de Primera Infancia (ELPI) muestra que los índices de violencia contra los niños no han variado desde 2012 y siguen siendo altos: en 2017, el 62% de los padres o madres señala que utiliza métodos de disciplina violentos en la crianza sus hijos e hijas entre 5 y 12 años. En el espacio escolar, según la Encuesta Nacional de Violencia en el Ámbito Escolar del Ministerio del Interior de 2014, un 20% de las y los estudiantes reportan haber sido agredidos físicamente en sus establecimientos(240).

En cuanto a información disponible del Departamento de Estadísticas e Información e Información de Salud (DEIS), entre los años 2016 y 2020, se realizaron 405.799 atenciones en urgencia hospitalaria por violencia: 2% sexual, 21%

intrafamiliar y 77% otros tipos de violencia. Cabe destacar que el año 2019 es el que concentra la mayor cantidad de atenciones, sin embargo, hay que considerar el posible efecto que puede haber tenido la pandemia de COVID-19 en la búsqueda de atenciones.

En cuanto a los ingresos a urgencia hospitalaria por violencia intrafamiliar, el grupo más atendido es el de 25 a 34 años, existiendo además una concentración mayoritaria entre las mujeres de los 18 a 54 años. Cabe destacar que, en la medida que se desplazan hacia los grupos más extremos de edad, la distribución es dispar entre mujeres y hombres. Al agrupar las edades de las víctimas de Violencia Intra Familiar (VIF) se visualiza que el 89% es en mayores de 18 años y las menores de 17 años es el 15%. Cabe mencionar que se consideran las gestantes como grupo aparte.

Programas y políticas del país Chile ha realizado avances para poner fin a la violencia de género, especialmente en el plano legislativo, incorporando leyes como la de violencia intrafamiliar, tipificación del femicidio, acoso sexual, protección de personas en situación especial (adultos mayores, NNA menores de 18 y personas en situación de discapacidad) o la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. En 2016, se crea el Ministerio de la Mujer y equidad de Género, que incluye el trabajo de la violencia contra las mujeres, con instancias de prevención, tratamiento y acogida para mujeres en situación de violencia(241). En el sector salud, existen guías y orientaciones para la pesquisa y tratamiento de personas que han experimentado violencia doméstica y sexual, la norma general técnica para la atención de víctimas de violencia sexual(242); las Orientaciones técnicas "Detección, atención y primera respuesta en salud a personas víctimas de trata, tráfico ilícito de migrantes y explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes"(243); la Guía clínica: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores(244), entre otras. En relación con la violencia contra los niños, también se ha avanzado en el plano legislativo, recogiendo los principios de la Convención sobre los Derechos del Niño, que sancionan la violencia al interior de la familia y fuera de ella, en el sistema de salud y en el ámbito educativo. En 2017, se modificaron el Código Penal, la Ley de Violencia Intrafamiliar y el Código Procesal Penal ,sancionando con penas de cárcel el "maltrato relevante" y "trato degradante", contra cualquier NNA, en cualquier contexto (institucionales como residencias, centros de atención de salud, establecimientos educacionales, jardines infantiles, cuidadores, cónyuges o convivientes)(240). Junto con lo anterior, en el año 2018 se promulgó la ley 21.057 que regula entrevistas grabadas en video y, otras medidas de resguardo a menores de edad, víctimas de delitos sexuales. En cuanto a las personas mayores, en el año 2010, se promulgó la Ley 20.427 que introduce el Maltrato al Adulto Mayor en la Legislación Nacional, modificando la Ley 20.066. En cuanto a las personas con necesidades especiales, se promulgó la Ley 21.013(245), que tipifica un nuevo delito de maltrato y aumenta la protección de personas en situación especial.

Objetivo al 2030 Según el documento de evaluación de la ENS 2010-2020, se visualiza que, durante la última década, aumentó la proporción de mujeres que reportaron haber vivido violencia de género por parte de sus parejas o exparejas en los últimos 12 meses, implicando un retroceso en cuanto a la meta planteada para 2020 (ver documento "Evaluación de fin de periodo"). La violencia tiene su origen en problemas estructurales de la sociedad, por lo que su solución pasa necesariamente por el trabajo con otros sectores y las comunidades. Por ello se propone como objetivo de impacto para 2030 disminuir la prevalencia de violencias que afecta a las personas, familias y comunidades de manera diferenciada, según su género, curso de vida, etnia, nacionalidad, entre otros.

OBESIDAD

OBJETIVO DE IMPACTO

Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.
- Disminuir los entornos obesogénicos, respecto a la disponibilidad, acceso y exposición.
- Aumentar los entornos saludables, respecto a la disponibilidad, acceso y exposición.

Definición del problema de salud El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud y se mide en los adultos, a través del cálculo del índice de masa corporal (IMC), que es la relación entre el peso y la talla(246).

La obesidad está aumentando en el mundo y, con ello, las enfermedades no transmisibles asociadas, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, trastornos del aparato locomotor y algunos cánceres. De esta forma, y en especial los países de ingresos bajos y medianos, deben afrontar los problemas de la desnutrición y enfermedades infecciosas, a la vez de un rápido aumento del sobrepeso y la obesidad. Además, debido al menor costo de los alimentos ricos en grasa, azúcar y sal, los niños están muy expuestos a su consumo y, por tanto, a altos niveles de obesidad infantil, lo que se asocia a problemas respiratorios, hipertensión arterial y riesgo de fracturas, además de presentar marcadores de enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y daño psicológico. Esto en la adultez, conlleva un alto riesgo de obesidad, muerte prematura y discapacidad(247). Por todo esto, los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas, consideran la prevención y el control de la obesidad y enfermedades no transmisibles, una prioridad básica(248).

La causa fundamental de la obesidad se relaciona a la exposición a entornos obesogénicos, definidos como "el entorno que fomenta la ingesta calórica elevada y el sedentarismo". Para ello, se debe considerar "los alimentos disponibles, las oportunidades para realizar actividad física y, las normas sociales relativas a la alimentación y la actividad física"(249). El entorno alimentario se define como "el entorno físico, económico, político y sociocultural colectivo, las oportunidades y las condiciones que influyen en las elecciones de alimentos y bebidas y, el estado nutricional de las personas"(250). Los principales elementos que influyen en las elecciones alimentarias, la aceptabilidad de alimentos y dietas, son el acceso a los alimentos (cercanía y asequibilidad); promoción, publicidad e información y, la calidad e inocuidad de los alimentos(251). Es por esto que los países deben adoptar enfoques integrales que consideren una transformación profunda en los sistemas alimentarios(252). Sumado al mayor consumo de alimentos de alto contenido calórico y bajos en micronutrientes, está la falta de oportunidades para realizar actividad física regular debido a la escasez de políticas en las escuelas y ambientes laborales; lo que trae consigo, mayor cantidad de actividades sedentarias. De acuerdo con la OMS, la exposición a

televisión y otros dispositivos electrónicos (celular, tablets, etc.) se asocia a sedentarismo, malnutrición por exceso y falta de sueño(90). La pandemia de COVID-19, debido a las estrategias desarrolladas para mitigar sus efectos, ha traído cambios en el estilo de vida de las personas debido al confinamiento y distanciamiento físico; condiciones que han incrementado el problema de la obesidad, especialmente en los más vulnerables(253).

Situación epidemiológica en el mundo Desde 1975, la obesidad casi se ha triplicado en el mundo. Según estimaciones de la OMS, hay más de 1.900 millones de adultos con sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones son obesos; y entre los menores de 5 años, 41 millones tiene sobrepeso u obesidad. Respecto a los adolescentes, hay más de 340 millones de niños y adolescentes, entre 5 y 19 años con sobrepeso u obesidad. En África, donde la desnutrición caracterizaba a sus niños, el sobrepeso en menores de 5 años ha aumentado un 50% en los últimos 20 años y hoy, alrededor de la mitad de los menores de 5 años con sobrepeso u obesidad, vive en Asia(246). Aproximadamente el 45% de las muertes de menores de 5 años se relaciona con la desnutrición la que en su mayoría ocurre en países de bajos y medianos ingresos, pero, al mismo tiempo, están aumentando las tasas de sobrepeso y obesidad en la niñez(254)(255). La carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad por enfermedades no transmisibles, derivadas de la mala alimentación y escasa actividad física, está aumentando en los países en desarrollo(256).

La obesidad se ha caracterizado como una enfermedad de alto impacto económico para la salud pública, cuyos costos directos representan entre 0,7% a 2,8% de los gastos totales en materia de salud de los países(257).

Estrategias globales La "Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud", adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2004, describe medidas para respaldar las dietas sanas y la actividad física periódica. En la "Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel" de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (2011), se reconoce la importancia de reducir la dieta malsana y la inactividad física. En dicha Declaración, se asume el compromiso de promover la aplicación de la "Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud", introduciendo políticas y medidas destinadas a promover dietas sanas y a realizar actividad física a toda la población. El "Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020" de la OMS, tiene por objetivo cumplir los compromisos de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre las Enfermedades No Transmisibles. Este plan de acción contribuirá a avanzar en una serie de metas mundiales que deben alcanzarse a 2025, incluida una reducción relativa del 25% en la mortalidad prematura a causa de las enfermedades no transmisibles y una detención del aumento de la obesidad mundial. En 2012, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el "Plan de aplicación integral sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño", que pretende lograr la reducción del retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso infantil, la mejora de la lactancia materna, y la reducción de la anemia e insuficiencia ponderal del recién nacido, al 2025. En 2016, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó el "Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición 2016-2025", fijando un calendario para la de los compromisos de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición, y de las metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo sostenible. En 2018, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el 13º Programa General de Trabajo, que orienta la labor de la OMS entre 2019-2023. En éste, la reducción de la ingesta de sal y la supresión de las grasas trans de la producción industrial de alimentos, son parte de las medidas para alcanzar los objetivos de asegurar vidas sanas y promover el bienestar a todas las edades(246).

La OMS, en su "Informe de la Comisión para Acabar con la Obesidad Infantil"(248), y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el "Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en la Niñez y en la Adolescencia"(255), plantean como meta detener el aumento de la obesidad en niños, niñas y adolescentes, a través de un conjunto de acciones

que modifiquen el ambiente obesogénico(41) e incrementen la disponibilidad y el acceso a alimentos saludables y a recomendaciones específicas sobre la actividad física, el tiempo sedentario y el sueño. El Marco de Atención de la OMS(246) exige una atención integral que abarque la salud y la nutrición infantil que, necesariamente, se otorgue en todos los entornos donde los niños socializan, juegan, aprenden y crecen.

Alcance en el país La prevalencia de obesidad en nuestro país alcanza un 31,4% en población mayor o igual a 15 años y la malnutrición por exceso, es decir, sobrepeso, obesidad y obesidad severa, asciende a 75%. Esta última cifra en comparación a los países de la OECD, nos posiciona en 2° lugar dentro de las economías con peores índices en esta materia, superando a EE. UU(258).

Además, existe una desigualdad relevante en lo que respecta a la distribución de la obesidad transversalmente en grupos de la población, lo que se ve reflejado por ejemplo en que las mujeres son más propensas a ser obesas que los hombres y los grupos con menos años de estudio presentan prevalencias más altas en comparación a grupos de la población con más de ocho años de estudios cursado. Por lo tanto, es importante entender cómo estas y otras determinantes interactúan entre ellas en diferentes grupos de la población, para asegurar las intervenciones que tengan resultados exitosos(258). Este escenario, no es diferente en el grupo de niños y niñas menores a 6 años, pertenecientes al sistema público de salud, cuya prevalencia de obesidad, al año 2020, alcanzó un 12,42% y 23,24% de sobrepeso, es decir, un 35,66% de este grupo presenta malnutrición por exceso(259). Al analizar estos datos según zona geográfica, se observa que las prevalencias más altas de obesidad infantil se concentran en las regiones de Los Lagos, La Araucanía, Aysén y Los Ríos (17,92%, 15,93%, 15,66% y 15,49% respectivamente).

Por otra parte, y según resultados de la vigilancia nutricional de la población bajo control del sistema público de salud, el 38,1% de las gestantes presentan obesidad y un 31,44% sobrepeso(259), prevalencia que ha tenido un aumento sostenido en los últimos años. Además, este indicador cobra especial relevancia, dado el impacto que tiene para la salud futura de los niños y niñas.

Programas y políticas del país Frente a este marco, el Ministerio de Salud ha avanzado implementando diversas políticas públicas y programas, con el propósito de construir entornos más saludables, desde un enfoque de determinantes sociales de la salud y salud en todas las políticas.

Una de las políticas públicas implementadas en Chile más destacadas a nivel internacional, ha sido la Ley Sobre Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad(260), que ha permitido establecer la obligatoriedad de que los alimentos que superen determinadas concentraciones de nutrientes críticos (sodio, azúcares, grasas saturadas y calorías) deben llevar en la cara frontal del rótulo, los sellos de advertencia "altos en", teniendo prohibido además, realizar publicidad (en cualquier medio) dirigida a niños menores de 14 años y su venta al interior de establecimientos educacionales. Además, la Ley de Publicidad de los Alimentos (Ley 20.869) es una regulación que complementa la ley de alimentos en dos principales aspectos, limitando el horario de la publicidad de los alimentos "altos en" para televisión y cine entre las 06:00 y las 22:00 horas y, por otra línea, prohibiendo la publicidad de los sucedáneos de leche materna.

Además, en el año 2014, se establece el Impuesto Adicional a Bebidas Analcohólicas en el marco de la Reforma Tributaria (Ley 20.780), aumentando el impuesto específico a las bebidas azucaradas. En enero del año 2018, el Ministerio de Salud presenta la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (PAN), cuyo objetivo es establecer los principios orientadores para el desarrollo de iniciativas y estrategias para enfrentar los problemas relacionados con la

alimentación y nutrición en Chile. Posteriormente, el año 2019, entró en vigor la tercera etapa de la Ley de Alimentos, que aumenta las exigencias de reducción de nutrientes críticos de los alimentos(261). En 2013, se publicó la Ley N° 20.670, que crea el Sistema Elige Vivir Sano, destinado a generar hábitos y estilos de vida saludables, a cargo del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Dentro de los Programas, desde el área técnica de Promoción de la Salud, se trabaja en Planes Trienales de Promoción de la Salud, en el Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física para familias y la estrategia de Sistema de Reconocimiento -sellos elige vivir sano, los cuales apuntan a levantar intervenciones para construir entornos saludables y que las personas puedan adquirir estilos y hábitos de vida saludables, generando un impacto en establecimientos educacionales, lugares de trabajo y en el ámbito familiar generando condiciones, con medidas regulatorias locales, para que los hábitos saludables sean sostenibles y se reduzca el riesgo a enfermar y aumenten los entornos favorables para la salud.

Por otro lado, a nivel de los Centros de Salud de Atención Primaria, se dispone del Programa Elige Vida Sana, para disminuir la incidencia de factores de riesgo de Diabetes Mellitus II e Hipertensión Arterial, y que incorpora atención médica, nutricional, física y psicológica(262). En 2008, fue incorporada al régimen GES la pesquisa de factores de riesgo cardiovascular mediante el Examen de Medicina Preventiva, incorporando la medición del IMC(2).

Objetivo al 2030 El objetivo de impacto "Disminuir o mantener el porcentaje de obesidad en niños pertenecientes a establecimientos del sistema público de salud en 9,6%", medido a través del indicador "Prevalencia de obesidad en menores de 6 años pertenecientes al sistema de salud público de salud del país", mostró un retroceso en la década, alcanzando una prevalencia de 12,15%, donde la meta al 2020 era ≤9,6% (Ver documento "Evaluación de fin de periodo"). Para 2030, el objetivo perseguido es disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población debido a la preponderancia de hábitos y conductas poco saludables en la población y, un entorno obesogénico respecto a disponibilidad, acceso y exposición.

EJE 5: FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD

Antecedentes La transición demográfica y los cambios epidemiológicos asociados al envejecimiento, al aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, al aumento en la sobrevida de secuelas de enfermedades y lesiones graves, han relevado los conceptos de funcionamiento, discapacidad y dependencia. De acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), el término "Funcionamiento" abarca funciones, estructuras corporales, actividad y participación, y el término "Discapacidad" incluye deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación(263). La "Dependencia", según el Consejo de Europa, es la necesidad permanente de asistencia para las actividades de la vida cotidiana. De esta forma, el aumento en la esperanza de vida ha contribuido a un incremento de los años de vida ajustados por discapacidad (AVISA), especialmente en base al aumento de los años vividos con discapacidad (AVD), debido a que la ganancia en años de vida se asocia a un deterioro del funcionamiento y mayor discapacidad en la población, lo que conduce a una mayor dependencia. Esta nueva realidad genera la creciente necesidad del sector salud de proveer servicios de rehabilitación accesibles, asequibles, integrales, multidisciplinarios, incluyendo ayudas técnicas, centrados en la persona y sus necesidades a lo largo del curso de vida. La rehabilitación, ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la estrategia sanitaria clave para el siglo XXI, por su impacto en mantener o mejorar la independencia, la participación y mejorar la productividad económica y la calidad de vida de las personas que la requieren(264).

Situación epidemiológica en el mundo Hay importantes desigualdades en salud entre las personas con discapacidad en relación a las que no las sufren. Aproximadamente 1.000 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad (15% de la población mundial) y 190 millones de personas de 15 y más años, tienen dificultades importantes para funcionar y requieren servicios de asistencia. El 12% de la población de América Latina y el Caribe, vive con alguna discapacidad, equivalente a 66 millones de personas. Importantes causas de discapacidad y muerte son las cardiopatías, diabetes, accidentes cerebrovasculares, cáncer de pulmón y neumopatía obstructiva crónica, las que causaron, en 2019, 100 millones más de años de vida saludable perdidos en comparación con el 2000. También los traumatismos y el consumo de drogas son importantes causas de discapacidad y muerte(265). Respecto a la discapacidad en los niños, el Estudio de Carga Mundial de Morbilidad de la OMS, estima que hay 95 millones de niños con alguna discapacidad (5,1%), 13 millones de los cuales (0,7%) tienen "discapacidad grave"(266).

Estrategias globales Debido a la necesidad de mantener la independencia en este nuevo escenario de transición demográfica, la OMS incorporó el "Funcionamiento" como un indicador de impacto y solicita a los países fortalecer la entrega de servicios de rehabilitación para prevenir y limitar el deterioro de las capacidades (movilidad, cognición, respiración, visión, comunicación, entre otros), contribuyendo a disminuir el impacto sanitario, social y económico de las condiciones de salud, mejorando el bienestar de la población(264). Además, el programa de discapacidad de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), proporciona liderazgo y cooperación técnica a los Estados Miembros acerca de las necesidades e inclusión de las personas con discapacidad en los programas de salud pública(267).

Situación y políticas Chile La incorporación del módulo de capacidad a la ENS 2016-17, permitió evaluar el funcionamiento de las personas que presentan condiciones de salud utilizando la medición de la capacidad funcional. Los resultados indicaron que un 42,9% de la población mayor de 15 años presenta dificultades importantes en el

funcionamiento (alteración moderada y severa de la capacidad), siendo las más afectadas las personas mayores de 65 años y las mujeres. Los trastornos musculoesqueléticos, las enfermedades de los órganos de los sentidos (visuales y auditivas) y los desórdenes neurológicos, representan el mayor peso de los años vividos con discapacidad en el país. El Ministerio de Salud, comprometido en la planificación de estrategias que promuevan la esperanza de vida saludable, impulsó el primer "Plan Nacional de Rehabilitación" a 10 años, con el fin de ampliar, reforzar y garantizar los servicios de rehabilitación, asegurando oportunidad y calidad, previniendo las complicaciones de condiciones de salud existentes, reduciendo discapacidad y optimizando el funcionamiento, a toda la población lo necesite(264). Otras estrategias relevantes del Ministerio de Salud han sido la creación de Servicios de Medicina Física y Rehabilitación y de Unidades de Dolor Crónico no Oncológico; las Garantías Explícitas en Salud (GES) que abordan: Tratamiento quirúrgico de escoliosis en personas menores de 25 años; Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa; Ayudas técnicas para personas de 65 años y más; Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada y Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar; y el Programa de Rehabilitación Integral en la red de atención primaria, entre otras.

En el eje de Funcionamiento y Discapacidad se priorizaron los siguientes problemas: persona con dependencia severa, alteraciones músculo-esqueléticas, espectro autista, artritis reumatoidea, accidentes de tránsito, desarrollo psicomotor y enfermedades raras o poco frecuentes.

Definición del problema de salud La Dependencia corresponde a "cualquier disminución en las capacidades físicas, psíquicas o de relación con el entorno que implique la dependencia de terceras personas, para ejecutar actividades de la vida cotidiana (levantarse, lavarse, comer, alimentarse y deambular al interior del hogar, etc.) de cualquier grupo etario". Según la Ley 20.422 es "El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de una o más deficiencias de causa física, mental o sensorial, ligadas a la falta o pérdida de autonomía, requieren de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades esenciales de la vida."

Por otro lado, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, refiere que las personas con "Discapacidad" son "aquellas personas que tienen deficiencias físicas, mentales intelectuales o sensoriales de largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás". Es así que la discapacidad se origina en la interacción de la condición de salud de la persona con su ambiente y la dependencia genera una especificación de la discapacidad (habitualmente severa)(268).

El Estudio Nacional de Discapacidad (ENDISC) II se refiere a las personas en situación de dependencia funcional como aquellas que, considerando su capacidad mental, física y/o de movilidad, requieren apoyo de un tercero para realizar ciertas tareas. La dependencia funcional, no tiene necesariamente una relación lineal con la edad, ya que tiene una alta prevalencia en jóvenes de 18 a 29 años, aunque la severidad de la dependencia funcional sí sigue una tendencia creciente con la edad. Además, a medida que aumenta la edad hay una mayor prevalencia de personas con discapacidad y dependencia funcional (ENDISC 2015).

Desde la perspectiva de salud, la dependencia ha sido catalogada utilizando la escala de Barthel, que entrega una clasificación por severidad. Para efectos de los programas de apoyo sociales y de salud, es la dependencia severa la que ha concentrado los apoyos estatales, debido al impacto económico y social que provoca sobre la persona y su familia.

Situación epidemiológica en el mundo Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), al año 2050, un 22% de la población corresponderá a personas de 60 años y más, superando los 2.000 millones de personas, donde el grupo etario de 80 años y más

DEPENDENCIA SEVERA

OBJETIVO DE IMPACTO

Disminuir la prevalencia de dependencia severa en la población nacional en todo el curso de vida.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar la oferta de servicios adecuados de cuidados integrales para personas con dependencia severa.
- Disminuir la progresión de los niveles de dependencia.
- Preservar y aumentar la funcionalidad en la población.

muestra una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y dependencia funcional, además de mayores niveles de aislamiento social, percepción de falta de apoyo social y mayores niveles de depresión y ansiedad. El crecimiento de este grupo de edad supone un desafío para las políticas de protección social y salud. Más de mil millones de personas viven con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento.

Estrategias globales La OMS promueve un envejecimiento saludable basado en la capacidad funcional, plasmado en el "Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, 2015"(269). En 2018, lanzó el "Manual para el abordaje de cuidados integrados para las Personas Mayores" (ICOPE, por sus siglas en inglés), donde señala que la salud y el bienestar expresadas por la capacidad funcional, puede ser optimizada cuando los sectores de salud y social se integran para responder a las necesidades de éstas. El "Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025", permite ejecutar la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 y, por lo tanto, alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud en la Región de las Américas; en especial, el indicador de impacto 8 que se refiere a la proporción de personas mayores de 65 años que dependen de cuidados, estableciendo una línea base de 8% y una meta al 2025, de 6,5%.

Alcance en el país De acuerdo al ENDISC 2015 (264), el 16,7% de las personas de dos y más años vive con discapacidad, proporción que aumenta a medida que avanza la edad. El 8% de la población adulta se encuentra en situación de dependencia funcional y discapacidad. Además, el 40% de las personas con discapacidad se encuentra en situación de dependencia funcional y, la mayoría, se concentra en las personas con discapacidad severa. El 41,2% de las Personas con discapacidad cuenta con asistencia personal para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y los cuidadores de la población adulta con discapacidad son principalmente mujeres (73,9%). El porcentaje de personas con dependencia disminuye a medida que aumentan los quintiles de ingreso y, los hogares con personas con discapacidad y dependencia se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad financiera.

Según la CASEN 2017(270), el 14,2% de los mayores de 60 años presenta algún grado de dependencia funcional. Con el envejecimiento, las probabilidades de ser dependiente en términos funcionales aumentan, y casi un 40% de las personas mayores de 80 años tienen algún grado de dependencia. Según los registros de atención domiciliaria por Dependencia Severa en la Atención Primaria en Salud (APS), el grupo de menores de 15 años alcanzó la cifra de 1.826 y el grupo entre 15 a 64 años, 12.111 en 2020. Al comparar la frecuencia de dependencia severa del total de personas dependientes, la cifra es similar en los grupos de 15-19 años y de 90-94 años (cercana a un 65%), por lo que deben ser considerados al momento de planificar las estrategias.

La Encuesta Nacional de Salud 2016-17 reveló que el 42,9% de la población de 15 y más años, presenta una alteración moderada-severa de la capacidad (33,5% hombres y 51,7% mujeres); la alteración moderada y severa afecta significativamente más a las mujeres, a las personas con menos escolaridad y a las edades más avanzadas.

Programas y políticas del país La ley Nº 20.422 de 2010, establece normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y define organismos que apoyan la inclusión social de las personas con discapacidad: Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), Comité de Ministros y Consejo Consultivo de la Discapacidad. Desde salud, la ley Nº 19.966 establece el Régimen General de Garantías en Salud (GES) que, dentro de las 85 condiciones de salud con garantías de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, incluye el problema Nº 36: Ayudas técnicas para personas de 65 años y más. Existen estrategias en el ámbito preventivo promocional, como el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes (APS) y el Programa Chile Crece Contigo, y, en el ámbito de

tratamiento, el Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa (APS), que entrega atención Integral de salud en el entorno familiar mediante acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; y el Programa de Rehabilitación Integral en APS.

Objetivo al 2030 Para la década 2011-2020, los objetivos de impacto comprometidos fueron: "Disminuir la media de discapacidad", medido a través del promedio de puntaje de discapacidad, y "Mejorar el estado funcional de los adultos mayores", medido a través de la media de puntaje de discapacidad en población de 65 a 80 años, ambos no evaluables, debido al cambio conceptual de discapacidad que implica una nueva metodología de cálculo (ver documento" Evaluación de fin de periodo"). Para 2030, el objetivo de impacto comprometido es disminuir la prevalencia de dependencia severa en la población nacional en todo el curso de vida. Se plantea debido a la disminución de la capacidad funcional, progresión en los niveles de dependencia por baja cobertura de intervenciones oportunas de rehabilitación y escasa oferta de servicios adecuados de cuidados integrales para personas con dependencia y la falta de políticas y planes con enfoques preventivos y promocionales, para prevenir o disminuir la progresión de la dependencia en las etapas tempranas del curso de vida.

ALTERACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS

OBJETIVO DE IMPACTO

Disminuir la prevalencia e incidencia de Alteraciones Musculoesqueléticas, que genera dolor crónico y/o alteraciones funcionales en población nacional.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar la pesquisa oportuna de Alteraciones Musculoesqueléticas en Niños, Niñas y Adolescentes.
- Aumentar la cobertura de intervenciones en prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación de Alteraciones Musculoesqueléticas, en los diferentes niveles de atención.
- Aumentar la percepción de riesgo de la población en torno a las Alteraciones Musculoesqueléticas.
- Fomentar estilos de vida saludable y disminuir la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.
- Disminuir la carga psicosocial, ambiental, física y mental de la población trabajadora.

Definición del problema de salud Los trastornos musculoesqueléticos comprenden más de 150 trastornos que afectan el sistema musculoesquelético y abarcan desde alteraciones repentinas y de corta duración, como fracturas, esguinces y distensiones, a condiciones crónicas que repercuten negativamente en el funcionamiento y pueden causar incapacidad permanente. Estas alteraciones musculoesqueléticas (AME) se manifiestan con dolor, el cual puede ser agudo o crónico si se mantiene más de tres meses, y otras alteraciones como limitación de la movilidad, afectando las destrezas y el nivel general de funcionamiento, lo que reduce la capacidad de las personas para realizar distintas actividades, como trabajar, estudiar, o incluso cuidar de sí mismas(271). Las AME son el factor que más contribuye a la necesidad de servicios de rehabilitación entre los niños y representan aproximadamente dos tercios de las necesidades de rehabilitación en adultos. Los trastornos musculoesqueléticos son la principal causa de discapacidad en todo el mundo, siendo el dolor lumbar la causa más frecuente. La discapacidad generada por alteraciones musculoesqueléticas está aumentando y se proyecta que continúe este aumento durante las siguientes décadas(272).

Situación epidemiológica en el mundo Se estima que 1.710 millones de personas en el mundo sufren de AME, con una prevalencia total de 20%. Los países de ingresos altos son los más afectados con 441 millones de personas, seguidos de los países de la Región del Pacífico Occidental con 427 millones y la Región de Asia Sudoriental, con 369 millones. Estos trastornos son también los que más contribuyen a los años vividos con discapacidad (AVD), ya que representan aproximadamente 149 millones de AVD, lo que equivale al 17% de todos los AVD a nivel mundial. Además, las AME equivalen al 5,9% del total de años de vida ajustados por discapacidad (AVISA) a nivel global. El dolor lumbar es la principal afección que contribuye a la carga de AME, también las fracturas, artrosis, otros traumatismos, dolor cervical, amputaciones y artritis reumatoide. La jubilación anticipada debida a estos trastornos genera un alto impacto, debido a costos directos (atención de salud) e indirectos (pérdida de productividad). Además, las AME se asocian a un deterioro importante de las capacidades funcionales y la salud mental. Se estima que hay más de 1.600 millones de personas en edad productiva, que tienen alguna condición que se beneficiaría de la rehabilitación, donde los trastornos musculoesqueléticos corresponden a aproximadamente dos tercios(273). En algunos países de ingresos bajos y medios, más del 50% de las personas no recibe los servicios de rehabilitación que precisan(272).

Estrategias globales En 2017, la OMS puso en marcha la iniciativa "Rehabilitación 2030", para destacar la importancia de fortalecer los sistemas de salud para proporcionar servicios de rehabilitación y enfatiza en que la rehabilitación debe estar disponible para toda la población y en todas las etapas de la vida, los esfuerzos por fortalecer la rehabilitación deben orientarse a apoyar los sistemas de salud en su conjunto e integrar la rehabilitación en todos los niveles de la atención de salud y que la rehabilitación es un servicio de salud esencial y crucial para lograr la cobertura universal de salud. Esta iniciativa se puso en marcha porque muchos países no están preparados para responder a las necesidades de rehabilitación existentes y no cuentan con recursos suficientes.

La OMS también está elaborando un conjunto de intervenciones de rehabilitación prioritarias y basadas en evidencia y los recursos necesarios para llevarlas a cabo. Además, este organismo tiene previsto celebrar una reunión de partes interesadas sobre las AME a comienzos de 2022, con el fin de planificar una respuesta más concreta para fortalecer los servicios de rehabilitación musculoesquelética en los países e identificar barreras y facilitadores para el avance de la agenda mundial de rehabilitación(272). La nueva revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), que comienza a regir el año 2022, incorpora al dolor crónico como una enfermedad, clasificándose en dolor crónico primario y síndromes de dolor crónico secundario; hay que recordar que, de todas las causas de dolor crónico, el dolor por AME representa casi el 70%(271).

Alcance en el país La prevalencia de AME en Chile, en 2019, era de 29,1% y la incidencia de 4.179 en 100.000 habitantes. El 10,9% del total de AVISA corresponde a las alteraciones musculoesqueléticas y representan el 22,3% de los años vividos con discapacidad (AVD) nacional por todas las causas(36). De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud 2016-17, la prevalencia de síntomas musculoesqueléticos en los últimos siete días fue de 28,6%, mayor en mujeres, a mayor edad y a menor escolaridad(264). Según datos de la Superintendencia de Seguridad Social, el 54% de las Enfermedades Profesionales Calificadas corresponden a mujeres. En hombres, las patologías musculoesqueléticas representan un 26%, mientras que en mujeres corresponden a un 5% en el ámbito laboral. Las mujeres son las más afectadas por los dolores permanentes, lo cual se observa en todas las ocupaciones, y en los hombres se concentran en los oficiales operarios y operadores de maquinarias(274). El primer estudio nacional de prevalencia del dolor crónico realizado por la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos en 2014, mostró una prevalencia de 32%, mayor en el grupo etario entre 50 y 64 años. El dolor moderado a severo corresponde al 85% y, principalmente musculoesquelético (65%), dentro de las cuáles el lumbago y la artrosis son las causas más frecuentes. El costo del dolor crónico musculoesquelético de seis patologías corresponde al 0,42% del Producto Geográfico Bruto (PGB). El dolor crónico debe ser considerado como un problema prioritario de salud pública en Chile(275).

Programas y políticas del país Existen numerosas normativas relacionadas a las enfermedades profesionales que incluyen AME: Ley Nº 16.744 (1968), que declara la obligatoriedad de un seguro social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales; Norma Técnica de Identificación y Evaluación de Factores de Riesgo de Trastornos Musculoesqueléticos Relacionados con el Trabajo (TMERT), MINSAL 2012; Protocolo de Vigilancia para Trabajadores Expuestos a Factores de Riesgo de Trastornos Musculoesqueléticos de Extremidades Superiores Relacionados con el Trabajo, MINSAL 2012 y la Guía Técnica para la Evaluación y Control de Riesgos Asociados al Manejo o Manipulación Manual de Carga, MINTRAB 2018. Además, hay una serie de Garantías Explícitas en Salud (GES), que abordan este tipo de afecciones: Tratamiento quirúrgico de escoliosis en personas menores de 25 años; Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más, con artrosis de cadera con limitación funcional severa; Ayudas técnicas para personas de 65 años y más; Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada y Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar. Estrategias

relevantes del Ministerio de Salud han sido la creación de Servicios de Medicina Física y Rehabilitación y de Unidades de Dolor Crónico no Oncológico; además del Programa de Rehabilitación Integral en APS, cuyo propósito es aumentar la cobertura de rehabilitación, la promoción y la prevención de los problemas de salud física y sensorial en la red de atención primaria.

Objetivo al 2030 Para la década anterior, no hay objetivos comprometidos en este tema. Para 2030, el objetivo de impacto comprometido es disminuir la prevalencia e incidencia de Alteraciones Musculoesqueléticas, que genera dolor crónico y/o alteraciones funcionales en la población nacional. Se plantea debido a la pesquisa tardía de AME en niños, niñas y adolescentes; baja cobertura de intervenciones oportunas en los diferentes niveles de atención en los ámbitos de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación; baja percepción de riesgo de la población en AME; estilos de vida no saludables (alimentación, inactividad física) y enfermedades crónicas no transmisibles y, la alta carga organizacional /psicosocial, ambiental, física y mental.

Definición del problema de salud Se entenderá por "persona en el espectro autista" a quien presenta una diferencia o diversidad en el neurodesarrollo típico, que se manifiesta en dificultades en la iniciación, reciprocidad y mantención de la interacción y comunicación social al enfrentarse a los diferentes entornos, así como también por la presencia de intereses intensos y repetitivos, adherencia a rutinas y conductas que pueden llegar a ser disruptivas en algunos contextos. El espectro de afectación en estas áreas es tan amplio y variable, que el concepto de "persona en el espectro autista" implica dificultad muy variable de individuo a individuo, y por lo tanto estas características configurarán un trastorno sólo cuando ellas generen un impacto funcional significativo a nivel familiar, social, educativo, ocupacional o de otras áreas. El espectro autista comienza en la niñez y tiende a persistir hasta la adolescencia y la edad adulta. Las personas en el espectro autista, a menudo, tienen otras afecciones que incluyen epilepsia, depresión, ansiedad y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). El nivel de funcionamiento intelectual en personas del espectro autista es extremadamente variable y se extiende desde un deterioro profundo a niveles intelectuales normales a altos. Si bien algunas personas pueden vivir de forma independiente, otras tienen discapacidades graves y necesitan atención y apoyo de por vida. Las personas con esta condición suelen sufrir estigmatización, discriminación y violaciones de los derechos humanos. Una vez identificados/as los niños y las niñas y sus familias, deben recibir información relevante, servicios, referencias y apoyo práctico de acuerdo a sus necesidades individuales. Las intervenciones psicosociales, como el tratamiento conductual y los programas de capacitación en habilidades para padres y cuidadores, pueden reducir las dificultades en la comunicación y el comportamiento social, con un impacto positivo en el bienestar y la calidad de vida de la persona. Las necesidades de atención médica de las personas en el espectro autista son complejas y requieren una gama de servicios integrados, incluida la promoción, atención y rehabilitación, en conjunto con otros sectores como educación y empleo(276). Los costos directos e indirectos del cuidado de personas con trastorno del espectro autista (TEA) en Estados Unidos en 2015 se estimaron en $ 268 mil millones de dólares; el costo de vida de educación, salud y otras necesidades de servicios para una persona con TEA oscila entre $ 1.4 – $ 2.4 millones de dólares(277). Las necesidades en salud, educativas y sociales de las personas y sus familias constituyen un área de necesidad crítica de recursos, investigación y educación profesional.

ESPECTRO AUTISTA

OBJETIVO DE IMPACTO

Promover el desarrollo integral y calidad de vida de las personas en el espectro autista y sus familias a lo largo del curso de vida.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la detección oportuna, atención integral y continuidad de los cuidados con enfoque de equidad.
- Aumentar la continuidad de los apoyos y contextos inclusivos a lo largo del curso de vida.
- Generar acciones de concientización y educación sobre el Espectro Autista.

Situación epidemiológica en el mundo La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, en el mundo, uno de cada 160 niños y adolescentes (0,63%) tiene un TEA. Esta estimación representa un valor promedio y la prevalencia informada varía sustancialmente entre estudios. Hasta ahora se desconoce la prevalencia de los TEA en muchos países de ingresos bajos y medianos. Según los estudios epidemiológicos llevados a cabo durante los últimos 50 años, la prevalencia de TEA parece estar aumentando a nivel mundial, lo que se explicaría por una mayor conciencia sobre el tema, criterios de diagnóstico ampliados, mejores herramientas de diagnóstico y mejores informes(276). En 2021, los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) señalaron que aproximadamente 1 de cada 44 niños en los EE. UU. es diagnosticado con un TEA (1 de cada 27 niños y 1 de cada 116 niñas). La mayoría de los niños sigue siendo diagnosticado después de los 4 años, aunque el espectro autista se puede diagnosticar de manera confiable desde los 2 años. El 31% de los niños con TEA tiene una discapacidad intelectual (cociente intelectual <70), el 25% se encuentra en el rango límite (CI 71-85) y el 44% tiene puntajes de CI en el rango promedio o superior al promedio (es decir, CI> 85). El espectro autista puede incluir a todos los grupos étnicos y socioeconómicos, pero los grupos minoritarios tienden a ser diagnosticados más tarde y menos frecuentemente. El TEA no solo se diagnostica en niños, si bien es más fácil de pesquisar y diagnosticar en este período, éste se mantiene durante todas las etapas de la vida. La prevalencia en adultos se estima en un 1%(277).

Estrategias globales En 2014, la 67ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución "Esfuerzos integrales y coordinados para el tratamiento de los trastornos del espectro autista", que insta al fortalecimiento de las capacidades nacionales para abordar el TEA y otros problemas del desarrollo. Los esfuerzos se orientan a fortalecer el compromiso de ampliar la discusión internacional sobre el autismo; orientar la creación de políticas y planes de acción que aborden las necesidades de las personas en el espectro autista dentro del marco más amplio de salud mental y discapacidades; desarrollar evidencia sobre estrategias efectivas para la evaluación y el tratamiento de los TEA y otros problemas del desarrollo(276). Recientemente, la OMS actualizó la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) y recoge el término único de "Trastorno del Espectro del Autismo", englobando en esta categoría al Autismo, el Síndrome de Asperger, el Trastorno Desintegrativo Infantil y Otros trastornos generalizados del desarrollo, no especificados; CIE-11 que entra en vigor en enero de 2022. Argentina y España han desarrollado estrategias para el diagnóstico, atención, intervención y seguimiento de las personas con TEA. El primero, ha buscado regular la problemática, a través de leyes y sus respectivos reglamentos, elaborado el documento "Consenso sobre diagnóstico y tratamiento de personas con Trastorno del Espectro Autista" y, el segundo, ha desarrollado consensos nacionales, que han dado origen a una "Estrategia Nacional de abordaje del TEA", consensuada entre el Gobierno y las tres entidades estatales que representan a las personas con TEA en España(278).

Alcance en el país En Chile, desde la publicación de la Guía de Práctica Clínica, Detención y Diagnóstico Oportuno de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) del MINSAL 2011, existe un registro del diagnóstico, a través de la clasificación del trastorno generalizado del desarrollo (CIE 10) el que a partir del año 2020 está diferenciado por tipo de trastorno. No obstante, hasta la fecha no se cuenta con un estudio a gran escala que muestre la prevalencia en nuestro país. Al utilizar la prevalencia estimada de la OMS de 0,63%, la cantidad de personas con diagnóstico de TEA en Chile es de aproximadamente 19.000 niños y adolescentes. Si se incluye a la familia de estos niños y adolescentes, el TEA es parte de la vida diaria 75.000 personas(278). Según estimaciones del MINSAL 2021, en base al Censo 2017 y una prevalencia estimada de 1,2%, habría un total de 58.208 personas menores de 20 años con TEA y, según registros del MINEDUC, en 2020 hubo 14.237 estudiantes matriculados con TEA[10].

10. Mesa técnica Estrategia Nacional de Salud 2021

Programas y políticas del país El marco normativo está dado por la Convención sobre los Derechos del Niño (Decreto 830/1990), que reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho, e indica que los Estados deben garantizar y proteger el derecho intrínseco a la vida, así como a su supervivencia y máximo desarrollo; la ley Nº 20.969 que establece el día Nacional de la Concienciación del Autismo y del Asperger y la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley Nº 20.422 que establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad. A nivel intersectorial, el MINEDUC ofrece intervenciones a niños con necesidades especiales a través del Proyecto de Integración Escolar (PIE) y escuelas especiales de acuerdo con lo establecido en la Ley N°20.370, el Decreto N°170 y Decreto N°83. El sector salud entrega acciones en APS y especialidades dirigidas a niños y niñas en el espectro autista orientadas a la detección, diagnóstico e intervención, pero existe una latencia de 2 años desde que se sospecha y se realiza el diagnóstico médico de TEA, así como también una brecha importante para un abordaje multidisciplinar y acorde a las necesidades de las personas.

Objetivo al 2030 Para la década anterior no hay objetivos comprometidos en este tema. Para 2030, el objetivo de impacto comprometido es promover el desarrollo integral y calidad de vida de las personas en el espectro autista y sus familias, a lo largo del curso de vida. Se plantea debido a la escasez de profesionales capacitados para detección temprana y atención integral en todos los niveles de atención, existencia de prejuicios y estereotipos sobre el espectro autista, inexistencia de política intersectorial sobre neuro-diversidad e inclusión, escaso consenso respecto a conceptos sobre el EA, inexistencia de registros, condiciones reducidas de acceso a oportunidades y servicios, escasa oferta especializada en la red de atención, baja sospecha diagnóstica, limitada continuidad de cuidados a los largo del curso de vida, escaso apoyo a la transición a la vida adulta y escasa orientación y acompañamiento a las familias.

ARTRITIS REUMATOIDE

OBJETIVO DE IMPACTO

Mantener la indemnidad y propiciar la ganancia funcional en personas con Artritis reumatoidea.

RESULTADOS ESPERADOS

- Fortalecer el manejo integral de la Artritis reumatoidea
- Facilitar el acceso al plan de cuidado con el máximo. estándar a personas con Artritis reumatoidea.
- Fomentar la sensibilización de la sociedad en torno a la Artritis reumatoidea.
- Incrementar la oferta de acciones y/o actividades preventivas.
- Abordar el dolor crónico no oncológico asociado a AR como un problema de salud pública.

Definición del problema de salud La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica, crónica, potencialmente incapacitante, auto-immune de etiología desconocida, asociada con altos costos directos e indirectos, mala calidad de vida y muerte prematura. Se caracteriza por inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones y, potencialmente, compromiso sistémico extra-articular durante su evolución. Es más frecuente en mujeres en una relación de 3 a 1. El dolor es crónico, lo que ocasiona que aproximadamente un tercio de los pacientes dejen de trabajar a los dos años del inicio de la enfermedad. Después de 10 años el 30% sufre discapacidad severa y sin tratamiento, la esperanza de vida se reduce(279). Las causas más comunes de muerte en AR son por enfermedad cardiovascular (40%), infecciones (2%), enfermedad renal (1,1%), entre otras(280). Tratar la inflamación al inicio de la enfermedad, puede lograr una importante mejoría y, en ocasiones, logra la remisión clínica en articulaciones y otros componentes del sistema músculo esquelético afectados(279).

Situación epidemiológica en el mundo La AR está ampliamente distribuida en el mundo, con una prevalencia estimada por la OMS de entre 1 y 1,5 % de la población mundial(281). Respecto de los años de vida ajustados por discapacidad (AVISA), la AR corresponde al 0,13% del total de AVISA(282). Se estima que el gasto médico directo anual de padecer artritis reumatoide, a nivel mundial, es de $5,944 USD. Elevado costo funda una razón importante para dedicar esfuerzos al diagnóstico y tratamiento oportuno de esta enfermedad(283).

Estrategias globales La primera organización dedicada a combatir las enfermedades reumáticas fue la Liga Internacional contra el Reumatismo (ILAR), fundada en 1928. Posteriormente, surgió la idea de una liga regional de ILAR, dando origen a la Liga Panamericana de Asociaciones de Reumatología (PANLAR), fundada en 1944. PANLAR integra a las sociedades científicas de reumatología, profesionales de la salud relacionados con afecciones reumáticas y agrupaciones de pacientes reumáticos de todos los países de América. Su misión es estimular, promover y apoyar la investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones reumáticas con el propósito de fomentar el desarrollo de una reumatología de excelencia en las Américas.

Alcance en el país En Chile, se estima una prevalencia poblacional de 0,46%, es decir, aproximadamente 80.000 personas conviven con esta patología. En el último estudio de carga enfermedad realizado

en Chile en 2007, la artritis reumatoide se encuentra entre los 25 primeros problemas de salud en mujeres, como causa de AVISA en el grupo de edad entre 45 y 74 años(279). De acuerdo con el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) 2019, la AR corresponde al 0,32% de los AVISA en nuestro país, con 6.709.221,6 años de vida perdidos debido a enfermedad, discapacidad o muerte prematura(36). Según resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, la sospecha en población adulta con tamizaje positivo es de 3,7% (4,1% en mujeres y 2,8% en hombres)(45).

Programas y políticas del país La AR se encuentra incluida entre las patologías GES (Ley N° 19.966), donde el tratamiento está garantizado desde la confirmación diagnóstica. Además, la Artritis Reumatoide activa refractaria a tratamiento habitual, se encuentra contemplada en la Ley 20.850, para el otorgamiento de las prestaciones que cuentan con el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo (Ley Ricarte Soto(201)).

Objetivo al 2030 Para la década anterior, no hay objetivos comprometidos en este tema. Para 2030, el objetivo de impacto comprometido es mantener la indemnidad y propiciar la ganancia funcional en personas con Artritis reumatoidea.

ACCIDENTES DEL TRÁNSITO

OBJETIVO DE IMPACTO

Disminuir la tasa de morbimortalidad por accidentes de tránsito en la población nacional.

RESULTADOS ESPERADOS

- Promover la adopción de conductas prudentes de tránsito vial.
- Contar con un sistema de rescate fortalecido, eficiente y oportuno, ocurrido un siniestro.
- Contar con un acceso oportuno, efectivo y eficaz a prestaciones de salud para la atención integral y oportuna del paciente.
- Fortalecer la coordinación institucional, intra y extra sistema.

Definición del problema de salud La gran mayoría de las muertes y las lesiones graves por accidentes de tránsito se pueden prevenir. Sin embargo, a pesar de los logros alcanzados, siguen siendo un importante problema de salud pública con consecuencias sociales y económicas. Pero también es un problema de equidad social, ya que afecta con mayor frecuencia a las personas más pobres y vulnerables, como peatones, ciclistas, usuarios de vehículos motorizados de dos y tres ruedas y pasajeros de transporte público inseguro. La seguridad vial requiere, por lo tanto, abordar el acceso equitativo a la movilidad y promover modos de transporte sostenibles y seguros. Los factores de riesgo más relevantes para la ocurrencia de accidentes del tránsito son el exceso de velocidad, la conducción bajo los efectos del alcohol y otras sustancias psicoactivas, el no uso de cascos de motocicleta, cinturones de seguridad y sistemas de retención infantil, la distracción a la hora de manejar, por ejemplo, con el uso de teléfonos móviles, los vehículos e infraestructura vial insegura, la atención médica post-accidente inoportuna y la falta de cumplimiento de las leyes del tránsito.

Situación epidemiológica en el mundo Las muertes por accidentes de tránsito en el mundo se mantienen inaceptablemente altas. Anualmente, mueren 1,3 millones de personas por esta causa. En los últimos años, se ha observado una leve disminución en la tasa de mortalidad, llegando en 2016 a 18,2 por 100.000 hab. es la 8ª causa de muerte en todas las edades, y la primera entre los 5 y 29 años(284). Si bien la situación no ha empeorado, no se alcanzó la meta fijada en los ODS (meta 3.6)(105) de reducir a la mitad las muertes por accidentes de tránsito a 2020. Más del 90% de las muertes ocurre en países de ingresos medios y bajos, siendo que estos tienen aproximadamente el 60% de los vehículos a nivel mundial(285). Los peatones y ciclistas representan el 26% de todas las muertes, los que utilizan vehículos motorizados de 2 y 3 ruedas el 28% y los ocupantes de automóviles el 29%; el 17% restante es desconocido(284). Las muertes, sin embargo, son la punta del Iceberg; se estima que entre 20 y 50 millones de personas sufren lesiones severas por accidentes de tránsito. Esta situación causa pérdidas económicas considerables a las personas, sus familias y los países, debidas a los costos del tratamiento, la pérdida de productividad por muertes y discapacidad, así como el tiempo de familiares que tienen que cuidar a los heridos. Los accidentes de tráfico cuestan a la mayoría de los países el 3% de su producto interior bruto (285).

Estrategias globales En la década pasada, se logró incluir la seguridad vial en la agenda mundial de salud y desarrollo, se buscaron

estrategias que contaran con evidencia sobre su efectividad, se fortalecieron alianzas y redes y se movilizaron recursos. Aun así, no se alcanzó la meta de los ODS de bajar la mortalidad en un 50% en 2020(286). Para 2030, la Organización de Naciones Unidas propone como meta reducir las muertes y los traumatismos causados por el tránsito en, al menos, un 50%. En la resolución de la asamblea mundial de UN, se reconoce que son los gobiernos los principales responsables de proporcionar las condiciones y servicios básicos para abordar la seguridad vial. Se enfatiza la necesidad de promover un enfoque integrado para enfrentar el problema, buscar soluciones de seguridad sostenibles a largo plazo y fortalecer colaboración intersectorial nacional, incluyendo a organizaciones no gubernamentales, a la sociedad civil, al mundo académico, a los medios de comunicación, así como a empresas e industrias(287). El plan mundial para la seguridad vial resalta la necesidad de mejorar el diseño de calles y carreteras, la seguridad de vehículos, las leyes y su aplicación, garantizar una atención de emergencia oportuna y eficaz, así como asegurar que caminar, andar en bicicleta y utilizar el transporte público sea seguro, ya que también son modos de transporte más saludables y ecológicos. Señala que es necesario prestar especial atención a la seguridad de los usuarios de la carretera más vulnerables, como peatones, ciclistas, motociclistas y usuarios del transporte público(286)(288).

Situación nacional En 2019, murieron en Chile 1.617 personas por accidentes de tránsito. En los últimos 10 años (2009-2019), la mortalidad ha descendido de 12,4 a 8,5 por 100.000 habitantes, a pesar del crecimiento del parque automotriz, que aumentó en un 82% en dicho período. La siniestralidad subió de 334 siniestros por 100.000 habitantes en 2009 a 470 en 2019. Ese año, el número de lesionados llegó a 57.749, de los cuales el 80% fue leve, el 13% fue grave y el 7% restante, menos grave(289). El número de fallecidos por 100 accidentes, en cambio, bajó de 2,7 a 1,8 en el período. En cuanto a las causas de muertes en accidentes de tránsito durante la última década, la primera causa fue la velocidad y pérdida de control del vehículo (29%), seguido por la imprudencia del conductor (25%), la imprudencia del peatón (23%) y alcohol en el conductor (10%). Los conductores y los peatones son los grupos que concentran la mayor proporción de muertes, con 51% y 27% respectivamente. En 2019, los accidentes de tránsito tuvieron un costo de 2,2% de PIB, más de US$ 5.409 millones de dólares(290).

Programas y políticas del país Desde que se estableciera la primera Política Nacional de Seguridad de Tránsito en 1993, se han implementado una serie de estrategias para aumentar los estándares de seguridad vial, promover la prevención y disminuir las elevadas tasas de siniestralidad. Entre estas medidas están el aumento de las exigencias de seguridad en los vehículos, la obligatoriedad del uso del cinturón de seguridad, tanto en vehículos particulares como en buses interurbanos, obligatoriedad de uso de casco para ciclistas y motociclistas, obligatoriedad de sistemas de retención infantil hasta los 9 años, educación vial en las escuelas, ley Emilia y Ley de tolerancia cero de alcohol, reducción de velocidad máxima a 50 km/h en zonas urbanas, entre otras. En 2021, se publicó la Estrategia Nacional de Seguridad del Tránsito 2021-2030, formulada por la Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito e integrada por los Ministerios del Interior y Seguridad Pública, Secretaría General de la Presidencia, Secretaría General de Gobierno, Educación, Justicia y Derechos Humanos, Trabajo y Previsión Social, Obras Públicas, Salud, Vivienda y Urbanismo, Transportes y Telecomunicaciones y Carabineros de Chile(290).

Objetivo al 2030 Durante la última década, se logró disminuir la mortalidad por accidentes del tránsito asociados al consumo de alcohol, pero no los asociados a velocidad imprudente, que mostró un aumento en 2019 (ver documento "Evaluación de fin de periodo"). Existen aún importantes desafíos que deberán ser enfrentados en los próximos años, como a falta de fiscalización de la normativa del tránsito y educación vial, altos tiempos de espera de respuesta del SAMU, falta de ambulancias, falta de recursos físicos y humanos capacitados, insuficientes servicios de rehabilitación, todo ello marcado por la inequidad en la distribución de los recursos y el acceso a ello. Para 2030 se propone disminuir la tasa de morbimortalidad por accidentes de tránsito en la población nacional.

DESARROLLO INTEGRAL INFANTIL

OBJETIVO DE IMPACTO

Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- Fortalecer la confirmación diagnóstica de los niños y niñas pesquisados con alteraciones del desarrollo.
- Fortalecer las habilidades parentales y generar ambientes estimulantes con pertinencia cultural.
- Asegurar la pesquisa oportuna de alteraciones del desarrollo integral en niños y niñas con pertinencia cultural.
- Fortalecer las intervenciones oportunas, adecuadas y con pertinencia cultural orientadas a la población infantil con alteración del desarrollo.
- Disminuir la brecha en la evaluación e intervención del desarrollo de niños o niñas pertenecientes a pueblos indígenas y migrantes.

Definición del problema de salud El desarrollo infantil es un proceso de maduración a través de una progresión ordenada de habilidades perceptivas, motoras, cognitivas, lingüísticas, socioemocionales y de autorregulación(291). Los cerebros de los niños y niñas se construyen a medida que interactúan con su entorno, formando millones de conexiones neuronales cada segundo durante los primeros años de vida(292). Existen períodos críticos en el desarrollo temprano de varios sistemas, como el visual o el de lenguaje, que marcan el desarrollo cerebral y que impactarán en el individuo a lo largo de su vida(293). Múltiples factores afectan el curso y la progresión del desarrollo infantil, incluida la estructura innata o biológica del propio niño y las influencias externas como la familia, la sociedad, la economía, la salud y la cultura. El crecimiento y el desarrollo están directamente relacionados con la nutrición, la riqueza, los estilos de crianza, la educación y la interacción con los compañeros del niño(291). Las intervenciones en la primera infancia contribuyen de manera importante a nivelar inequidades en salud y, muchas de ellas, son de bajo costo y de aplicación inmediata(293). De esta manera, recibir una nutrición adecuada, estimulación temprana, oportunidades de aprendizaje, protección, así como un cuidado sensible y cariñoso, son cruciales para que las niñas y niños puedan alcanzar su máximo potencial(294). La evidencia muestra que invertir en el desarrollo infantil tiene el potencial de impactar en la superación de la pobreza, generar capital humano y aumentar la equidad, lo que lleva a crecimiento económico y la productividad de un país(295)(296). Pero más allá del beneficio económico y social, es necesario entender que el bienestar de los niños y niñas es un derecho que debe ser garantizado y que está establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño. La Convención establece que los Estados deben garantizar el derecho a la vida, a la identidad, a la libertad de expresión, al descanso y recreación, a la salud, a la educación, a una calidad de vida adecuada para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social, y finalmente, a ser protegidos frente a los abusos(297).

Situación epidemiológica en el mundo Aproximadamente, 250 millones de niños menores de cinco años en países de ingresos bajos y medianos están en riesgo de no alcanzar su potencial de desarrollo debido a la pobreza. Solo la mitad de los niños entre 3 y 6 años tiene acceso a educación preescolar y, en los países de bajos ingresos, solo 1 de cada 5 niños(296). Se estima que el 53% de los niños en países de ingresos bajos y medianos no son capaces de leer y comprender una historia sencilla cuando finalizan la educación primaria, cifra que sube al 80% en los países más pobres. Más del 40% de los niños

en edad preescolar (casi 350 millones) necesitan cuidado infantil, pero no tienen acceso a él(295). Según un estudio de UNICEF, en 17 países de América Latina y el Caribe hay 3,6 millones de niños y niñas, entre 3 y 4 años, que están rezagados en su desarrollo. Estos niños y niñas tienen mayor probabilidad de pertenecer a las familias más pobres, vivir en áreas rurales y pertenecer a algún grupo indígena o étnico. En la región, menos del 40% de niños y niñas menores de 6 meses reciben lactancia exclusiva y casi 6 millones de niños y niñas menores de 5 años padecen de baja talla para la edad (más frecuente en zonas rurales y entre los hogares más pobres)(294).

Estrategias globales La importancia del desarrollo infantil se plasma en la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible que pretende, para 2030, *"asegurar que todas las niñas y todos los niños tengan acceso a servicios de atención y desarrollo en la primera infancia y educación preescolar de calidad, a fin de que estén preparados para la enseñanza primaria"* (meta 4.2)(298). En 2018, la OMS, UNICEF y el Banco Mundial lanzaron una estrategia para el cuidado del desarrollo infantil temprano (The Nurturing Care Framework)(299) con 5 componentes: 1) asegurar la buena salud de los niños y niñas, 2) adecuada nutrición desde el embarazo, 3) cuidado receptivo, observando y respondiendo a los movimientos, sonidos, gestos y solicitudes verbales, 4) oportunidades de aprendizaje, desde la concepción y 5) seguridad y protección de los peligros, dolor físico y estrés emocional. Para que esto ocurra, es necesario que las personas que cuidan a los niños y niñas tengan el tiempo y los recursos necesarios para hacerlo, por lo que las políticas deberán, necesariamente, incorporar estos aspectos. Esta propuesta se enmarca dentro de la "Estrategia Mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)" y los ODS 2030, que incluyen acciones para disminuir la mortalidad prevenible, tanto materna como infantil, disminuir la malnutrición, lograr la cobertura sanitaria universal, erradicar la pobreza extrema, eliminar la violencia y discriminación contra mujeres y niños, lograr acceso universal a agua potable, ente otras(300).

Situación nacional Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017 muestran que el 18% de los niños y niñas evaluados con las preguntas de esta encuesta presentó rezago y, un 10% de retraso en el desarrollo funcional. Las niñas tuvieron una prevalencia similar a los niños en la sospecha de rezago, pero mostraron una prevalencia menor en la sospecha de retraso(301)(302). Por otra parte, si bien la pobreza ha ido disminuyendo en nuestro país, en 2017, el 23% de los niños y niñas menores de 18 años vivía en situación de pobreza múltidimensional; un 30% vivía en situación de allegamiento interno y, un 15%, en hacinamiento. El 22% de los menores de 18 años se siente nada o poco seguro(a) en el lugar donde vive y, un 8%, no se siente seguro en su casa; solo la mitad de los niños y niñas entre 0 y 5 años asiste a educación pre-escolar(270)(303).

Programas y políticas del país Una revisión reciente(304) identificó la existencia de 59 programas que incluyen la primera infancia en nuestro país, cinco de los cuales contienen subprogramas relacionados con el desarrollo integral en la primera infancia. Estos programas incluyen a distintos sectores del estado como desarrollo social, justicia, trabajo, deporte, educación y salud. La política pública más relevante en este ámbito es el subsistema Chile Crece Contigo (creado en 2007), conformado por tres programas en el sector salud: Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP), Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN) y Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI). Este subsistema articula iniciativas, prestaciones y programas intersectoriales de manera de generar una red de apoyo para el adecuado desarrollo de los niños y niñas hasta los 9 años. Asimismo, dentro de los programas relevantes que acompañan la trayectoria del desarrollo infantil, destaca el Programa Nacional de Salud de la Infancia, el que, a través de la Supervisión de Salud Integral, ofrece un conjunto de prestaciones y acciones que acompañan y vigilan la trayectoria de crecimiento y desarrollo integral de los niños y niñas. Además, vincula el cuidado de la salud infantil con otros programas , tales como: programa nacional de inmunizaciones, programa de salud mental infantil, programa de alimentación y nutrición, programa de salud bucal, atención por especialistas, rehabilitación, entre otros(305).

Por otra parte, el sector salud, además, cuenta con el sistema de protección para diagnósticos de alto costo (Ley Ricarte Soto), el sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) y la ley de etiquetado de alimentos. Sumado a estrategias no sectoriales que también han contribuido al cuidado de la infancia, como la ley contra la discriminación (Ley Zamudio) y la reciente creación de la Defensoría de la Niñez[11].

Objetivo al 2030 En el último decenio, el rezago infantil aumentó de 16,4% a 18,3%, lo que implica un retroceso en cuanto a las metas planteadas para el período 2011-2020 (ver documento "Evaluación de fin de periodo"). Siguen existiendo situaciones que dificultan el desarrollo integral infantil, acentuadas con la pandemia de COVID-19, como exposición a eventos estresantes, ambientes poco estimulantes, sobrecarga de los padres y/o cuidadores, nutrición deficiente, brechas en la pesquisa precoz de alteraciones del desarrollo integral, brechas para el acceso a especialistas que contribuyan a la confirmación diagnóstica, tratamiento y rehabilitación de los niños y niñas pesquisados con alteración del desarrollo, deficiencias en la calidad de la educación preescolar y escolar, entre otras. Por ello, se plantea, para 2030, disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.

11. Presentación de situación a la Mesa Técnica sobre Desarrollo Integral Infantil.

Definición del problema de salud Las enfermedades raras o poco frecuentes son un conjunto heterogéneo de patologías que tienen una baja prevalencia poblacional. No hay una definición universal de lo que significa prevalencia baja en el contexto de las enfermedades poco frecuentes; para la Unión Europea es menos de 1 por cada 2.000 habitantes y en Estados Unidos, es cuando afecta a menos de 200.000 personas(306)(307). La OMS estima que existen entre 5.000 y 8.000 enfermedades raras, de las cuales aproximadamente el 80% son de origen genético. El 20% restante se relaciona con enfermedades infecciosas poco frecuentes, condiciones autoinmunes y algunos tipos de envenenamientos. Son, en su mayor parte, condiciones crónicas, degenerativas e invalidantes, que afectan gravemente la calidad de vida de los pacientes y sus familias(308), para las que muchas veces no existen terapias eficaces. Comienzan en etapas tempranas de la vida, pueden producir dolor crónico, déficit motor, sensorial o intelectual y tienen un pronóstico desfavorable en la mayor parte de los pacientes(309). Para muchas enfermedades faltan los conocimientos básicos para su adecuado diagnóstico y tratamiento, lo que lleva frecuentemente a diagnósticos tardíos y falta de tratamiento. Por otra parte, algunas terapias pueden ser de alto costo, lo que limita el acceso a ellas(306). Todos estos factores convierten a estas patologías en un problema de salud global.

Situación epidemiológica en el mundo Si bien cada una de estas enfermedades afecta a un número pequeño de personas, en conjunto constituyen una importante carga de enfermedad. Una estimación conservadora señala que la prevalencia global estaría entre 3,5% y 5,9%, lo que equivale a 263-446 millones de personas en el mundo(310). Cerca de 400 enfermedades raras conocidas afectan al 98% de los pacientes, con una prevalencia de 10 a 500 personas por cada millón de habitantes.

Estrategias globales] Uno de los grandes desafíos a nivel mundial es generar mayor conocimiento sobre estas patologías de manera de mejorar y desarrollar métodos adecuados para su diagnóstico y tratamiento. En este sentido, los esfuerzos se centran en crear redes nacionales e internacionales para promover la investigación y compartir conocimientos. Destacan Rare Diseases International(311), una alianza global de organizaciones de pacientes que, en 2019, firmó un acuerdo con la OMS para la creación de una Red global Colaborativa para Enfermedades Raras (CGN)(312,313); el Consorcio Internacional de Investigación de Enfermedades Raras (IRDiRC)(311), impulsado por la Unión Europea y los National Institutes of Health de Estados Unidos, que cuenta, actualmente con 60 organizaciones

ENFERMEDADES POCO FRECUENTES

OBJETIVO DE IMPACTO

Disminuir el impacto de las Enfermedades Poco Frecuentes (EPOF) en la calidad de vida de las personas, familias y comunidad que las presentan.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reducir la discriminación por parte de instituciones públicas y/o privadas en relación a las personas y familias con EPOF.
- Fortalecer el manejo y tratamiento con terapias basadas en evidencia.
- Mejorar la atención integral y la continuidad del cuidado a lo largo del curso de vida.
- Visibilizar las EPOF como un grupo de condiciones que requiere acciones, medidas e intervenciones particulares.
- Incentivar la prevención en torno a las EPOF.

miembro. También está Orphanet(314), red que reúne y facilita el acceso al conocimiento sobre las enfermedades raras para mejorar el diagnóstico, la atención y el tratamiento de los pacientes con estas condiciones de salud y que incluye a 40 países. Además del desarrollo de nuevas y mejores terapias para enfermedades raras, las estrategias propuestas incluyen: mejorar el reconocimiento y la visibilidad de las enfermedades raras; mejorar la coordinación en el cuidado de los pacientes que las padecen, a través de un abordaje coordinado de servicios clínicos y sociales de apoyo; mejorar el acceso a diagnóstico y tratamientos; implementar registros de pacientes; desarrollar redes para el intercambio de información, conocimiento, buenas prácticas y experiencia, tanto para diagnóstico como para tratamiento; promover la investigación, así como la participación de los pacientes y desarrollar programas de formación y educación para los profesionales del sector sanitario y social, para facilitar la identificación, tratamiento y rehabilitación(315). Finalmente, la Asamblea General de Naciones Unidas de 2019 sobre enfermedades raras, instó a los Estados Miembros a fortalecer los sistemas de salud, especialmente la atención primaria de salud, para brindar acceso universal a servicios de atención de la salud seguros, de calidad, accesibles, disponibles y asequibles, oportunos e integrados clínica y financieramente. Señala que es necesario acelerar los esfuerzos para el logro de la cobertura sanitaria universal para 2030 (meta 3.8 de los Objetivos de desarrollo Sustentable)(316), asegurando la cobertura de diagnóstico y tratamiento, y adoptando medidas para garantizar la protección financiera para estas enfermedades(317).

Situación nacional En Chile, no se conoce la prevalencia de estas patologías y no existe un registro nacional de enfermedades raras. Actualmente, hay 33 genetistas clínicos en ejercicio en nuestro país (un tercio menos que la proporción recomendada de 0,75 equivalentes a tiempo completo por 250.000 habitantes) y también faltan genetistas de laboratorio capacitados y certificados. Ni la asesoría genética, ni la genética de laboratorio están reconocidas como especialidades en el sistema de salud y educación chileno. El diagnóstico molecular también es escaso y solo existe un panel de secuenciación de nueva generación para rasopatías, pero no para otras enfermedades raras. Muchos estudios genéticos tienen que ser enviados a laboratorios extranjeros y pagados por los pacientes. Finalmente, la disponibilidad de medicamentos efectivos para estas condiciones es escasa y los precios son muy altos, lo que constituye una barrera para el tratamiento(308).

Programas y políticas del país A pesar de esta situación, se han realizado avances importantes en la detección y tratamiento de enfermedades raras en Chile. Desde 1992, se realiza en nuestro país tamizaje de fenilcetonuria e hipotiroidismo congénito en el recién nacido. El sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), cubre el tratamiento de fibrosis quística y hemofilia y el sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo (Ley Ricarte Soto) incluye el tratamiento para 16 de estas patologías. Sin embargo, las enfermedades poco frecuentes en nuestro país no cuentan con un marco legal que les garantice cobertura financiera y deben competir, a la hora de su priorización, con otras patologías de alto costo más comunes(308). Por ejemplo, en Leyes como GES, sin embargo, los sistemas de salud debieran avanzar hacia marcos normativos integrados que no segmenten la salud de los individuos entre sus distintos aspectos de atención, calidad, financiamiento, por ende, avanzar hacia la cobertura universal en salud, incluyendo estas patologías.

Objetivo al 2030 Las enfermedades raras o poco frecuentes no habían sido incluidas en la formulación de los objetivos sanitarios pasados. Para el próximo decenio, se plantea disminuir el impacto de las Enfermedades Poco Frecuentes (EPOF) en la calidad de vida de las personas, familias y comunidad que las presentan.

EJE 6:
EMERGENCIAS Y DESASTRES

Antecedentes Un desastre, es una "situación o proceso social que se desencadena como resultado de la manifestación de un fenómeno de origen natural, socio-natural o antrópico que, al encontrar condiciones propicias de vulnerabilidad en una población y en su estructura productiva e infraestructura, causa alteraciones intensas, graves y extendidas, en las condiciones normales de funcionamiento del país, región, zona o comunidad afectada"(318). En muchos casos, los recursos disponibles en la comunidad afectada no son suficientes para enfrentar y resolver de manera adecuada el escenario de desastre.

Según el tipo de amenaza capaz de producir una situación de emergencia y/o desastre, estos pueden ser categorizados comúnmente en: desastres antrópicos o provocados por acción humana (como la gran mayoría de los incendios, las explosiones, las emergencias químicas, etc.); y desastres ocasionados por fenómenos naturales. Dentro de los desastres de origen natural, en el subgrupo biológico, podemos encontrar las epidemias(319). Las epidemias por sí solas son fenómenos que pueden desencadenar situaciones de emergencias y/o desastres, como se ha visto a lo largo de la historia de la humanidad, o pueden presentarse de manera secundaria a otros desastres, apareciendo como una complicación. Incluyen la pérdida de vidas humanas, la afectación de la salud integral (física, psíquica y mental) de la población involucrada, 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(320).

Las situaciones de desastre siempre implican problemas de salud pública y su origen y magnitud determinan el carácter y alcance de la intervención del sector salud. 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. Las personas que trabajan en salud y los centros asistenciales, también pueden verse afectados funcional o estructuralmente en situaciones de emergencias y/o desastres, aumentando la brecha entre una oferta que, por lo general, es insuficiente y una demanda incrementada y compleja. Estas operaciones ocurren en un escenario de desorden y confusión que precisa, por ello, una planificación previa que defina cursos de acción para morigerar la incertidumbre. Para hacer frente a una situación de emergencia y/o desastre, es necesario que existan y se activen los planes de emergencia correspondientes, y que se dé un adecuado nivel de coordinación de las instituciones y de los sectores públicos y privados.

El decenio 2010 -2020 termina con dos grandes eventos que paradójicamente también acompañan el inicio del nuevo periodo: la pandemia por SarsCov2 y la inminencia del cambio climático como detonante de desastres que serán cada vez más frecuentes, de extensión y magnitudes inciertas.

La extensión temporal de la pandemia de COVID-19 ha cobrado más de un millón y medio de vidas en América Latina y el Caribe, con más de 44 millones de casos confirmados desde su aparición en febrero de 2020. Según datos del reporte de la CEPAL y OPS, la región acumula cerca de una quinta parte de los casos confirmados de COVID-19 y cerca del 30% de las muertes en todo el mundo, a pesar de tener solamente el 8,4% de la población mundial. Como es evidente, la vulnerabilidad y desigualdad estructural de América Latina y el Caribe han amplificado el impacto de

la pandemia y han puesto en evidencia la centralidad de la salud y el bienestar de las personas y comunidades como determinante del desarrollo económico y social(321).

En la trayectoria de la pandemia, ha estado en riesgo la provisión de servicios de salud, dado que se produjo la saturación de los servicios y de la atención en general, lo que tuvo como consecuencia que una parte de la población experimentó falta de acceso[12].

Los efectos económicos y sociales de la pandemia de COVID-19 ponen en peligro el cumplimiento de los ODS. Si bien las cifras están en constante revisión, según las más recientes estimaciones se espera que, en 2021, la economía de la región sufra una caída del PIB de entre 7.2 % y 9 %, y que la pobreza y pobreza extrema aumenten sustantivamente hasta alcanzar tasas de 35.8 % y 14.2 %, respectivamente(322).

Por otro lado, después de la divulgación del último informe del Grupo Intergubernamental de Expertos Sobre el Cambio Climático, IPCC, se ha hecho evidente la urgente necesidad de atender a los desafíos que plantea el fenómeno del cambio climático a nivel global. De hecho, la OMS considera que el cambio climático es la más importante amenaza que enfrenta el planeta e implica ingentes retos directos e indirectos para la salud humana. Tanto la carga de enfermedad como las muertes derivadas de él aumentarán sostenidamente y es probable que cerca de 250.000 decesos anuales en el mundo sean atribuibles al cambio del clima. Según la OPS, aunque el calentamiento del clima quizá sea beneficioso para algunas regiones, se prevé que la magnitud y la gravedad de los efectos negativos superen enormemente a los positivos(323). Particularmente, el calentamiento global constituye un factor desencadenante de diversos desastres naturales con nefastas consecuencias para importantes grupos humanos, cuyas poblaciones se ven mermadas u obligadas a desplazarse.

La Comisión Económica para América Latina (CEPAL) ha señalado que "la crisis climática es una amenaza al bienestar humano y a la paz que enfrenta el planeta y sus consecuencias afectan sobremanera a las personas y grupos en situación de mayor vulnerabilidad (mujeres, niñas, niños y adolescentes, personas mayores, personas indígenas y afrodescendientes), impone nuevos desafíos y agrava los ya existentes, lo que exige mayores esfuerzos y compromisos internacionales, regionales y nacionales. El problema central es que la velocidad del calentamiento global y sus consecuencias rebasan la capacidad de los sistemas sociales y económicos para adaptarse a ese cambio, lo que da lugar a una distribución muy regresiva de sus impactos. América Latina y el Caribe son, además, particularmente vulnerables debido a su situación geográfica y climática, su condición socioeconómica y demográfica y la elevada sensibilidad al clima de sus activos naturales, como los bosques y la biodiversidad. El cambio climático representa en forma cruda, la desigualdad imperante en el planeta. Los países más ricos y las personas con mayor ingreso han contribuido históricamente mucho más a generar este fenómeno que los países y las personas pobres que, a su vez, son más vulnerables y mucho menos resilientes ante los costos socioeconómicos asociados(324).

Situación epidemiológica en el mundo Con respecto a los efectos de los desastres sobre la salud pública se distinguen comúnmente cinco niveles de impacto: (1) un exceso de mortalidad, morbilidad y afectación de la población que excede a lo habitualmente observado en la comunidad afectada; (2) modificación del patrón de enfermedades

12. La OMS define los niveles de interrupción como los siguientes: leve (interrupción del 5% al 25%); moderada (interrupción del 26% al 50%); grave (interrupción de más del 50%).

transmisibles y de riesgos medioambientales de esa comunidad; (3) impacto sobre el sistema de servicios sanitarios; (4) efectos sobre la salud mental y (5) la afectación de las posibilidades de desarrollo del colectivo afectado a medio y largo plazo, incluyendo los aspectos de reconstrucción y rehabilitación.

El 2010, se registró un número más alto de muertes atribuidas a desastres, alcanzando a 295.000. En 2020, el número de víctimas mortales registradas a nivel mundial como consecuencia de las catástrofes de origen natural ascendió a aproximadamente 8.200. Esta es una de las cifras más bajas registradas durante este último decenio. Sin embargo, el costo económico se ha incrementado en más de 40.000 millones de dólares estadounidenses con respecto a 2019(325).

Existe una relación entre el subdesarrollo y la mortalidad por desastres lo que se ha verificado en el estudio de distintos eventos: los países en vías de desarrollo tienen entre 3 y 48 veces más mortalidad por desastres que los desarrollados(326). Sin embargo, la mortalidad producida por desastres varía según el tipo de desastre, el contexto (densidad y características de la población del lugar del impacto, calidad de la infraestructura) y capacidad de las instituciones para gestionar las ayudas y mitigar el impacto oportunamente.

Con relación a la morbilidad, el análisis de Arcos et al.(327) señala que: a excepción de los terremotos, la frecuencia de lesiones (respecto a la mortalidad) es relativamente baja entre los supervivientes. Así, en las inundaciones se han notificado incidencias de lesionados (ulceraciones o heridas cutáneas) entre el 0,2 y 2% de los supervivientes. Se ha observado que, en algunos casos, la frecuencia de enfermedades y traumatismos en las zonas afectadas no muestra diferencias significativas con la correspondiente a las áreas que les rodean; como es de suponer, los más vulnerables tienen menores posibilidades de escapar al desastre y mueren. En el caso de los terremotos, la correspondencia es diferente y se ha constatado una relación lineal entre el número de muertos y el de lesionados con una proporción esperada de tres lesionados por cada fallecido. Con respecto a la edad, se observa que los grupos de personas de edades extremas (niños y ancianos) son grupos de riesgo especial. El CDC de Atlanta, al revisar los datos de mortalidad como consecuencia de los tornados ocurridos en Estados Unidos durante los últimos años, ha observado una fuerte asociación entre la mortalidad y los tramos superiores de edad, con riesgos de afectación siete veces mayor que para los menores de 20 años y riesgo de morir con una Razón de Disparidad de 2,5. Cuando las catástrofes afectan a zonas edificadas, los niños suelen ser un grupo de alto riesgo, especialmente en zonas urbanas en las que abundan los edificios de deficitaria calidad constructiva y que albergan por ejemplo, escuelas. La aparición de brotes de enfermedades transmisibles es un fenómeno que se da en desastres como inundaciones que modifican los ecosistemas de determinados vectores como los mosquitos *aedes* o *anopheles*. También es importante el impacto de los desastres naturales en la salud mental pues, a diferencia de las muchas secuelas físicas, las secuelas psicológicas pueden perdurar en el tiempo o volverse crónicas dependiendo de la magnitud del trauma que haya ocasionado la experiencia. Además de los efectos de los traumas, se ha observado aumento de mortalidad por muerte súbita cardíaca y muerte de causa cardiológica en general, más frecuentes cuando estaba diagnosticada una patología cardíaca aterosclerótica subyacente. El desastre actuaría como un disparador de la patología en sujetos predispuestos, aumentando el riesgo relativo de muerte entre 1,5 y 2 cuando se trata de población envejecida.

El cambio climático amenaza la salud y el bienestar humanos a través de sus efectos sobre el clima, los ecosistemas y los sistemas humanos. Estos efectos aumentan la exposición a eventos extremos, cambian la idoneidad ambiental para la transmisión de enfermedades infecciosas, alteran los movimientos de población y socavan los medios de

vida y la salud mental de las personas amplificando las inequidades. Además de estos peligros para la salud, las condiciones ambientales cambiantes también están aumentando la transmisión de muchos patógenos por el agua, el aire, los alimentos y los vectores. Si bien es cierto que el desarrollo socioeconómico, las intervenciones de salud pública, las mejoras en el acceso y los avances en la medicina han reducido la carga mundial de transmisión de enfermedades infecciosas, no es menos cierto que el cambio climático podría socavar los esfuerzos de erradicación. La exposición al calor extremo representa un peligro grave para la salud, con personas mayores de 65 años, poblaciones en entornos urbanos, y personas con problemas de salud están particularmente en riesgo. El calor afecta de manera desproporcionada a las personas marginadas o de escasos recursos, que tienen poco acceso a los mecanismos de enfriamiento y atención médica, lo que amplifica las inequidades sociales y de salud.

Estrategias globales Dentro de las estrategias, destaca la Gestión Integral del Riesgo (GIR), la que se considera clave para disminuir las consecuencias de una emergencia o un desastre de cualquier índole. La GIR implica tomar las medidas necesarias e intervenir desde la fase previa al desastre a través de la prevención y, hasta la etapa posterior, con las medidas de mitigación de las vulnerabilidades, del enfrentamiento ante una determinada amenaza y de la reconstrucción y rehabilitación posterior a un desastre.

El sistema de Naciones Unidas, a través de la Oficina para la Reducción del Riesgo de Desastres, UNDRR, promueve la adhesión de los países miembros al Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030. El Marco de Sendai es el primer acuerdo de la agenda de desarrollo posterior a 2015 y ofrece una serie de acciones concretas que se pueden tomar para proteger los beneficios alcanzados por el desarrollo contra el riesgo de desastres(328). La emergencia de la pandemia de COVID 19 ha puesto en riesgo el cumplimiento de las metas del acuerdo formuladas para el 2020 y 2021, en materia de reducción de desastres al igual que los ODS.

El Marco de Sendai va de la mano con otros acuerdos de la Agenda 2030, tales como el Acuerdo de París sobre el Cambio Climático, la Agenda de Acción de Addis Abeba sobre Financiamiento para el Desarrollo, la Nueva Agenda Urbana Hábitat y la Agenda 2030 de los ODS. Este marco recibió el respaldo de la Asamblea General de la ONU después de la tercera Conferencia Mundial sobre la Reducción del Riesgo de Desastres (WCDRR, por sus siglas en inglés), celebrada en 2015, y fomenta lo siguiente: "La reducción sustancial del riesgo de desastres y de las pérdidas ocasionadas por los desastres, tanto en vidas, medios de subsistencia y salud como en bienes económicos, físicos, sociales, culturales y ambientales de las personas, las empresas, las comunidades y los países"(328). Asimismo, el Marco de Sendai reconoce que en el Estado recae la función principal de reducir el riesgo de desastres, responsabilidad que es compartida con los gobiernos locales, el sector privado y otros grupos interesados.

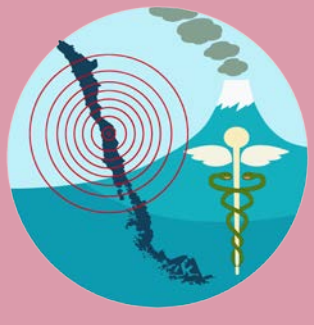
Situación y políticas Chile El World Risk Index considera a Chile en el lugar 33 entre 181 países en que se calcula este indicador(329). Dicho índice observa factores sociales, condiciones políticas y estructuras económicas, que juegan un papel también importante en la génesis de desastres, y se basa en la suposición de que toda sociedad puede adoptar directa o indirectamente precauciones, por ejemplo, a través de preparación y gestión eficaces para casos de desastre para reducir el impacto de eventos extremos y reducir el riesgo.

Ubicado en el cinturón de fuego del Pacífico, Chile presenta constantes amenazas debido a una intensa actividad sísmica y volcánica, registrando algunos eventos de gran magnitud de los cuales existen registros desde hace más de 200 años. En este contexto, merece mención el terremoto de Valdivia, en 1960, de magnitud 9,5, que no sólo

causó la muerte de miles de personas y enormes daños en la infraestructura, sino que incluso cambió la geografía del territorio, al desprenderse enormes masas de tierra continental. A esto, se suman eventos naturales que pueden incrementarse por el cambio climático, como inundaciones, y desastres tecnológicos, como derrames de hidrocarburos en las costas y grandes incendios(330).

En Chile, la Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior y Seguridad Pública (ONEMI) es el organismo técnico del Estado, a cargo de "planificar y coordinar los recursos públicos y privados destinados a la prevención y atención de emergencias y desastres de origen natural o provocados por la acción humana, proporcionando a los ministerios, intendencias, gobernaciones, municipios y organismos de protección civil de nivel nacional, regional, provincial y comunal, modelos y planes de gestión permanente para la prevención y manejo de emergencias, desastres y catástrofes"(331). En 2017, se aprobó el Plan Nacional de Emergencia, instrumento de carácter indicativo y general, que forma parte del Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, conformado por el presente plan y el Plan Estratégico Nacional Para la Gestión del Riesgo de Desastres (PENGRD)(332); además de la formulación de Planes Nacionales Específicos de Emergencia por Variable de Riesgo y Planes Nacionales de Contingencia. De esta manera los planes mencionados se configuran como un instrumento integral para la Gestión del Riesgo de Desastre. El Plan establece la coordinación general del Sistema Nacional para la Reducción del Riesgo de Desastres frente a emergencias, desastres y catástrofes (SINAPRED), acontecidos en el territorio nacional, estableciendo las acciones de respuestas en las fases operativas de alertamiento, respuesta y rehabilitación; basadas en el marco legal vigente y las competencias técnicas de los organismos e instituciones del SINAPRED, todo esto en coherencia con las recomendaciones del Marco de Sendai para la Reducción de Riesgo de Desastres 2015-2030.

GESTIÓN DEL RIESGO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES



OBJETIVO DE IMPACTO

Mitigar los efectos de las emergencias y desastres en la salud y bienestar de la población.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la comprensión, habilidades y capacidades del sector para el enfrentamiento de las amenazas y emergencias, según el nivel de dicha emergencia.
- Aumentar la capacidad de resiliencia del sector, optimizando la recuperación y asegurando la continuidad de la prestación de servicios.
- Fortalecer mediante la gestión del riesgo de desastres la respuesta a las emergencias y desastres en forma transversal, considerando una visión sistémica y prospectiva.

Definición del problema de salud La Organización Mundial de la Salud (OMS) define una catástrofe como aquella situación imprevista que representa serias e inmediatas amenazas para la Salud Pública, que pone en peligro la vida o salud de una cantidad significativa de personas y exige la acción inmediata(333). La catástrofe es un evento de origen natural o humano que actúa como detonante de una crisis. El desastre consiste en el impacto de esa crisis, en sus perniciosas consecuencias humanas, sociales y económicas, tales como: el hundimiento de los sistemas de sustento, las hambrunas, las epidemias, el incremento de la mortalidad, las migraciones forzosas, la desestructuración de la sociedad, la alteración de sus normas éticas y sociales(334). Una catástrofe o un desastre como acontecimiento no habitual, por su impacto en el sistema ecológico, desborda la capacidad de la comunidad afectada para poder hacer frente, con sus propios medios, a los efectos producidos. Es, precisamente, la desproporción entre los recursos de ayuda disponibles y las necesidades reales lo que caracteriza el fenómeno catastrófico(335).

Si bien no es posible controlar el curso de los fenómenos naturales, sí es posible monitorear su impacto a través de la Gestión Integral del Riesgo de Desastres (GIRD), que es el proceso social de planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas y acciones permanentes para el conocimiento de los riesgos a los que una comunidad está expuesta. Involucra, además, el impedir o evitar la generación de un desastre, la reducción o control de este cuando ya existe, a través de medidas para la preparación y manejo de las situaciones de desastre, así como para la posterior recuperación. Esto, de modo de mitigar oportunamente sus impactos y recuperar la seguridad, el bienestar y calidad de vida de las personas afectadas.

El número de fenómenos meteorológicos extremos ha aumentado en los últimos decenios y esto ocurre por el efecto detonante del cambio climático. Lo anterior, a partir de datos revelados por el EM-DAT(336), que calculó un promedio de 335 desastres por año relacionados con el clima entre el 2005 y el 2014, y un aumento representativo del 14% respecto del decenio comprendido entre 1995 y el 2004. Lo anterior hace prever que el número de desastres aumentará en los próximos decenios, siendo este un escenario en el que la GIRD cobra mayor relevancia.

Situación epidemiológica en el mundo Según la OPS, entre el 2006 y 2015, casi una cuarta parte (22,9%) de los desastres a nivel mundial ocurrió en la Región de las Américas y provocó 254.508 muertes y la pérdida de US$ 436.000 millones en daños. Los eventos

más frecuentes fueron hidrológicos y meteorológicos, y causaron el 5,6% de las defunciones y más del 73% de los daños(337).

El último reporte de las UNDRR(322) no sólo constató un incremento en el número de eventos, sino que se observaron importantes aumentos en el número de muertos, personas afectadas y pérdidas económicas en América Latina y El Caribe. Esto plantea la urgencia de atender a los compromisos y recomendaciones de las declaraciones y marcos propuestos a nivel global.

Como se expuso previamente, en situaciones de desastres de origen natural, los efectos sobre la salud de las personas se diferencian por tipo y magnitud del evento, características de la población afectada y capacidades de los países para responder a la emergencia. Es así como, en términos generales, se han asociado algunos impactos en salud de la población con eventos específicos, como por ejemplo alta morbilidad y mortalidad respecto de terremotos; alta mortalidad respecto de inundaciones, aludes y erupciones; entre otros(327)(338).

En América Latina y El Caribe, entre 2000 y 2019, han ocurrido 548 inundaciones, 338 tormentas, 75 terremotos, 74 sequías, 50 olas de calor, tsunamis, 24 incendios, entre otros: 152 millones de personas afectadas en el periodo a causa de 1.205 desastres(339). No es posible tener una visión global de los efectos de estos desastres sobre la salud de las personas, sin embargo, existen estudios que muestran sus consecuencias en distintos ámbitos.

Las olas de calor son un problema emergente de salud pública. De hecho, en los últimos veinte años se ha producido una serie de grandes olas de calor, algunas de las cuales han tenido efectos devastadores, como el de Europa en 2003 y el de la Federación Rusa en 2010(340). Además de los efectos directos en la salud de las personas, las olas de calor pueden sobrecargar los servicios de salud y de emergencia y también aumentar la presión sobre la infraestructura física (energía, agua, transporte). Las admisiones hospitalarias aumentan durante los eventos de calor, aunque el nivel de aumento puede variar según la intensidad de la ola de calor y factores como la edad. El aumento de la demanda de agua y electricidad puede provocar cortes de energía e incluso apagones. Si los cultivos y el ganado se ven gravemente afectados durante las olas de calor, es probable que surjan problemas relacionados con la seguridad alimentaria y de los medios de vida.

En las últimas dos décadas, una acumulación de evidencia clínica y epidemiológica ha sugerido que la enfermedad isquémica del corazón puede ser desencadenada o agravada por varios tipos de desastres naturales. Los posibles mecanismos subyacentes a esta relación incluyen la exposición a la contaminación ambiental, el estrés emocional y los cambios en el estilo de vida. Por ejemplo, en una revisión sistemática que abarca 26 estudios realizada por Bazoukis et al (341), concluyeron que los terremotos están asociados a una mayor incidencia de síndrome coronario agudo y muerte cardiovascular. En varios terremotos de gran magnitud en ciudades importantes se ha podido comprobar que, al margen de las muertes traumáticas directas por el desastre, hubo aumento de mortalidad por muerte súbita cardíaca y muerte de causa cardiológica en general, más frecuentes cuando había patología cardíaca aterosclerótica subyacente.

La exposición a situaciones potencialmente mortales provoca en las personas distintos grados de angustia, como el trastorno de estrés postraumático, las reacciones agudas de estrés y el trastorno de adaptación (trastornos del espectro de ansiedad y depresión). Por ejemplo, un estudio con sobrevivientes del huracán Mitch, que azotó a Honduras mostró que el 22,1% de los sobrevivientes tuvo problemas psiquiátricos, de los cuales el 18,3% fue depresión grave y el 11,1%, trastornos por estrés postraumático. Las personas de sexo femenino fueron las más afectadas.

Estrategias globales La tarea de disminuir los riesgos de los desastres convoca el interés global y ha sido definida por la ONU como un indicador para el desarrollo humano. Según la UNDRR, la gobernanza para la reducción del riesgo ha estado enfocada predominantemente, en la creación y el fortalecimiento de un marco institucional, jurídico y normativo. En las dos últimas décadas ha habido un avance sostenido en la construcción de una política pública en torno al riesgo, pero el ritmo de las reformas, las inversiones y las asignaciones presupuestarias no se ajustan a la magnitud del desafío que significa enfrentar la ocurrencia incremental y sistemática de desastres y actuar de forma oportuna sobre los impulsores de riesgo; la gestión de los recursos hídricos, el ordenamiento territorial, y la adaptación y mitigación frente al cambio climático, entre otros. El reporte de la UNDRR también señala avances discretos en la implementación de políticas nacionales y sectoriales mediante mecanismos presupuestarios y la intersectorialización. En este escenario, la Gestión Integral del Riesgo, se ha constituido en un elemento clave para disminuir las consecuencias de una emergencia o un desastre de cualquier índole. Esto significa activar medidas e intervenir desde la prevención de las vulnerabilidades hasta la mitigación de las consecuencias, ir desde el enfrentamiento de una determinada amenaza hasta la reconstrucción y rehabilitación posterior a un desastre.

A diciembre de 2020, cerca de la mitad de los países de la región tenían estrategias, planes y políticas de reducción del riesgo de desastres a nivel nacional lo que observa la meta E del Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres (2015-2030). Hoy en día se dispone de la Estrategia para la Gestión del Riesgo de Desastres en el Caribe para los países miembros de la CDEMA/CARICOM, la Política Centroamericana de Gestión Integral de Riesgo de Desastres (PCGIR) del CEPREDENAC/SICA, la Estrategia Andina para la Gestión del Riesgo de Desastres (EAGRD) del CAPRADE/CAN y la Estrategia de Gestión del Riesgo de Desastres de los Países del MERCOSUR (RMAGIR/MERCOSUR).

Situación Nacional Por su conformación climática, hidrológica y geotectónica y actividades antropogénicas, a las que se suman los fenómenos extremos asociados al cambio climático, Chile se encuentra expuesto a distintos tipos de eventos de carácter natural y, por lo mismo, cuenta con un extenso registro de desastres, incluyendo aquellos que han alcanzado una repercusión a nivel mundial, como el sismo de Valdivia en el año 1960. Estos desastres pueden afectar las condiciones ambientales del territorio, impactar las condiciones de vida de un número importante de la población y el desarrollo de diversas actividades en el país.

Por otra parte, según el Ministerio del Medio Ambiente, la geografía nacional y el acceso a sus recursos ha conducido a que los asentamientos humanos se ubiquen en zonas de vulnerabilidad ante eventos naturales, dando muy poca importancia al riesgo de la localización frente a la rentabilidad a la hora de tomar decisiones sobre dónde instalarse (Camus, Arenas, Lagos y Romero, 2016). Esta localización de la población en zonas de vulnerabilidad se debe a la existencia de una legislación que aún tiene como desafío aumentar el contenido preventivo, reduciéndose a una regulación eminentemente reactiva, principalmente asociada a los sistemas de alerta y funcionamiento de los diferentes organismos, que actúan con posterioridad al acontecimiento potencialmente desastroso(25)(342).

En el periodo 2009 y 2019, se presentaron innumerables emergencias y desastres de gran magnitud: 4 terremotos, 1 tsunami, 4 incendios forestales, 4 lluvias con inundación, 3 remociones de masa y 3 erupciones volcánicas; mientras que, entre los años 2017 a 2019, a causa de desastres naturales y antropogénicos fallecieron 1.662 personas y 10.641 quedaron heridas. Sólo entre los años 2018 y 2019 hubo 7.219 incendios forestales lo que significó la pérdida de 80.064 hectáreas(25).

El decenio se inauguró con el terremoto y tsunami del 27 de febrero de 2010, de magnitud Mw 8,8 -el quinto más intenso de la historia desde que existen registros- y epicentro en la Región del Maule. Produjo pérdidas que alcanzaron

la suma de US$ 30.000 millones, equivalentes a 17% del Producto Interno Bruto (PIB). La estimación de daños al 11 de marzo de 2010 señalaba más de 500 muertos y desaparecidos, 800 mil damnificados y 1,2 millones de personas con algún grado de afectación. El balance indica 200 mil viviendas destruidas o con graves daños, 2.750 escuelas inhabilitadas, 1 millón de niños sin clases y 35 hospitales inutilizables. A ello, se suma una gran destrucción de edificios públicos e instalaciones de centenares de empresas públicas y privadas(343).

En Chile, existen más de 2.000 volcanes, de los cuales más de 500 son considerados geológicamente activos y unos 92 poseen registro eruptivo histórico. Los 14 volcanes más peligrosos de Chile son, de mayor a menor, Villarrica, Llaima, Calbuco, Nevados de Chillán, Puyehue-Cordón Caulle, Osorno, Mocho-Choshuenco, Antuco, Carrán-Los Venados, Cerro Azul-Quizapu, Chaitén, Lonquimay, Hudson y Láscar, según el ranking 2019 elaborado por Sernageomin(344). Los daños, en cuanto a vidas humanas, no han sido cuantiosos, pero sí pueden afectar la salud de las personas de manera directa (quemaduras, dificultad respiratoria, conjuntivitis, dermatitis, accidentes, etc.) o indirectamente (mediante deterioro ambiental, suelo, alcantarillado y contaminación de aguas). Junto a esto se deben mencionar las grandes consecuencias de salud mental que se pueden generar en poblaciones que han debido ser desplazadas de sus lugares de origen.

Las sequías e intensas lluvias también son eventos que producen alarma y daño en la población. Chile es un territorio vulnerable a las inundaciones. A esto se suman fenómenos como "El Niño", que ocurre cada 4 o 6 años, con una duración de 1 a 2 años y que se manifiesta como un calentamiento anómalo de la superficie marítima del Pacífico ecuatorial, provocando cambios atmosféricos que derivan en precipitaciones y temporales; o el fenómeno "La Niña", que se caracteriza por temperaturas frías y perdurables, que presenta condiciones más secas de lo común.

En este último decenio, la sequía ha sido el evento más preocupante para el país: el 72% de la superficie de Chile sufre de sequía en algún grado: 156 de las 345 comunas del país presentan riesgo de desertificación, amenaza que podría afectar a más de seis millones de habitantes (aproximadamente el 38% de la población). En los últimos años, la región de Chile Central ha vivido una severa sequía registrada desde 2010. Esta sequía ha sido provocada por una prolongada reducción de un 30% de las precipitaciones, afectando los volúmenes de agua disponible de los principales embalses de Chile Central, la declaración de zonas de escasez hídrica, y la necesidad de una evaluación a escala país de este particular periodo extremo denominado "megasequía" (CR2 2015). El extenso patrón espacial que ha tenido la megasequía no ha sido observado en sequías anteriores, ocurridas por lo menos desde el año 1950 hacia el presente(345).

Ante la eventualidad de terremotos, inundaciones, tsunamis, sequías y otras emergencias, el riesgo de que sobrevengan enfermedades con potencial epidémico se ve incrementado. Este aumento está dado, en gran parte, por la habilitación de albergues y el desplazamiento de familias, produciéndose, de ese modo, hacinamiento y sobre demanda de los servicios básicos como agua potable, alcantarillado, preparación segura de alimentos, etc. Lo que se ha observado en la práctica, posterior a la ocurrencia de fenómenos naturales que han provocado emergencias o desastres en Chile, ha sido la aparición de brotes epidémicos delimitados y que han sido oportunamente controlados, esencialmente enfermedades gastrointestinales y, en menor medida, enfermedades respiratorias agudas, síndromes exantemáticos o ectoparasitosis.

Programas y políticas del país Chile ha ido formulando políticas y estrategias basadas en la experiencia nacional, frente a emergencias y desastres, y en los marcos y acuerdos internacionales. Hasta ahora, la Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior y Seguridad Pública (ONEMI), como organismo técnico del Estado y conforme al marco normativo vigente, posee la función y responsabilidad de liderar la coordinación del Sistema Nacional de

Protección Civil (SINAPRED), y coordinar la Plataforma Nacional para la Reducción del Riesgo de Desastres, ha sentado las bases para la formulación de instrumentos oficiales de gestión del riesgo en Chile, como la Política Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres(346) que, a través de su instrumento denominado Plan Estratégico Nacional Gestión del Riesgo de Desastres 2015-2018 (PENGRD), hace operativa la Política. Su Plan Actual corresponde a la década del 2020-2030 y fue aprobado el año 2020.

Sin embargo, considerando la frecuencia incremental de desastres naturales que han afectado a nuestro país a lo largo de su historia, y particularmente la experiencia del gran terremoto de 2010, se reveló una serie de vulnerabilidades y deficiencias tanto en el manejo de las emergencias de grandes magnitudes como en el funcionamiento de servicios básicos en estas circunstancias. Así, en julio de 2021, fue publicada en el Diario Oficial la Ley Nº 21.364(347), que sustituye el concepto de SNPC por el de SINAPRED y el cambio conceptual de COE a COGRID, lo que ya se encuentra en funcionamiento. En tanto, el funcionamiento del Servicio Nacional para la Prevención y Respuesta a Desastres SENAPRED ocurrirá a partir del 2022, una vez publicado el decreto. Por ahora, se están trabajando los reglamentos. Este nuevo Sistema Nacional de Emergencia está basado en el trabajo preventivo, la planificación intersectorial y la articulación de un sistema nacional robusto que trabaje colaborativamente. El nuevo cuerpo legal crea el Sistema Nacional de Prevención y Respuesta ante Desastres (SINAPRED), conformado por el conjunto de entidades públicas y privadas con competencias relacionadas con las fases del ciclo del riesgo de desastres, que se organizan descentralizadamente y de manera escalonada, desde el ámbito comunal, provincial, regional y nacional, para garantizar una adecuada Gestión del Riesgo de Desastres, y comprende las normas, políticas, planes y otros instrumentos y procedimientos atingentes a la Gestión del Riesgo de Desastres. Se estima que, en el plazo de un año, la ley estará operando a plenitud.

El Sector Salud es parte fundamental del Sistema de Protección Civil chileno (coordinado hasta ahora por ONEMI) y está llamado a responder adecuada y oportunamente a las emergencias y desastres, protegiendo así la vida y la salud de las personas. Desde el Ministerio de Salud, el Departamento de Gestión de Riesgos en Emergencias y Desastres tiene como misión impulsar la gestión integral del riesgo en emergencias y desastres en el sector salud, considerando los lineamientos del Sistema Nacional de Protección Civil.

Objetivo al 2030 El Objetivo de Impacto de la década 2011-2020 para el tema Emergencias, Desastres y Epidemias "Mitigar los efectos de la morbi-mortalidad de la población como consecuencia de emergencias, desastres y epidemias" y medido a partir del "Porcentaje de desastres en los cuales la tasa bruta de mortalidad regresa dentro de los 3 meses al nivel de referencia aceptable (niveles anteriores al desastre)", ha sido cumplido. Para este objetivo, se analizaron las tasas de mortalidad regionales de 14 desastres, según la definición de Desastre adoptada por EMDAT y conforme a la información oficial aportada por nuestro país a dicha agencia. Para 2030, el objetivo de impacto es mitigar los efectos de las emergencias y desastres en la salud y bienestar de la población.

Antecedentes La Organización Mundial de la Salud, OMS, ha señalado al cambio climático como la amenaza más importante a la salud global que enfrentará el planeta durante el presente siglo. Tanto la carga de enfermedad como las muertes derivadas del cambio climático aumentarán sostenidamente y es probable que, cerca de 250.000 decesos anuales en el mundo, sean atribuibles al cambio del clima.

Las temperaturas extremas en 2020 resultaron en un estimado de 3,1 mil millones adicionales de personas-días de exposición a olas de calor entre las personas mayores de 65 años y 626 millones adicionales de personas-días que afectaron a niños menores de 1 año, en comparación con el promedio anual del período de referencia de comparación (1986-2005). Las olas de calor son un problema emergente y tienen efectos directos, por ejemplo, en el aumento de las admisiones hospitalarias, aunque el nivel de aumento puede variar según la intensidad de la ola de calor y factores como la edad. El aumento de la demanda de agua y electricidad puede provocar cortes de energía e incluso apagones. Los impactos sociales más amplios pueden incluir efectos en sectores tales como la venta minorista de alimentos y ropa, los servicios de los ecosistemas, el turismo y la seguridad.

Las poblaciones de países con niveles bajos y medios de índice de desarrollo humano (IDH), conforme éste ha sido definido por las Naciones Unidas, han tenido el mayor aumento en la vulnerabilidad al calor durante los últimos 30 años, con riesgos para su salud agravados por la baja disponibilidad de mecanismos de enfriamiento y de zonas urbanas con espacios verdes. Por su parte, los trabajadores agrícolas de países con IDH bajo y medio se encuentran entre los más afectados por la exposición a temperaturas extremas, con casi la mitad de los 295.000 millones de horas de trabajo potenciales pérdidas en 2020 debido al calor, lo que podría tener consecuencias económicas insoslayables para estos trabajadores que ya presentan un remanente de vulnerabilidad. Las estimaciones para 2020 muestran que la pérdida de ingresos potenciales promedio en los países del grupo de IDH bajo equivale a cifras entre el 4% y el 8% del producto interno bruto nacional(348).

Durante cada mes de 2020, hasta el 19% de la superficie terrestre mundial se vio afectada por una sequía extrema, valor que supera el 13% registrado entre 1950 y 1999. Paralelamente a la sequía y como una de sus consecuencias más importantes, las temperaturas cálidas están afectando el potencial de rendimiento de los principales

CAMBIO CLIMÁTICO

OBJETIVO DE IMPACTO

Disminuir el impacto negativo en la salud de la población por efecto del cambio climático.

RESULTADOS ESPERADOS

- Contribuir a la seguridad alimentaria.
- Asegurar la disponibilidad de agua potable en calidad y cantidad suficiente.
- Fortalecer el sistema de salud para enfrentar los efectos en salud del cambio climático.
- Disminuir los efectos de episodios de temperaturas extremas en la salud de las personas.
- Disminuir los efectos de los fenómenos meteorológicos extremos en la salud de las personas.
- Reducir los hábitats favorables a la proliferación de vectores.
- Reducir la contaminación atmosférica local.

cultivos básicos del mundo: una reducción del 6,0% para el maíz; 3,0% para el trigo de invierno; 5,4% para la soja; y 1,8% para el arroz en 2020, en relación con 1981-2010, está exponiendo a amplios sectores de la población al riesgo de una creciente inseguridad alimentaria. Por otra parte, las condiciones ambientales cambiantes también están aumentando la oportunidad para la transmisión de muchos patógenos presentes en el agua, el aire, los alimentos y los vectores. El desarrollo socioeconómico, las intervenciones de salud pública y los avances en la medicina han reducido la carga mundial de transmisión de enfermedades infecciosas, sin embargo, el cambio climático podría denostar todos los esfuerzos invertidos por los países en fases de erradicación(349).

El número de meses con condiciones ambientalmente adecuadas para la transmisión de la malaria (*Plasmodium falciparum*) aumentó en un 39%, entre 1950-59 y 2010-19, en las zonas montañosas densamente pobladas, en el grupo de países de bajo IDH, lo que amenaza a las poblaciones más desfavorecidas, que estaban comparativamente más seguras frente a esta enfermedad que las poblaciones de las zonas más bajas. El potencial epidémico de los virus del dengue, Zika y chikungunya, que actualmente afectan principalmente a las poblaciones de América Central, América del Sur, el Caribe, África y el sur de Asia, aumentó a nivel mundial, con un incremento de la tasa de reproducción básica del 13% para la transmisión por Aedes aegypti y 7% para la transmisión por Aedes albopictus en comparación con la década de 1950. Si bien el mayor aumento relativo en la tasa de reproducción básica de estos arbovirus se observó en los países del grupo de IDH muy alto, fueron las personas del grupo de IDH bajo las que han enfrentado la mayor vulnerabilidad a estos arbovirus. Se observan hallazgos similares en la idoneidad ambiental para Vibrio cholerae, un patógeno que se estima que causa casi 100.000 muertes al año, particularmente entre las poblaciones con escaso acceso al agua potable y el saneamiento.

La conexión entre el cambio climático y la salud es múltiple. Los desafíos que todos estos cambios representan para el bienestar fisiológico de nuestra población son innumerables, insospechados y se manifestaran en diversos planos. Los progresivos aumentos de la temperatura afectan directamente la salud de las poblaciones, incrementando la mortalidad en los sectores más vulnerados (adultos mayores, pobres y quienes tienen problemas de salud subyacentes), e incrementan la incidencia de patologías respiratorias, cardiovasculares, renales y cerebrovasculares, además de neoplasias de la piel y resultados adversos de salud mental, complicaciones del embarazo y alergias. A ese respecto, el cambio climático, como dinámica dominante del cambio global, tiene una indudable capacidad para potenciar otras crisis múltiples y una eventual crisis de la salud es una de ellas.

Situación epidemiológica en el mundo En una revisión sistemática de estudios recientes sobre los efectos del cambio climático en la salud(350), se encontró que los factores meteorológicos, la temperatura y la humedad son las variables estudiadas con mayor frecuencia e informan las asociaciones más consistentes con enfermedades infecciosas y respiratorias, resultados cardiovasculares y neurológicos. La temperatura también se asocia sistemáticamente a la mortalidad y el uso de servicios sanitarios, así como también a resultados nutricionales adversos (probablemente a través de la menor producción de cultivos y la inseguridad alimentaria). La temperatura y la humedad están asociadas a algunas enfermedades de la piel y alergias. Los fenómenos meteorológicos extremos se asocian sistemáticamente a la mortalidad, algunos resultados de salud mental (por ejemplo, angustia, ansiedad, depresión) y efectos nutricionales adversos. Finalmente, la revisión concluyó que los impactos meteorológicos sobre la salud, principalmente relacionados con la temperatura y la humedad, fueron los impactos más comunes. La mayoría de las revisiones sugieren una asociación entre el cambio climático y el deterioro de la salud de diversas formas, mostrando la interdependencia de nuestra salud y bienestar con el bienestar del medio ambiente.

En la actualidad, existe un creciente interés por conocer, investigar y generar conocimiento respecto de los efectos del

cambio climático en la salud de la población. De acuerdo con el Reporte "The 2020 report of The Lancet Countdown", entre 2007 y 2019, la cobertura de los periódicos aumentó en más del 50% y la producción de revistas científicas aumentó en más del 500%, aunque la ciencia de la salud y el cambio climático sigue siendo liderada por países de altos ingresos y altas emisiones(348). Así, por ejemplo, en el marco del proyecto europeo PHEWE (Evaluación y Prevención de los efectos agudos en salud por las condiciones climáticas en Europa)(351), en el que están incluidas Barcelona y Valencia, se ha estudiado el posible incremento de la mortalidad en el horizonte del año 2030 según diferentes 10 Impactos del Cambio Climático en la Salud escenarios del IPCC, y se concluye que la media de la fracción atribuible de muertes por calor será de un 2%, con un mayor impacto en las ciudades mediterráneas, y previendo que este fenómeno aumentará en el futuro acorde al incremento previsto de la frecuencia e intensidad de las olas de calor(351).

También, una investigación reciente, realizada en Brasil en base a 2,7 millones de hospitalizaciones en un lapso de 15 años, mostró una correlación en que cada grado de aumento en la temperatura diaria se asocia con casi un 1% de incremento de enfermedad renal por deshidratación y estrés por calor, siendo los más afectados las mujeres, los niños menores de 4 años y los mayores de 80 años. El estudio de la correlación de los cambios de temperatura y las enfermedades renales muestra que el 7,4% de todas las hospitalizaciones por enfermedad renal pueden atribuirse a un aumento de la temperatura. Sólo en Brasil, donde se centró el estudio, esto corresponde a más de 202.000 casos de enfermedad renal entre los años 2000 y 2015. El estudio, dirigido por el profesor Yuming Guo y el doctor Shanshan Li, de Planetary Health de la Universidad de Monash, en Australia, logra cuantificar el riesgo y la carga atribuible de las hospitalizaciones por enfermedades renales relacionadas con la temperatura ambiente, utilizando datos de ingresos hospitalarios diarios de ciudades de Brasil(352).

Estrategias globales Dos acuerdos mundiales sientan las bases de las intervenciones de los próximos 15 a 20 años: el Convenio de París y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Ambos ubican al sector de la salud en el centro de las deliberaciones nacionales e internacionales que articulan la respuesta al cambio climático.

El ODS 3 propone «Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades» y el ODS 13, «Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos». Estos objetivos están estrechamente relacionados y orientan políticas y programas de los países en torno a esas metas. A su vez, la 21.a Conferencia de las Partes de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (CMNUCC, COP21), celebrada en París, se comprometió a mantener el calentamiento del planeta por debajo de los 2 °C y no superar los 1,5 °C. En el convenio se brinda un marco de acción, pero también se reconoce que, aunque se hayan tomado medidas en este sentido, de todas maneras, los grupos más vulnerables sufrirán efectos significativos a causa del cambio climático. Por otra parte, en el acuerdo se hace mención explícita al derecho a la salud como fundamento irrenunciable y se reconoce que la mitigación brinda oportunidades en materia de salud. El mismo año, los líderes mundiales también suscribieron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, compuesta por 17 objetivos y 230 metas, que propone la integración de las dimensiones económica, social y ambiental del desarrollo sostenible, así como los vínculos dentro de las metas y los sectores y entre ellos.

En el marco de los ODS, la OMS y la OPS han articulado diversas iniciativas que contribuyen a morigerar los efectos de la transición climática. Ejemplo de ello son las Orientaciones de la OMS sobre Establecimientos Resilientes al Clima y Ambientalmente Sostenibles, que apuntan a aumentar la capacidad de los establecimientos cuidar la salud de las comunidades destinatarias ante la inminencia de un clima inestable y cambiante; a habilitarlos para que sean ambientalmente sostenibles, optimizando el uso de los recursos y asegurando el manejo de desechos en el medio ambiente, propiciando una atención de alta calidad y el acceso a los servicios. Similarmente, el programa «Hospitales

inteligentes» de la OPS/OMS que vinculan la seguridad estructural de los hospitales y operativa (77% de ellos ubicados en zona de riesgo de desastre en América Latina), con intervenciones ecológicas en una relación razonable entre los beneficios y los costos; en los establecimientos de salud «ecológicos», la calidad del aire y las condiciones de trabajo mejoran y disminuyen los costos de agua y energía. Por su parte, la Iniciativa OPS/OMS, de Hospital Seguro incorporó, en la segunda edición del Manual para la determinación del Índice de Seguridad Hospitalaria, ISH, las amenazas climáticas. En otra línea, se encuentran los aportes del Proyecto de la UE sobre Salud y Cambio Climático CARIFORUM: Fortalecimiento de los sistemas de salud resilientes al clima en el Caribe, que busca optimizar la capacidad de los países del Caribe para reducir los impactos negativos del cambio climático en la salud, utilizando el enfoque de "Una Salud dentro del marco de Cooperación en Salud del Caribe de CARPHA, fase IV (CCH IV)(353).

Alcance en el país Chile es el país más largo del mundo y se visualiza en los modelos del IPCC como una de las zonas en que manifestarán más prontamente cambios que comienzan a diferenciarse claramente de la variabilidad natural del clima. Las reducciones en la precipitación y aumento en las temperaturas pueden afectar grandemente la disponibilidad de alimentos, lo que, junto a la escasez de agua, también redundará en el incremento de diversas patologías. Las alteraciones ambientales, asociadas a los cambios de temperatura y humedad, inciden en el desarrollo de enfermedades infecciosas y tropicales, al afectar tanto la distribución como las condiciones de asentamiento y proliferación de múltiples vectores. El episodio ENSO El Niño del 2016 adelantó las condiciones de progresiva ampliación de la banda tropical. En ese año se registró la reaparición del mosquito Aedes aegypti en la Región de Arica y Parinacota, luego de más de 50 años de erradicación del territorio continental del país, con su posterior avance, en el año 2019, hasta la Región de Tarapacá. Cabe señalar que el *mosquito Aedes* se asocia a la trasmisión de enfermedades tan relevantes en salud pública como es el caso del dengue, chikungunya, zica y fiebre amarilla, además de diversas otras enfermedades tropicales. En el sur, las floraciones algales en aguas costeras han obligado a cerrar, con creciente frecuencia y extensión territorial, la extracción productos del mar, impidiendo el adecuado abastecimiento y los florecimientos algales nocivos en aguas continentales amenazan las fuentes de agua continentales y las actividades recreativas y turísticas asociadas. El impacto de los cambios ambientales para la dinámica de nuestra coexistencia con el ratón de cola larga (Oligorysomys longicaudatus) o con la vinchuca (Triatoma infestans), pueden ser insospechadas y así, son innumerables los fenómenos asociados a agentes virales, bacterianos, fúngicos o algales que pueden emerger.

La desertificación creciente lleva también a un acelerado despoblamiento de grandes áreas rurales y a un incremento de la migración rural-urbana, con su correlato de empobrecimiento de la calidad de alimentos, de la vulnerabilidad en el abastecimiento de agua, del hacinamiento y de estrés social, terreno fértil para nuevos fenómenos que afectarán tanto el desarrollo de nuestro sistema inmune como nuestra salud mental.

Programas y políticas del país En 2017, el Ministerio de Salud, en respuesta al desafío que representa el cambio climático, presentó su Plan de Adaptación al Cambio Climático del Sector Salud, que plantea medidas específicas para reducir vulnerabilidades y mitigar efectos negativos de este fenómeno en la salud e integridad de las personas. Este fue elaborado en el marco del Plan de Acción Nacional de Cambio Climático, aprobado por el Consejo de Ministros para la Sustentabilidad en Noviembre de 2016, y del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático. Durante todo el proceso de formulación, consulta, aprobación y publicación del mencionado plan sectorial, se trabajó en estrecha coordinación y se contó con el permanente apoyo técnico y financiero del Ministerio del Medio Ambiente.

El actual Plan de Adaptación al Cambio Climático del Sector Salud, aprobado por el Consejo de Ministros para la Sustentabilidad en noviembre de 2016, corresponde a una primera fase de un plan a largo plazo, que se irá formulando por períodos sucesivos de cinco años. Contiene 16 Medidas de Adaptación estructuradas en torno a 8 Ejes de Acción. Esta

etapa inicial apunta fundamentalmente a i) Establecer institucionalidad, ii) Crear capacidades y generar conocimiento, iii) Desarrollar herramientas metodológicas y procedimientos para apoyar la implementación y dar seguimientos a las medidas de adaptación iv) Identificar medidas de adaptación al cambio climático de desarrollo y/o aplicables en el corto plazo con directo beneficio para las personas.

Además, Chile participa del Comité Andino de Cambio Climático, que ejecuta el Plan Andino de Gestión del Riesgo de Desastres 2018-2022 de Gestión del Riesgo para Emergencias y Desastres en Salud, instancia enfocada en el análisis y estimación del riesgo, prevención, reducción del riesgo, preparación, respuesta, rehabilitación y reconstrucción. Todo ello desde una perspectiva de cooperación, trabajo intersectorial y articulado entre los ministerios de Salud de los Países Andinos, con énfasis en la investigación y en el desarrollo del talento humano.

Objetivo al 2030 Con relación al cambio climático no se formularon metas para el periodo 2010 - 2020. Considerando su importancia capital y atendiendo a las recomendaciones de los grupos expertos que han participado a través de las mesas técnicas en la formulación de objetivos del nuevo decenio, se considera relevante incluir esta dimensión para el periodo actual. El objetivo definido para el próximo decenio es disminuir el impacto negativo en la salud de la población por efecto del cambio climático.

EJE 7:
GESTIÓN, CALIDAD E INNOVACIÓN

Antecedentes Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sistema de salud es "el conjunto de organizaciones, personas y acciones cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud". Junto a esta finalidad principal de "mejorar la salud", existen otros dos fines igualmente importantes: responder a las expectativas de las personas, otorgando un trato digno y adecuado a los usuarios, y brindar protección financiera ante los costos de las atenciones de salud. Estos tres objetivos hacen al sistema de salud parte del tejido social, contribuyendo no solo a la salud de la comunidad, sino también a la equidad, la justicia y el respeto a la dignidad de las personas. Se constituye así, en un determinante intermediario de la salud, al mediar en las consecuencias diferenciales de la enfermedad, procurando que los problemas de salud no produzcan un deterioro de la posición social, facilitando la rehabilitación y reintegración social de las personas. Para que un sistema de salud logre sus objetivos, se requiere que seis elementos funcionen concertadamente: 1) la gobernanza, 2) la información, 3) la financiación, 4) la prestación de servicios, 5) la gestión de trabajadores y funcionarios y de los medicamentos y 6) la tecnología. Por tanto, no basta con considerar los elementos aisladamente, sino que es necesario incorporarlos y observarlos dentro de un todo, donde se presentan relaciones, interacciones e interdependencia. Todo esto implica que se deben tener en cuenta los efectos de las intervenciones en todos los niveles del sistema de salud, aprovechar las sinergias y prevenir las consecuencias no deseadas(4).

Situación en el mundo Actualmente, la atención primaria de salud (APS) puede atender entre el 80% - 90% de las necesidades sanitarias de la población a lo largo de su vida. Cerca de la mitad de la población mundial carece de acceso integral a los servicios de salud básicos, existiendo un déficit de 18 millones de profesionales en todo el mundo, para garantizar la cobertura sanitaria universal. En la Región de las Américas, una tercera parte de las personas (29,3%) no busca atención en salud cuando lo necesita, debido a múltiples barreras de acceso: barreras organizativas, geográficas, de aceptabilidad y financieras, además de disponibilidad inadecuada de recursos. Estas últimas, que consisten en barreras lingüísticas, falta de confianza en el personal de salud, preferencia por la medicina tradicional e indígena, se mencionan como importantes barreras de acceso. Por otra parte, las personas en el quintil de ingreso menor son las más propensas a experimentar barreras de aceptabilidad, financieras, geográficas y falta de disponibilidad de recursos(354).

Estrategias globales Una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) es alcanzar la cobertura universal de salud (CUS) a 2030. Esto implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin apremios financieros para pagarlos.

Tres son las metas del ODS.3 relacionados al tema y sus 8 ejes(55):

3.a "Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos".

3.b "Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades

transmisibles y no transmisibles, que afectan primordialmente a los países en desarrollo, y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del ADPIC en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos".

3.c "Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo".

La OMS, en su "13.º Programa General de Trabajo 2019-2023"(355), busca alcanzar la meta de garantizar que 1.000 millones de personas más se beneficien de la cobertura sanitaria universal, al tiempo que contribuye a las otras dos metas de los mil millones. Esto es, mejor protección frente a emergencias sanitarias para mil millones más de personas, y mejor salud y bienestar para mil millones más de personas. También se orienta a lograr el ejercicio del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda alcanzar. La cobertura universal de salud tiene su fundamento en la Constitución de la OMS de 1948, donde se declara que la salud es un derecho humano fundamental y se compromete a garantizarla. La OMS trabaja en colaboración con diferentes asociados con miras a promover la cobertura sanitaria universal en todo el mundo.

Situación y políticas Chile La rectoría de todo el sector, tanto público como privado, la ejerce el Ministerio de Salud que, para hacer posible la provisión de servicios de salud pública y asistenciales, debe desarrollar políticas, formular el presupuesto sectorial, realizar análisis y vigilancia de la salud pública, fijar las políticas y normas en infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud, diseñar el plan de inversión de la red pública de salud, establecer protocolos para la atención en salud, velar por la coordinación de las redes asistenciales, establecer estándares mínimos que deben cumplir los prestadores institucionales para garantizar la calidad de las prestaciones, establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales, así como un sistema de certificación de prestadores individuales y de especialidades y subespecialidades para los profesionales médicos, odontólogos y químicos farmacéuticos. Junto con el MINSAL, son parte de la Autoridad Sanitaria, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (Seremis) y el Instituto de Salud Pública (ISP). Para el sector público, el prestador es el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que incluye la APS, centros de nivel secundario y terciario, y otros establecimientos que tienen convenio con el sector público, integrando la red asistencial pública(4). La evidencia respalda la importancia del sistema sanitario en el impacto positivo en la salud de una población. Cuando un sistema de salud es de calidad, asequible, accesible, actúa intersectorialmente y empodera a sus comunidades, produce un efecto sustancialmente mejor sobre la salud de la sociedad en la cual este se inserta(356).

En el eje de "Gestión, calidad e innovación", se priorizaron los siguientes temas: infraestructura y equipamiento, participación social, calidad de la atención, tecnología e información en salud, donación y trasplantes de órganos y tejidos, gestión del personal, financiamiento del sector y salud digital.

Definición del problema de salud La inversión en infraestructura de salud es una responsabilidad de las autoridades sectoriales, que implica mejorar y renovar la red asistencial, asegurando el acceso oportuno de la población a la atención de salud, contribuyendo a lograr la cobertura universal de salud(357)(358).

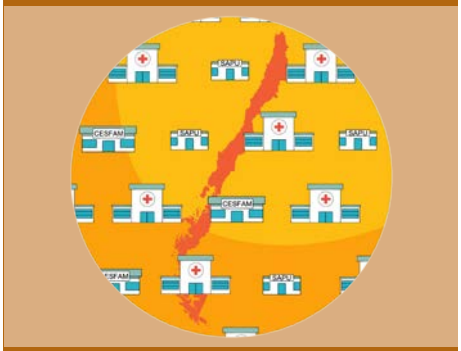
Se entiende por infraestructura las instalaciones y edificios necesarios para brindar atención de salud, tanto elementos estructurales, como el mantenimiento de las instalaciones(359). Esto, junto con la incorporación de nuevas tecnologías, permite entregar un estándar adecuado de atención. En la mayoría de los países, la forma de medir la infraestructura es a través del número de hospitales, que representan gran parte de la inversión fija total, y mediante las camas hospitalarias, que indican los recursos disponibles para pacientes hospitalizados(258).

Situación epidemiológica en el mundo Según datos de la OCDE, el número de camas hospitalarias por persona en Latinoamérica y el Caribe es de 2,1, menos de la mitad del promedio de la OCDE (4,8). Países como Argentina y Cuba, cuentan con más de cinco camas por cada 1.000 habitantes y países como Guatemala, Haití, Honduras, Venezuela y Nicaragua, tienen menos de 1 por cada 1.000 habitantes(258). En países de Europa, varía entre 2,1 y 8 (Suecia y Rusia respectivamente) y en Asia, tanto Corea como Japón cuentan con más de 12 por 1.000 habitantes(360).

Estrategias globales Las camas hospitalarias se utilizan para indicar la disponibilidad de servicios hospitalarios. Si bien no hay una norma general a escala mundial para evaluar la densidad de las camas hospitalarias en relación con el total de la población, el estándar de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es de 2,2 camas por cada mil habitantes. El promedio mundial es de 2,9 por 1.000 habitantes, por debajo del promedio de los países de la OCDE, con una tasa de 4,8 por 1.000 habitantes. El indicador de camas por mil habitantes es un proxy de la cobertura de servicios para pacientes hospitalizados, porque está más fácilmente disponible en países de ingresos bajos y medianos, que las tasas de hospitalización con las que está altamente correlacionado (rho = 0,84)(361).

Alcance en el país La mayor proporción de infraestructura se encuentra en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), principal prestador de servicios asistenciales en el país. El SNSS cuenta con una red asistencial que cubre a más del 80% de la población. La red asistencial está conformada por hospitales públicos

INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO



OBJETIVO DE IMPACTO

Fortalecer la infraestructura y equipamiento del sector con enfoque de equidad dando respuesta a las necesidades de salud de la población.

RESULTADOS ESPERADOS

- Asegurar la disponibilidad de la infraestructura y el equipamiento sanitario.
- Mejorar la eficiencia en los procesos de inversión y operación de la infraestructura y el equipamiento.
- Priorizar las inversiones en infraestructura y equipamiento de acuerdo al diseño de la red y adecuadas a las necesidades de la población.
- Aumentar la integración de forma sostenible de las dimensiones económicas, sociales y medioambientales, en infraestructura y equipamiento sanitario.

(y otros bajo convenio) y la atención primaria de salud que, en su mayoría, está delegada a la Administración Municipal. Los Servicios de Salud cumplen la función de articulación, gestión y desarrollo de la red, para desempeñar las funciones de fomento, protección y recuperación de la salud(362). Chile, en materia de infraestructura de salud, aún está en una situación de déficit, con una disponibilidad de 2,1 camas por 1.000 habitantes, dejándolo en el lugar 35 de 36 países de la OCDE(360). Además de problemas de infraestructura, existe un déficit de recursos humanos, que genera una carga financiera importante a la red pública porque debe compensarla mediante la compra al sector privado(357). La infraestructura hospitalaria pública ha disminuido en las últimas décadas, lo que se refleja en el número de camas públicas disponibles; éstas disminuyeron un 18% entre 1999 y 2015, según datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Por ello, en 2014, se anunció un plan de inversión en salud para la construcción y renovación de hospitales, que implicaba más de dos millones quinientos mil metros cuadrados de construcción hospitalaria(357) y la puesta en marcha de 19.000 camas, si consideramos alcanzar las 3 camas por 1.000 habitantes como se plantea en los próximos Objetivos Sanitarios de la década 2021-2030. Para la elaboración del "Plan Nacional de Inversiones 2018-2022", se cruzaron "seis criterios fundamentales: déficit de camas, demanda asistencial, estado de la infraestructura, madurez de los proyectos, capacidad de ejecución y factibilidad presupuestaria". Ello permitirá fortalecer la red asistencial con estándares de calidad, eficiencia energética, tecnología de última generación, espacios amigables, construcciones seguras y pertinencia cultural, materializando el derecho a una salud digna. En la década, el Plan Nacional de Inversiones presenta los siguientes avances: 16 hospitales terminados, 35 en ejecución, 11 en licitación y 40 en diseño o estudio. Respecto de la Atención Primaria, se terminará la construcción de más de 100 recintos al primer trimestre del 2022(215). También ha habido avances en eficiencia energética, con la implementación de medidas de mejora de eficiencia energética de los establecimientos asistenciales existentes de alta complejidad, incorporando nuevas tecnologías en los sistemas consumidores de energías, como pueden ser los sistemas de climatización, de iluminación, de calentamiento de agua sanitaria, calderas, entre otros. Respecto a los equipos médicos, a partir del Decreto Exento Nº290/2017, Norma de Mantenimiento Hospitalario, se exige la actualización del catastro de estos equipos anualmente. Entre los problemas asociados al equipamiento médico e industrial, instalaciones e infraestructura, se pueden mencionar: recursos insuficientes para realizar mantenimiento, equipos subutilizados por falta de mantenimiento preventivo que garanticen la correcta operación, equipos en funcionamiento con vida útil sobrepasada y con operación deficiente y aumento en el costo de atención, al necesitar duplicar pruebas o comprar de servicio al extrasistema.

Programas y políticas del país Desde 1990, se han hecho importantes esfuerzos de mejoramiento de la infraestructura, para permitir un adecuado desempeño y responder al aumento en la demanda asistencial, debido al importante incremento de adultos mayores y enfermedades crónicas no transmisibles(363). 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 en el de la Atención Primaria de Salud. Así, para el periodo 2018-2022, se definió el Plan Nacional de Inversiones que pretende elevar de manera significativa la capacidad diagnóstica y resolutiva, dado que comprende la ampliación y fortalecimiento de la red asistencial en todos sus niveles. El plan apunta a lograr la normalización, reposición o construcción de más de 60 hospitales, lo que representa casi un tercio de la actual red hospitalaria. Respecto de la APS, el Plan establece la construcción o reposición de 100 Centros de Salud Familiar (CESFAM), la construcción de 100 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) y preventivo y de 132 Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR). 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 e implementación del proyecto Sistemas de Inventario y Mantenimiento de Equipos Médicos(2).

Objetivo al 2030 Para la década 2011-2020, el objetivo de impacto comprometido fue "Mejorar, normalizar y reponer la infraestructura del sector salud", medido a través de dos indicadores: uno relativo a hospitales y otro, a centros de atención primaria. Para ambos se cumple con la meta propuesta para la década (ver Evaluación Fin de Período). Para 2030, el objetivo de impacto comprometido es fortalecer la infraestructura y equipamiento del sector, con enfoque de equidad, dando respuesta a las necesidades de salud de la población. Se plantea debido a la ineficiencia en los procesos de inversión y operación de la infraestructura y el equipamiento, la falta de abordaje de la obsolescencia y baja disponibilidad de la infraestructura y equipamiento sanitario, la inadecuada priorización de inversiones en infraestructura y equipamiento, y la deficiente integración sostenible de las dimensiones económica, social y ambiental en la infraestructura y equipamiento sanitario.

PARTICIPACIÓN SOCIAL

OBJETIVO DE IMPACTO

Fortalecer un modelo de gestión participativa en el área de la salud.

RESULTADOS ESPERADOS

- Potenciar la coordinación de acciones sectoriales e intersectoriales asociadas a la participación ciudadana y social en salud.
- Propiciar y fortalecer capacidades, competencias y habilidades en metodologías participativas en actores involucrados a través de programas de formación.
- Mejorar los procesos de sistematización y registros de las acciones asociadas a las estrategias de participación.

Definición del problema de salud La participación social en salud es un concepto dinámico que ha evolucionado a lo largo de las décadas, conforme también han cambiado las políticas de salud pública. Así, para algunos autores, en la década de los setenta, la participación era considerada como la sensibilización de la población que permite aumentar su receptividad y habilidad para responder a los programas de desarrollo, sin ejercer ningún tipo de control. Luego, al final de la década de los ochenta, existiría bastante consenso en torno a la propuesta que define la "participación como el proceso activo por el que se establece una relación de colaboración entre el gobierno y la población en la planificación, implementación y utilización de los servicios de salud»(364). A principios de la década pasada, la participación social en salud se consideró una "función esencial de la salud pública", en el sentido de facilitar el protagonismo y la adhesión de la comunidad organizada a los diferentes programas sanitarios, así como las alianzas intersectoriales. En la actualidad, en un marco de profundización de la relación con la ciudadanía y desde la perspectiva de la democratización de los servicios de salud, es entendida como un proceso histórico en donde la relación entre el Estado y la ciudadanía es más cercana, más horizontal y responsable(365).

La incorporación de la ciudadanía a través de la participación social en la definición de políticas de salud ha ido de la mano con el desarrollo de la gobernanza de los sistemas sanitarios. La gobernanza se refiere a "los procesos de acción colectiva que organizan la interacción entre los actores, la dinámica de los procesos y las reglas del juego (formales e informales) con las cuales una sociedad determina su conducta, y toma y ejecuta sus decisiones"(366). En el área de salud, el marco conceptual de la gobernanza se relaciona con las iniciativas que apuntan a la incorporación de la ciudadanía y usuarios a los procesos de definición e implementación de políticas, con el propósito de incrementar la pertinencia y efectividad de las intervenciones en salud.

Situación en el mundo La Declaración Internacional sobre Derechos Humanos, en su artículo 25, reconoce y protege el derecho y la oportunidad de todos los ciudadanos a participar en la dirección de los asuntos públicos. En el ámbito de la salud, la conferencia de Alma Ata, en 1978, marca la inclusión de la participación social en salud al declarar que: "El pueblo tiene derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud" (OMS y UNICEF, 1978). Posteriormente, la OPS (1988) precisaría que, la participación social en salud, puede

entenderse como el proceso de intervención de la población organizada en las deliberaciones sobre la atención de la salud, la toma de decisiones que tienen que ver con la satisfacción de necesidades y en el control de los procesos, así como la asunción de responsabilidades y compromisos asociados al ejercicio de la facultad decisoria. Asimismo, las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) reconocen que la participación social tiene un rol importante en todo el ciclo de políticas, como un elemento que fortalece la capacidad de cumplir con los objetivos en salud.

Estrategias globales La Agenda de salud sostenible para las Américas 2018 - 2030 (ASSA)[13] considera, como su segundo objetivo, "Fortalecer la rectoría y gobernanza de la autoridad nacional de salud, a la vez que se promueve la participación social"(141). El logro de este objetivo requiere el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública, la creación y/o el fortalecimiento de los mecanismos de participación social y el diálogo para promover las políticas inclusivas, al igual que la rendición de cuentas y la transparencia(141). En el marco de la Agenda 2030, los elementos claves son: el liderazgo de las autoridades nacionales de salud en la formulación, seguimiento y evaluación de políticas, planes y programas, con mecanismos que faciliten la participación social y la rendición de cuentas; que estén disponibles marcos jurídicos y regulatorios a nivel nacional, en consonancia con el compromiso de los países al acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud; que existan competencias y capacidades para la regulación de las funciones de prestación de servicios; que existan mecanismos para la coordinación con otros sectores y con las distintas unidades distribuidas a nivel territorial; que opere la gestión integral de la cooperación internacional, para asegurar la consonancia con las prioridades sanitarias nacionales. Entre las metas propuestas para el cumplimiento de este objetivo a 2030, se encuentra la de "Fortalecer la rectoría, gobernanza y la transparencia al incluir políticas, planes, normas y procesos para la organización del sistema de salud y mecanismos para su seguimiento y evaluación"(141) la de "Aumentar la participación de todos los interesados directos, incluida la sociedad civil y las comunidades, en la formulación de políticas y en el proceso de evaluación relacionado con la salud en todas las políticas a fin de reducir las inequidades en materia de salud"(141).

Alcance en el país El 29 de septiembre de 2006, la presidenta Bachelet presentó la Agenda Pro Participación Ciudadana de su gobierno, que fue un conjunto de iniciativas orientadas a promover la participación, el ejercicio de los derechos ciudadanos, el asociacionismo y el respeto a la diversidad. 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"(367).

Programas y políticas del país En Chile, la participación social en salud está amparada por un marco jurídico que refiere a leyes que afectan a toda la población y a leyes de carácter específico, que afectan la relación entre el sistema de salud y las personas que se vinculan con establecimientos de la red pública y privada. Dentro de los cuerpos legislativos que se relacionan con la transversalidad del enfoque de derechos y ejercicio ciudadano se encuentran:

- Ley 20.500, que señala que "el Estado reconoce a las personas el derecho de participar en sus políticas, planes, programas y acciones" y, para dar cumplimiento a este mandato, el Ministerio de Salud ha aprobado la Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud.

13. En septiembre de 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la resolución "Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible". Los países miembros de la OPS concordaron una bajada específica para el sector salud: Agenda de salud sostenible para las Américas 2018 - 2030 (ASSA). ASSA considera, en la formulación de su propuesta los temas inconclusos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, las áreas de acción de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, las metas de impacto y los resultados intermedios de los planes estratégicos de la OPS, y las metas de salud ajustadas al contexto regional del ODS 3 y otras metas relacionadas con la salud en la Agenda 2030.

- Ley Nº19.880, base de procedimientos administrativos, regula los procedimientos vinculados con la gestión de solicitudes ciudadanas.
- Resolución Exenta Nº 31 del 19 de enero de 2015 3. La Ley Nº19.666, que crea el Régimen General de Garantías en salud - GES, establece la exigibilidad en el cumplimiento de garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera en la provisión de servicios.
- Ley Nº20.285 sobre acceso a la información pública. Regula el principio de transparencia de la función pública, el derecho al acceso a la información de los órganos de la Administración del Estado, los procedimientos para el ejercicio del derecho y para su amparo, y las excepciones a la publicidad de la información.
- Ley 20.584, que regula sobre derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.
- Ley 19.937de Autoridad Sanitaria modifica la estructura del Sistema Público de Salud y crea instancias y mecanismos de participación de la sociedad civil cuya naturaleza depende del tipo de establecimiento o entidad a la cual está referida. En el marco de esta Ley:

  - Se crea, en cada Secretaría Regional Ministerial de Salud, un Consejo Asesor de carácter consultivo respecto de las materias que la Ley señala, así como aquellas que la autoridad regional le someta a su consideración.
  - En lo que respecta a los Servicios de Salud, existe un Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA), asesor y consultivo e integrado por representantes de los establecimientos hospitalarios y de atención primaria, al que le corresponderá analizar y proponer soluciones en las áreas en que se presenten dificultades en la integración de los diferentes niveles de atención de usuarios.
  - Esta Ley establece la obligación, de los establecimientos autogestionados en red, de mantener procedimientos que midan de la calidad de las atenciones prestadas y la satisfacción de los usuarios.
  - A su vez, crea un Consejo Consultivo de Usuarios en los establecimientos de salud, el que se compone de cinco representantes de la comunidad vecinal y dos representantes de los trabajadores del establecimiento. El Consejo tiene la función de asesorar a la dirección del establecimiento en la fijación de políticas, definición y evaluación de planes institucionales(368).

Objetivo al 2030 En el decenio anterior, el objetivo de impacto fue "Fortalecer la participación social y el trabajo integrado de los directivos del sector", observándose un avance discreto en el estado de cumplimiento (ver documento "Evaluación de fin de periodo"). Para 2030, se ha propuesto, como objetivo de impacto, fortalecer un modelo de gestión participativa en el área de la salud.

Definición del problema La información en salud, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una de las seis funciones esenciales o elementos básicos que componen el sistema de salud. El componente de información se refiere a la existencia de un sistema de información que permita generar, analizar y diseminar datos, para una mejor conducción del sistema de salud y toma de decisiones. Comprende tanto las funciones de producción, análisis, difusión y el uso de información sobre la situación sanitaria, como los determinantes de la salud; y el desempeño del sistema de salud. Para monitorear estos aspectos, los sistemas de información deben generar información sobre las mediciones del nivel y distribución de la salud en la población (desigualdades); información financiera; tendencias y necesidades en el uso de recursos humanos, tecnología de salud e infraestructura y medición del acceso a la atención sanitaria y calidad de la atención. Para una adecuada conducción del sistema de salud, se requiere información oportuna, confiable y completa(4).

Situación en el mundo Actualmente, y de acuerdo a la OMS, el 83% de los países cuenta con iniciativas de e-salud y los programas de salud móvil están aumentando, al igual que las herramientas de aprendizaje electrónico para estudiantes de medicina. Los historiales electrónicos se utilizan en el 47% de los países y se están realizando esfuerzos para adoptar normas de interoperabilidad y protección de la privacidad. Además, el 14% de los países cuenta con estrategias que regulan el uso de los macrodatos en el sector salud. En la Región de las Américas, el 61% de los países tiene una estrategia nacional de e-salud, pero la telesalud y los macrodatos se encuentran en una etapa inicial. El 36,8% de los países cuenta con alguna política o estrategia de telemedicina y, otros, requieren contar con estudios sobre la relación costo - beneficio y la legislación pertinente para desarrollar este componente de la e-salud. Un 52,6% de los países tiene un sistema de información electrónico de salud, pero solo un 26,3% tiene una legislación que apoya su uso en los sistemas nacionales. La falta de financiación para contar con historiales electrónicos es la principal barrera para el 73,7% de los países. Solo el 31,6% cuenta con una política nacional para el uso de los macrodatos en el sector de la salud. Los principales desafíos en la región son el presupuesto, la identificación electrónica, la interoperabilidad de los sistemas y la falta de apoyo institucional a iniciativas de e-salud. En países con alta proporción de población indígena, las diferencias lingüísticas son también un gran reto(369).

TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN EN SALUD

OBJETIVO DE IMPACTO

Contar con sistemas de información de salud sostenibles, suficientes, integrados y alineados con las necesidades del sector.

RESULTADOS ESPERADOS

- Gobernanza de datos e información empoderada, adecuada y suficiente.
- Interoperabilidad entre los diferentes actores.
- Capital humano capacitado y suficiente.
- Infraestructura Tecnológica y recursos suficientes y adecuados.

Estrategias globales La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha desarrollado el proyecto "Sistemas de Información para la Salud" (IS4H, de su sigla en inglés), que consiste en la gestión de sistemas interoperables con datos de distintas fuentes y que se utiliza para generar información estratégica que beneficie a la salud pública. La cobertura universal de salud puede verse fortalecida mediante sistemas de información interconectados e interoperables, que aseguren el acceso efectivo y eficiente a datos de calidad, información y tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para la toma de decisiones. El objetivo del proyecto es implementar un mecanismo de toma de decisiones y políticas, a través de sistemas de información de salud, que garanticen el acceso universal, gratuito y oportuno a los datos y la información estratégica, utilizando las herramientas TIC más rentables. Los objetivos estratégicos de IS4H se centran en la "gestión de datos y las tecnologías de la información; gestión y gobernanza; innovación y desempeño; y gestión e intercambio de conocimientos"(370). En 2019, OPS aprobó el "Plan de Acción para fortalecer Sistemas de Información para la Salud 2019-2023", que busca apoyar a los Estados Miembros a establecer las bases para la gestión de la calidad de los datos y la información, si no también a recopilar y usar el conocimiento y la experiencia para la producción de inteligencia, que apoye la toma de decisiones, junto con eso, también pretende ayudar en la elaboración, seguimiento y evaluación de políticas; en la adopción de soluciones tecnológicas costo-efectivas; en el mejoramiento y la adopción de estándares; en el desarrollo de legislación; y en el fortalecimiento de las capacidades de los recursos humanos, para la implementación apropiada de los sistemas de información para la salud(371).

Alcance en el país En la actualidad, el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) cuenta con variados sistemas de información: atenciones de urgencia; registros estadísticos mensuales-REM; auditorías Minsal; sistema Rakin que permite el monitoreo, evaluación y seguimiento de los programas de acción sanitaria y otras materias de la gestión de las Seremi de Salud; sistema de egresos hospitalarios; sistema de Registro y Vigilancia del Cáncer (REVICAN), Resumen Estadístico Mensual Semestral de Actividades de Salud (REMSAS); Sistema Nacional de Inversión Pública-SNIP, entre otros. Además, se cuenta con el Sistema de Información de Red Asistencial (SIDRA), que automatiza la información clínica, y el Sistema de Información para la Gestión de Garantías en Salud (SIGGES) de Fonasa, que permite el seguimiento de cada una de las personas que solicitan atención y cumplen con los criterios de inclusión del GES, a lo largo de todo el ciclo de atención curativa, disponiendo de información individualizada que permite mejorar la atención y gestión del sistema. El hospital digital es un modelo de atención sanitaria, a cargo del Ministerio de Salud, que tiene por objeto poner en marcha y operar soluciones de medicina digital a distancia, para proveer un acceso oportuno y de calidad en atenciones de salud, aumentando las coberturas horarias de atención, contribuyendo a la reducción de listas de espera y mejorando los niveles de resolutividad de la atención primaria en salud (Res Ex N° 347, 2019). El Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH) contiene información respecto de la gestión de recursos humanos de los hospitales públicos.

Programas y políticas del país Existe una serie de normativas que regulan la información de salud. La Ley N° 17.374/70 (INE) señala que el Instituto Nacional de Estadísticas, Organismos Fiscales, Semi-Fiscales y Empresas del Estado y sus respectivos funcionarios, no podrán divulgar los hechos que se refieren a personas o entidades, sobre las que hayan tomado conocimiento en el desempeño de sus actividades. La Ley Nº 19.937 de Autoridad Sanitaria, señala que se deben establecer estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, con el fin de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Asimismo, establece que al Ministerio de Salud le corresponde tratar datos con fines estadísticos y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia; todo ello conforme a la ley N° 19.628 sobre la protección de la vida privada o protección de datos de carácter personal. El DEIS, Minsal, fue creado por resolución exenta N° 2164 del año 2000, y debe proponer las políticas de información y de tecnologías de la información del

sector y velar por su aplicación. Además, debe proponer los estándares de datos, de códigos y clasificaciones en los sistemas de información del sector. De acuerdo a lo establecido en el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, Artículo 10, Dto. 136/2005, corresponde al Ministerio de Salud, "diseñar, implementar y mantener actualizados, sistemas de información que permitan proporcionar datos estadísticos para la formulación, el control y la evaluación de programas de salud, de desarrollo de infraestructura, de gestión de los recursos humanos y financieros, de producción y de los impactos directos que sus acciones generan sobre el estado de salud de la población y la calidad de la atención"(372). En 2019, se aprobó la Política General de seguridad de la Información del Minsal, cuyo objetivo es "lograr niveles adecuados de integridad, confidencialidad y disponibilidad para toda la información institucional relevante, con el objeto de asegurar continuidad operacional de los procesos y servicios, a través de un sistema de gestión de seguridad de la información"(373). En la estrategia Nacional de Salud 2011-2020, se planteó mejorar los sistemas de información en salud, para contar con datos de calidad y oportunos desde los establecimientos sanitarios, servicios de salud, secretarías regionales y autoridades de nivel central.

Objetivo al 2030 Para la década 2011-2020, el objetivo de impacto comprometido fue "Mejorar la disponibilidad, oportunidad y validez de la información en salud", medido a través del porcentaje de establecimientos que tributan información de manera efectiva a la historia clínica compartida. La medición del objetivo de impacto no se ha podido realizar, debido a la falta de datos disponibles (ver documento "Evaluación de fin de periodo").

Para 2030, en el objetivo de impacto comprometido se plantea a contar con Sistemas de información de salud sostenibles, suficientes, integrados y alineados con las necesidades del sector. La razón de esto es la insuficiente interoperabilidad entre los diferentes actores, estándares de Información actuales insuficientes, gobernanza de datos limitada, discontinua y fragmentada, RR.HH. con una brecha en formación y cantidad, infraestructura tecnológica y recursos insuficientes e inadecuados.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN

OBJETIVO DE IMPACTO

Fortalecer la entrega de servicios de salud con equidad, calidad y seguridad a la población a lo largo de su curso de vida.

RESULTADOS ESPERADOS

- Fortalecer el modelo biopsicosocial con perspectiva de derechos humanos en todo el sistema sanitario.
- Fortalecer el empoderamiento, activación y participación de las personas y las comunidades en su salud, desde el conocimiento de sus derechos.
- Fortalecer la incorporación de la empatía, trato digno, escucha activa y comunicación asertiva en la atención de salud por parte de los funcionarios / as y trabajadores/as de la salud
- Disminuir la brecha multifactorial en el acceso a soluciones de salud.
- Mejorar el acceso racional y seguro a medicamentos.
- Fomentar la incorporación de garantías de calidad en el uso de tecnologías sanitarias.
- Aumentar la incorporación de acciones que abordan la calidad y seguridad de la atención basadas en la evidencia.

Definición del problema de salud Según la OMS, la calidad de la atención sanitaria es aquella que "identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros)"(374). Por esto, la garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos han sido reconocido como funciones esenciales de la salud pública. Por servicios de calidad, se entiende la entrega del cuidado adecuado, en el momento oportuno, respondiendo a las necesidades y preferencias de los usuarios, al mismo tiempo que minimiza el daño y el uso inadecuado de recursos. Los servicios de calidad aumentan la probabilidad de obtener el resultado de salud deseado y son consistentes con el conocimiento actual. La calidad de los servicios de sanitarios se basa en cuatro pilares fundamentales: Asegurar la calidad de la fuerza de trabajo en salud; Asegurar la excelencia en los establecimientos de atención; Asegurar el uso seguro y efectivo de los medicamentos y tecnologías sanitarias; y Asegurar el uso efectivo de los sistemas de información en salud(4). En las diferentes definiciones de calidad, se considera que es medible y evaluable a través de sus dimensiones, de las que en Chile se han abordado las siguientes: acceso, seguridad, efectividad, eficiencia, aceptabilidad/centrada en el paciente, equidad y satisfacción usuaria.

Situación en el mundo La calidad presenta un desafío sustantivo para el sector salud y plantea, como punto de partida, resolver los problemas de acceso a la atención que afectan a grandes segmentos de la población. Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD), en prácticamente todos los países se han evidenciado problemas con los tiempos de espera. Los mayores tiempos de espera para tratamientos electivos de especialidad tienden a encontrarse en países que combinan aseguramiento público en salud con cero, o muy bajo, copago para los usuarios y brechas de capacidad de oferta, como ocurre en Chile. En tanto, los países sin tiempos de espera tienden a tener un mayor gasto en salud (capacidad financiera) y alta capacidad hospitalaria(375). Este escenario es desalentador para las políticas de calidad de la región.

Estrategias globales En la 72.ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en 2019, se instó a los Estados Miembros (y a las organizaciones de integración económica regional, cuando procediera) a reconocer la seguridad del paciente como prioridad sanitaria en las políticas y programas sectoriales, con el fin de lograr una cobertura sanitaria universal(376). En 2021, la OMS formuló

el Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030, cuyo objetivo final es *"conseguir el máximo posible reducción de los daños inevitables debido a la atención sanitaria insegura en todo el mundo"*, a través de políticas, estrategias y acciones que consideren los conocimientos científicos, la visión de los pacientes y el diseño del sistema de salud(377).

En lo que refiere a políticas de medicamentos, OPS ha promovido prácticas de fármaco-vigilancia y, recientemente, puso a disposición del público el documento "Fortalecimiento de los sistemas regulatorios en la Región de las Américas: Enseñanzas de las Autoridades Regulatorias Nacionales (ARN)". El informe busca mejorar la comprensión de los mandatos y la capacidad regulatoria nacional en la Región de las Américas; aumentar la concientización y el reconocimiento de los retos regulatorios a nivel regional; reconocer los mercados emergentes y las cuestiones regulatorias que plantean; y destacar las oportunidades de fortalecer los sistemas regulatorios, basándose en la evidencia, a partir de aprendizajes, experiencias y mejores prácticas que han sido levantadas en la Región(378). Por otra parte, la restricción de acceso a fármacos es uno de los problemas más graves de salud pública a nivel global y se estima que un tercio de la población mundial carece de acceso regular a estos servicios.

Alcance en el país Chile presenta diferencias sociales y económicas, que se expresan en desigualdades en el acceso a servicios y en la oportunidad de atención en distintos segmentos de la población. No obstante, a pesar de no contar aún con un sistema universal de cobertura en salud, el porcentaje de personas sin seguro es bajo: 3,5% y 4,3% en 2009 y 2020 respectivamente, según datos de la encuesta CASEN(379). En el año 2020, el 76,5% de la población pertenecía al Seguro Público (Fonasa), el 15,3% a los seguros privados (Isapre) y un 2,6% a las Fuerzas Armadas. Por otra parte, en términos de la oportunidad de acceso a la atención de salud en Chile, la encuesta CASEN 2020 evidenció que, en los últimos tres meses, el 16% de las personas encuestadas tuvo un problema de salud y la tasa de atención fue de 92,4%. Entre las causas por las cuales las personas desistieron de atenderse y que están en directa relación con el sistema de salud, se destacan que en, el 9% de los casos, se indicó que no había especialistas disponibles debido a las cuarentenas, un 5,6% pidió hora y no la obtuvo y un 18,9% prefirió no consultar por miedo al COVID-19.

Según la Primera Encuesta de Bienestar Social (EBS), cuyos resultados fueron publicados en 2021, el 22,7% de la población adulta manifiesta estar insatisfecho con su estado de salud, un 43,1% de la población declara haber tenido problemas para acceder a una atención de salud con un médico especialista, el 38,3% para pagar sus medicamentos debido a sus altos costos, y el 36,7% para agendar una operación. En cada una de estas experiencias de servicio, existe una brecha que desfavorece a la población con menor nivel de ingresos y a las personas con discapacidad. Al evaluar por la percepción de protección financiera frente a la eventualidad de un problema importante de salud, se constató que poco más de la mitad de la población manifiesta sentirse desprotegida, percepción que se incrementa por sobre el 60% en la población en condición de pobreza (65,4%), en quienes declaran no tener sistema previsional de salud (62,2%) y en las personas con discapacidad (61,9%)(379).

Con respecto a las listas de espera, durante los años 2010 y 2011, el MINSAL realizó un esfuerzo sustantivo para reducir la lista de espera de pacientes GES(375). Sin embargo, durante el decenio, el problema de acceso y oportunidad que representan las listas de espera ha persistido.

Programas y políticas del país En cuanto al acceso oportuno, las personas de menor nivel socioeconómico tienen serias dificultades para acceder a la atención de salud - médica o dental- cuando la necesitan y, cuando la obtienen, acceden con alguna demora o de manera tardía. Los hombres y los menores de 40 años de edad enfrentan más

dificultades para acceder a la atención de salud. Por otra parte, es menos probable que los habitantes de áreas rurales accedan a la atención de salud. Las mujeres presentan una mayor recurrencia de eventos relacionados con el estado de salud y presentan una mayor probabilidad de recibir atención médica cuando la necesitan(380).

En relación a la seguridad de la atención, el MINSAL es responsable de impulsar políticas que promuevan la calidad de los servicios en los cuatro ámbitos, tal como lo establece la ley de autoridad sanitaria: calidad de la fuerza de trabajo en salud; excelencia en los establecimientos de atención; uso seguro y efectivo de los medicamentos y tecnologías sanitarias; y uso efectivo de los sistemas de información en salud. Estos estándares, definidos tanto para la autorización como para la acreditación de los establecimientos, son obligatorios para los prestadores institucionales de salud, tanto públicos como privados, para garantizar la seguridad de los usuarios. Además, la seguridad y calidad de los servicios ha ido generando sus cuerpos normativos, a fin de avanzar hacia los mejores estándares. Entre estos están: Norma Técnica Nº 154 Sobre Programa Nacional de Calidad y Seguridad en la Atención de Salud(381) ; Normas sobre Seguridad del Paciente(382); Normas Técnicas Básicas para la Obtención de Autorización Sanitaria(383); Estándares de Acreditación(384).

Respecto a la calidad de los medicamentos y tecnologías, el Instituto de Salud Pública es el responsable de fiscalizar los procesos de acreditación de laboratorios clínicos y la mantención de los estándares en aquellos que ya fueron acreditados, siendo también encargado del control de calidad de medicamentos, alimentos de uso médico y demás productos sujetos a control sanitario(4). Por otra parte, según un estudio del Centro de Políticas Públicas(385), a pesar de la alta proporción de la población que declara estar cubierta por algún esquema previsional de salud, en Chile, el gasto de bolsillo, es decir, lo no cubierto por el esquema de previsión en salud, representa un alta proporción del gasto total en salud y constituye una importante carga financiera asociada a salud de los hogares, destacando que el principal destino del gasto en salud de los hogares es el ítem medicamentos (38%). Se estima que, al menos un 30% de los chilenos, ha dejado de comprar medicamentos o suspendido sus tratamientos por no poder pagarlos, o ha tenido diversos problemas para acceder a éstos (5,6). Para subsanar esta situación, se han diseñado políticas que garantizan el acceso a fármacos, como las Garantías Explícitas en Salud, La Ley 20.850 de enfermedades de alto costo (Ricarte Soto) y el programa Fondo de Farmacias para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud (FOFAR), creado en 2014, con el propósito de entregar un acceso con mayor oportunidad a la población que se atiende en establecimientos de Atención Primaria de Salud(386).

La satisfacción usuaria hace referencia a la percepción de la población usuaria sobre los resultados alcanzados en la interacción con los servicios sanitarios. Esto incluye la evaluación de la relación entre usuarios y el equipo de salud; los tiempos de espera; el acceso a la información, el trato digno y respetuoso al usuario; la infraestructura adecuada a sus necesidades; y las propias expectativas de la población usuaria. El trato también es una dimensión de la satisfacción usuaria, cuyo significado se relaciona a la calidad percibida y se asocia a factores tales como gestión de trámites, barreras de acceso, infraestructura y continuidad de la atención. El trato entre prestadores y la población usuaria es uno de los aspectos que aborda la Ley 20.584 (Derechos y Deberes de las Personas en Salud).

Durante las últimas décadas, se han implementado diversas estrategias para encauzar la preocupación por la satisfacción usuaria. Entre ellas destacan el fortalecimiento de los mecanismos de Participación Social y la implementación de Planes Integrales de Mejora del Trato asociados a Compromisos de Gestión, que incluyen, entre sus acciones principales la capacitación de funcionarios responsables de la atención directa de la población usuaria en diferentes puntos de la red, especialmente, en aquellas áreas con peor evaluación en la medición de satisfacción usuaria.

Por último, cabe señalar que la última medición de satisfacción usuaria realizada por la Superintendencia de Salud, dio como resultado una calificación de satisfacción global de 4.8 en una escala de 1 a 7. La misma encuesta determinó diferencias por el tipo de seguro: la satisfacción global para afiliados a Fonasa fue de 4.6 y para Isapre de 5.3. Los factores más gravitantes para este indicador fueron el trato, el tiempo de espera y la cobertura financiera(387).

Objetivo al 2030 En lo que respecta a la seguridad, el objetivo de impacto fue aumentar la seguridad en la atención de salud en el decenio 2010- 2020 a través de la disminución de la tasa de días de uso de ventilación mecánica. La meta para este indicador en adultos fue de 13,05 por 1.000 días de uso de ventilación mecánica. Al final de la década, el indicador presenta una reducción en 52,8%, evaluada en los hospitales públicos.

Con respecto a la calidad de los medicamentos, la meta "fomentar el uso racional de medicamentos" quedó fuera del alcance de la evaluación, pues no se construyó el indicador por lo que no se cuenta con fuente de datos, método y unidad responsable.

Con respecto al objetivo de aumentar la satisfacción usuaria, no se cuenta con información para establecer un estado de avance ni para el indicador de atención de APS ni para el de OIRS. El índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de centros de APS se medía a través de la encuesta de Medición Nacional de Satisfacción Usuaria en la Red Pública de Salud, pero no fue aplicada durante la década. Para el indicador relativo a la satisfacción con la atención en oficinas de informaciones, reclamos y sugerencias, no se cuenta con el dato disponible por discontinuidad de la encuesta de satisfacción de usuarios de OIRS.

Para esta década, el objetivo de impacto es fortalecer la entrega de servicios de salud con equidad, calidad y seguridad a la población a lo largo de su curso de vida.

DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

OBJETIVO DE IMPACTO

Disminuir la tasa de morbimortalidad y mejorar la calidad de vida de las personas que requieren uno o más trasplantes de órganos y/o tejidos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Fortalecer la gestión eficiente en la red público privada y FF.AA.
- Incrementar la tasa de notificación y pesquisa del posible y potencial donante en los establecimientos de salud.
- Incrementar el conocimiento y confianza de la Cuidadanía en el Sistema de Donación, procuramiento y trasplante.
- Fortalecer el recurso humano de la Red de Coordinadores de Procuramiento, Coordinadores de Trasplantes y del Banco Nacional de Tejidos.
- Disminuir la tasa de retrasplante de órganos y/o tejidos.
- Incrementar la donación efectiva y disponibilidad de órganos y/o tejidos.

Definición del problema de salud Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), el trasplante es "la transferencia (injerto) de células humanas, tejidos u órganos de un donante a un receptor, con el objetivo de restaurar funciones en el cuerpo"(388), herramienta terapéutica que puede prolongar la vida y mejorar su calidad(389). De acuerdo con datos publicados por la Organización Panamericana de la Salud(389), en América Latina y el Caribe, ha habido un aumento sostenido en la prevalencia de enfermedades no transmisibles en la población, las que, en casos críticos, desencadenan una gran demanda de trasplantes. Ejemplo de lo anterior, es la enfermedad renal crónica, junto a sus factores de riesgo como la diabetes e hipertensión arterial, que representan un gran problema de salud pública a nivel mundial, debido a sus consecuencias médicas, sociales y económicas. En Chile, según la Encuesta Nacional de Salud (ENS)(390), existe una alta prevalencia de enfermedades crónicas y factores de riesgo. La falta de recursos humanos capacitados y programas nacionales consolidados, el alto costo de los trasplantes y tratamientos de mantenimiento, más una protección financiera insuficiente, son importantes barreras para el acceso equitativo a los trasplantes(391).

Situación epidemiológica en el mundo La tasa de donación en países desarrollados varía entre 20 y 30 donantes por millón de habitantes, mientras que la negativa familiar es de aproximadamente un 20%(392). Según el Observatorio Global sobre Donación y Trasplante de la Organización Mundial de la Salud (GODT, OMS), en 2016, se realizaron 135.860 trasplantes de órganos sólidos: 69% trasplantes de riñón, 20% de hígado, 5% de corazón, 3% de pulmón y 2% de páncreas. En ese mismo año, más de 182.000 personas se encontraban en lista de espera de un trasplante de riñón(389). En el año 2019, previo a la pandemia por SARS-CoV-2, el total de trasplantes, en las Américas, fue de 61.913 y la tasa por millón de población (pmp) llegó a un 63,5 pmp. En contexto de pandemia, la actividad tuvo un descenso, llegando a los 54.084 trasplantes y una tasa de 55 pmp(393).

Estrategias globales En el mundo, la "Declaración de Estambul para el tráfico de órganos y turismo de trasplante" (Turquía, 2008), acuerdo del cual Chile es parte, establece estrategias para un trabajo de colaboración internacional en la implementación de programas y regulaciones en torno al tráfico y comercialización de órganos y turismo de trasplante. Otro instrumento con carácter vinculante es el "Convenio Internacional de lucha contra el tráfico de órganos del Consejo de Europa" (España, 2018). Su objetivo

central es tipificar como delito la "extracción ilícita de órganos humanos de donantes vivos o muertos, si ésta se ha realizado: 1) sin el consentimiento libre, informado y específico del donante, antes o después de su fallecimiento, 2) si, a cambio de la extracción de órganos, se ha ofrecido o concedido al donante vivo o a un tercero un beneficio económico o ventaja comparable, 3) si, a cambio de la extracción de órganos de un donante difunto, se ha ofrecido o concedido a un tercero un beneficio económico o ventaja comparable"(388). En el año 2010, la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS aprobó en su Resolución WHA 63.22, los "Principios Rectores sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos", con el fin de actualizar los Principios Rectores de 1991, y proporcionar un marco ordenado, ético y aceptable para la adquisición y trasplante de células, tejidos y órganos humanos con fines terapéuticos(394). En el marco de la política de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la donación y el trasplante de órganos humanos, aprobada en 2009 (Resolución CD49.R18), se subscribió la "Estrategia y plan de acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030", en el 57º Consejo Directivo de la institución. Su objetivo es "promover el acceso equitativo a trasplantes, con base en la donación voluntaria y observando los principios rectores sobre trasplante, para contribuir a satisfacer la demanda creciente, salvar vidas y mejorar las condiciones de salud". La propuesta debiera implementarse considerando el contexto de los sistemas de salud y necesidades, vulnerabilidades y prioridades de los Estados Miembros(389).

Alcance en el país En Chile, entre los años 2011 a 2019, las tasas de donación han oscilado en torno a los siete donantes pmp, con una negativa familiar de 51%. Excepcionalmente, en el año 2019, la actividad reportó una tasa de diez pmp(395). A partir del año 2020, entra en vigor la modificación a la ley N° 19.451, junto con un cambio de modelo en torno a la comunicación de donación, propuesto por la Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos, lo que permitió disminuir la histórica negativa familiar a un 40% en el año 2021. Sin embargo, el periodo tuvo como contexto la pandemia por SARS-CoV-2, volviendo a tener una tasa de siete pmp a nivel país durante los años 2020 y 2021. En cuanto a las listas de espera, éstas mantienen un promedio de 3100 personas, incluyendo órganos y córneas. En 2016, la mortalidad fue de 32% en la lista de espera de trasplante de hígado, 14% en la de corazón, 17% de pulmón y 2% de riñón(392).

Programas y políticas del país En 2010, se actualiza la ley de trasplante, a través de la ley N° 20.413, que introduce el concepto de donante universal y consentimiento presunto. Es decir, que todo mayor de 18 años es considerado donante de órganos, a menos que en vida, haya manifestado su voluntad de no serlo en algunas de las formas establecidas en la ley. También crea un Registro Nacional de No Donantes y establece el deber ministerial de garantizar la existencia de una Coordinación Nacional de Trasplantes, la que se crea en el año 2011 dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Esta entidad es la encargada de implementar la política nacional de donación y trasplantes. En el año 2017, se promulga la ley N° 20.988, que permite y regula la donación cruzada de órganos entre vivos, estableciéndose los términos en los cuales se realizará dicha donación, específicamente para trasplantes de riñón. Otra actualización a la ley de trasplante es la N° 21.145, que actualiza el Registro Nacional de No Donantes y considera que, cuando el difunto no estuviere inscrito en dicho registro, se presumirá su voluntad de ser donante(396), precisando de manera más rigurosa la aplicación del concepto de donante presunto en el modelo de Comunicación de Donación. Posteriormente, se realiza una nueva actualización a la ley, en el año 2021, que amplía la posibilidad de donación de órganos entre vivos, incluyendo a parientes por afinidad hasta segundo grado (ley N° 21.300), aumentando la posibilidad de acceder a un trasplante. Las iniciativas en torno a la donación de órganos deben considerar la complejidad del tema, para lograr un cambio sostenido y permanente, que impacte en las tasas de donación. Esto demanda la generación de una política robusta y eficaz, que permita minimizar las deficiencias actuales, conocer el funcionamiento de las unidades de procuramiento, y colocar los incentivos correctos para que los hospitales detecten donantes(392). En 2018, surge la "Norma General Técnica para el Procuramiento, Preservación e

Implante de Tejidos", que sienta las bases para estandarizar, a nivel país, el proceso de procuramiento, procesamiento, almacenamiento y distribución de los tejidos provenientes de donantes vivos o cadáver, para ser utilizados como injertos con calidad clínica(397). En el año 2021, se aprueba una actualización de la "Norma Técnica General para el Procuramiento, Conservación e Implante de córneas"(398), regulando las actividades asociadas a este tipo de tejido.

Objetivo al 2030 Para la década 2011-2020, no fueron comprometidos objetivos para este problema. Para 2030, el objetivo de impacto comprometido es disminuir la tasa de morbimortalidad y mejorar la calidad de vida de las personas que requieren uno o más trasplantes de órganos y/o tejidos. Lo anterior, se plantea debido a la baja disponibilidad de órganos y/o tejidos, los que resultan insuficientes para la demanda. Esto se puede explicar por, al menos, seis factores: 1) la inestabilidad del recurso humano de las coordinaciones de procuramiento y trasplante a nivel nacional (utilización en otras funciones y alta rotación), 2) la insuficiente notificación y/o pesquisa de posibles y potenciales donantes, 3) retraso o incompletitud de estudios pre-trasplante, 4) la desconfianza social en el sistema sanitario y, por tanto, en el sistema de donación y trasplante, 5) la baja dotación de profesionales especialistas en trasplantes y 6) una insuficiente gestión en diversos aspectos de la donación, procuramiento y trasplante, por parte de la red público, privada, FF.AA., de Orden y Seguridad Pública y mutuales.

Definición del problema de salud Los recursos humanos en salud son "todas las personas involucradas en acciones cuya intención principal es mejorar la salud"(399), es decir, incluye a los trabajadores de salud, tanto profesionales como no profesionales, que prestan servicios asistenciales y no asistenciales. Los trabajadores sanitarios son fundamentales para establecer sistemas sanitarios sólidos y resistentes que contribuyan a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la cobertura sanitaria universal y la seguridad sanitaria mundial(400)(401).

Situación epidemiológica en el mundo En 2013, había 43 millones de trabajadores de la salud en el mundo. Para cumplir con la meta de cobertura universal de los ODS (meta 3), la OMS estima que se necesitan 4,45 profesionales nucleares (médicos, enfermeras y matronas) por 1000 habitantes (casi el doble de lo recomendado hasta ahora de 2,3 por 1.000 habitantes). Esto implica que, para 2030, habrá un déficit de 18 millones de trabajadores sanitarios en el mundo(402). En las últimas décadas muchos países han reducido el déficit crítico de RR.HH. Especialmente en el nivel primario de salud, se ha mejorado la institucionalidad de los recursos humanos en el sector salud y se ha avanzado en la definición de políticas y planes a largo plazo. Sin embargo, existe la percepción de que los RR.HH. en salud son un gasto creciente y no una inversión para mejorar la salud y el desarrollo. Asimismo, existen aún inequidades en la disponibilidad, la distribución y la calidad del personal de salud entre países y dentro de los países, entre los niveles de atención y entre los sectores público y privado(400). Otro de los grandes problemas que enfrenta el manejo de los RR.HH. en salud es la migración. Los análisis muestran que los países de ingresos altos y medianos tendrán la capacidad económica para emplear a decenas de millones de trabajadores de salud, pero no podrán formar la cantidad de RR.HH. que necesitan. Por otra parte, los países de bajos ingresos no podrán emplear una gran cantidad de trabajadores de la salud, aunque puedan formarlos, es decir, no podrán retenerlos, aumentando la escasez en estos países(403).

Estrategias globales Para hacer frente a los desafíos, en 2016, la OMS propuso una estrategia mundial para los recursos humanos en salud, que busca guiar las políticas nacionales. Esta estrategia tiene 4 objetivos: 1) Optimizar el desempeño, la calidad y el impacto de la fuerza laboral de salud a través de políticas basadas en evidencia, a través de contar con sistema de acreditación de las instituciones formadoras, mejorando el acceso a las carreras de la salud y disminuyendo la deserción, 2) alinear la inversión en recursos humanos para la salud con las necesidades actuales y futuras de la

GESTIÓN DEL PERSONAL

OBJETIVO DE IMPACTO

Fortalecer el Diseño, Implementación y Monitoreo de un Modelo integral de Gestión y Desarrollo de Personas en el Sistema Público de Salud.

RESULTADOS ESPERADOS

- Contar con una política sectorial de gestión de la información e investigación para el desarrollo de personas del Sistema Público de Salud.
- Aumentar la equidad territorial en la distribución de recursos humanos en el Sistema Público de Salud.
- Fortalecer el diseño de perfiles de cargo y los procesos de selección, reclutamiento, ascenso, promoción y desarrollo de personas en el Sistema Público de Salud.
- Diseñar, implementar y monitorear políticas y normativas que promuevan la protección de la salud, seguridad, buen trato y clima laboral de los/as funcionarios/as en el Sistema Público de Salud.
- Fomentar el diseño, implementación y monitoreo de políticas en cuidados infantiles de los/as funcionarios/as del Sistema Público de Salud durante sala cuna, el jardín infantil y centros escolares.

población y los sistemas sanitarios, a través de reducir la dependencia de profesionales capacitados en otros países (aplicar Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud), aumentar las sinergias bilaterales y multilaterales en apoyo de las prioridades nacionales de empleo sanitario y crecimiento económico, crear, cubrir y mantener, al menos, 10 millones de empleos adicionales a tiempo completo en los sectores de la salud y la atención social, para abordar las necesidades de las poblaciones desatendidas y aumentar la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la formación y la retención del personal sanitario, 3) fortalecer la rectoría, el liderazgo y la gobernanza de las políticas públicas eficaces, desarrollando una agenda intersectorial de la fuerza laboral de salud, crenado una unidad de RR.HH. para desarrollar y monitorear políticas y planes y creando mecanismos regulatorios para promover la seguridad del paciente y una supervisión adecuada del sector privado, 4) fortalecer sistemas de información sobre RR.HH. para la salud a nivel nacional e internacional, para el monitoreo de las estrategias implementadas, contando con registros del personal sanitario y permitiendo el intercambio de información(404).

Situación nacional En 2019, había 599.341 prestadores individuales inscritos en el registro de prestadores de la superintendencia de salud, de los cuales el 32% era técnico de nivel superior, 10% era psicólogo, el 9,5% enfermeras/os, 9% auxiliares de salud, 8,3% medicas/os, 5% kinesiólogas/os y 4% dentistas(405). Chile tiene 2,3 médicos y 2,9 enfermeras por mil habitantes, ambas cifras inferiores al promedio de los países de la OECD (3,6 y 8,8 respectivamente) (406). El número de titulados de carreras de la salud no ha tenido variaciones importantes en los últimos cuatro años. Entre 2016 y 2019, el número de enfermeras/os que se titularon pasó de 5.314 a 5.346 y el número de médicos pasó de 1.598 a 1.818(407). Según datos del Ministerio de Salud, en 2019 había 202.289 personas que trabajaban en la red asistencial pública (el 65% se desempeñaba en los servicios de salud y 35% en atención primaria). Entre 2013 y 2019, la dotación de la red pública aumentó en un 48%. El número de profesionales nucleares fue de 3,96 por 1000 beneficiarios de Fonasa, lo que muestra un aumento importante desde 2013 cuando era de 2,5 por 1.000 beneficiarios(408). En relación al déficit de especialistas en nuestro país, según la Subsecretaría de Redes Asistenciales, el mayor problema está en la falta actual y futura de subespecialistas o las llamadas especialidades derivadas (medicina intensiva, nefrología, infectología, oncología, gastroenterología, hematología, nutrición clínica, ginecología oncológica, nefrología pediátrica y cirugía cardiovascular), para las cuales no existe financiamiento directo. En los próximos tres años, se requerirán 443 médicos subespecialistas para cubrir la demanda asistencial(409).

Programas y políticas del país En 2012, se formuló una política de RR.HH. en salud, para el funcionamiento de redes asistenciales integradas, con énfasis en la atención primaria de salud, que incluía la necesidad de planificar el número y tipo de RR.HH. necesarios para el país, diseñar políticas para atraer, reclutar, retener y desarrollar al personal sanitario, así como contar con estrategias de gestión del desempeño(410). Durante los últimos años, se han hecho esfuerzos por cerrar la brecha de RR.HH., tanto en APS como de especialistas, a través del trabajo con instituciones formadoras, la inversión en RR.HH., la ampliación de las oportunidades de especialización para médicos y la mejora de las condiciones laborales y de desarrollo profesional(411)(412). En cuanto a asegurar la calidad del personal sanitario, las carreras de medicina y odontología deben someterse a un proceso de acreditación de carrera por parte del Consejo Nacional de Acreditación, que es adicional a la acreditación de las universidades. El proceso de acreditación de carrera es opcional para las otras carreras de la salud, pero la mayor parte de las universidades lo ha solicitado. En el caso de los médicos-cirujanos, se exige la rendición del Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (Eunacom), tanto a médicos chilenos como a extranjeros, para entregar prestaciones GES. El Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud, de acceso público, facilita la identificación y fiscalización de los prestadores habilitados legalmente para ejercer una profesión de salud en nuestro país. Asimismo, existe un sistema para la certificación de especialidades y subespecialidades médicas, odontológicas, farmacéuticas o químicas-farmacéuticas y bioquímicas, a cargo de entidades certificadoras. Todos ellos deben figurar en el registro de prestadores(4).

Objetivo al 2030 Los esfuerzos realizados durante la década, permitieron superar la densidad de profesionales nucleares propuesta para 2020, alcanzando los 3,71 por 1.000 habitantes (ver documento "Evaluación de fin de periodo"). Persisten, sin embargo, importantes desafíos para satisfacer las necesidades que se plantean en los próximos años en el sistema público de salud. Durante la próxima década, el objetivo de impacto es fortalecer el Diseño, Implementación y Monitoreo de un Modelo integral de Gestión y Desarrollo de Personas en el Sistema Público de Salud.

FINANCIAMIENTO DEL SECTOR

OBJETIVO DE IMPACTO

Alinear el modelo de financiamiento a los objetivos sanitarios del país.

RESULTADOS ESPERADOS

- Contar con adecuada información para la toma de decisiones en la asignación de recursos y optimización del gasto.
- Disponer de protocolos de acuerdo específicos entre el sector salud y DIPRES respecto del marco presupuestario.
- Mejorar la distribución de forma equitativa en la entrega de servicios en la Atención Primaria de Salud.
- Definir la cartera de prestaciones en base a un modelo de atención en red.
- Fortalecer la eficiencia en la ejecución del gasto en establecimientos de Salud y en las SEREMIs.

Definición del problema de salud El financiamiento de la salud es una función central de los sistemas de salud, que apunta a mejorar la salud y reducir las desigualdades, removiendo barreras económicas de acceso o reduciendo el impacto del gasto en salud para las familias, especialmente del gasto catastrófico. Su correcta planificación y ejecución permitirá el progreso hacia la cobertura universal de salud, al mejorar la cobertura de servicios y la protección financiera efectivas(413). La financiación consiste en recaudar y mancomunar (o aunar) los fondos para remunerar a los proveedores de atención médica y de salud, para cubrir las necesidades de las personas, de forma individual o colectiva. Comprende tres acciones básicas: determinar los recursos financieros disponibles en el sistema de salud; fusionar los recursos provenientes de impuestos, cotizaciones sociales, copagos y otros y, finalmente, distribuir y asignar los recursos dentro del sistema. De la función de financiación se espera que recaude fondos suficientes, que brinde un sistema de mancomunación de fondos para compartir los riesgos financieros de forma solidaria y que garantice el uso de los recursos de manera eficiente(414).

Situación epidemiológica en el mundo El gasto en salud ha ido creciendo continuamente. En 2018, llegó a representar el 9,8 del PIB mundial en salud, con un promedio per cápita de 1.110 dólares(415). El sector de la salud se ha expandido con más rapidez que la economía. En los países de ingresos medios, el gasto en salud aumentó un 6,3% anual entre 2000 y 2017, mientras que en los países de bajos ingresos aumentó un 7,8% anual. El gasto en salud muestra enormes variaciones entre los países. Así, en los países de ingresos bajos, el gasto promedio en salud fue de 41 dólares, mientras que en los países de ingresos altos fue de 2.937 dólares(416). Casi todos los países muestran dos tendencias en materia de financiamiento en salud: aumenta el gasto per cápita en salud y disminuye el gasto de bolsillo(417). A pesar de ello, según la OMS, cerca de 930 millones de personas en el mundo corren el riesgo de caer en la pobreza debido a gasto catastrófico en salud, definido como el 10% o más del presupuesto familiar. Aumentar el gasto en atención primaria de salud podría salvar 60 millones de vidas y aumentar la esperanza de vida en 3,7 años para 2030. Para ello, se necesitaría una inversión adicional de entre 200 y 370 mil millones de dólares(418).

Estrategias globales Para alcanzar acceso y cobertura universal de salud, es necesario incrementar y mejorar el financiamiento con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación de los pagos directos, que constituyen una barrera de acceso a los servicios de

salud, aumentando el gasto público en salud(400). Naciones Unidas llama a los países a aplicar políticas de financiación de la salud que permitan responder a las necesidades insatisfechas y eliminar las barreras financieras para el acceso a servicios sanitarios de calidad, seguros, eficaces, asequibles y esenciales, medicamentos, vacunas, diagnósticos y tecnologías de la salud, reducir los gastos de bolsillo, e insta a garantizar las inversiones en servicios de salud pública(419).

Situación nacional El sistema de salud chileno se caracteriza por tener una estructura segmentada por riesgo e ingreso, con altos niveles de inequidad e ineficiencia. A pesar de que el financiamiento del sector público ha ido creciendo en los últimos años, aún es insuficiente, lo que afecta a la mayor parte de la población. Durante los últimos diez años, el gasto en salud, como porcentaje del PIB, pasó de 6,7% en 2011 a 9,3% en 2019. El gasto per cápita en salud, por su parte, aumentó en un 75%, pasando de 1.377 a 2.404 dólares en el mismo período(420)(421). En 2019, el gasto público en salud fue de 18 mil millones de pesos, con un incremento del 143% con respecto a 2010(422). El gasto público en salud representa aproximadamente el 50% del gasto total en salud y el 50% restante proviene de seguros privados y gasto de bolsillo(421)(422). El 78,4% del gasto público en salud correspondió a gastos asistenciales, siendo la mayor proporción de estos recursos ejecutadas en prestadores públicos de salud y un 11% en compras y subsidios a prestadores privados de salud(423). Entre 2012 y 2017, aumentó el gasto de bolsillo de los hogares, siendo los factores que más influyen en este incremento los medicamentos, los servicios dentales y las prestaciones de servicios hospitalarios(385). A pesar del aumento presupuestario, la deuda hospitalaria ha continuado creciendo, y lo mismo ocurre con las listas de espera.

Programas y políticas del país En los últimos años, se ha realizado una serie de reformas al sector salud, para dar respuesta a las crecientes necesidades sanitarias de la población. Entre ellas, la regulación de las Isapres, la ley de autoridad sanitaria, el régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) (en entrega garantía de acceso, de oportunidad, de calidad y de protección financiera para 85 problemas de salud), la regulación de fármacos y un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo(4).

Objetivo al 2030 La evaluación de los avances en la última década no es favorable. El gasto de bolsillo sigue siendo muy alto y la gestión hospitalaria tampoco ha alcanzado las metas propuestas (ver documento "Evaluación de fin de periodo"). Para la década siguiente, se plantea la necesidad de alinear el modelo de financiamiento a los objetivos sanitarios del país.

SALUD DIGITAL

OBJETIVO DE IMPACTO

Desarrollar un modelo de atención de Salud Digital sostenible, que aporte al acceso, la atención oportuna y la información a los pacientes en sus contextos territoriales/culturales, de manera articulada, coordinada y que complemente al modelo de atención de salud presencial vigente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Fortalecer el Desarrollo de Capital Humano sectorial y alfabetización digital de los usuarios y a la comunidad en Salud Digital.
- Fortalecer la Inversión y el Desarrollo de las tecnologías para la salud digital, así como el adecuado financiamiento de inversión, mantención y operación.
- Definir la Gobernanza en el modelo de salud digital y con los sistemas de información del intersector.
- Contar con un Marco regulatorio claro y eficiente en temas de salud digital y con los sistemas de información del intersector.

Definición del problema de salud Los sistemas de salud a nivel mundial están incrementando su demanda y gasto debido al envejecimiento poblacional y a las enfermedades crónicas no transmisibles, con importantes inequidades en el acceso a atención sanitaria debido a barreras económicas, geográficas, culturales y demográficas, generando necesidades de salud insatisfechas. Con ello, las tecnologías digitales resultan un elemento que puede contribuir a descongestionar los sistemas de salud y mejorar el acceso(424). La salud digital es reconocida por la OMS como un aporte a los sistemas tradicionales, y como una oportunidad para desarrollar la salud pública. Tecnologías como la asistencia virtual, la supervisión a distancia, la inteligencia artificial, los dispositivos inteligentes, las plataformas, las herramientas que permiten captar e intercambiar datos e información, pueden mejorar los resultados sanitarios al mejorar los diagnósticos, las decisiones terapéuticas y el autocuidado, además de ampliar los conocimientos basados en evidencia, aptitudes y competencias de los profesionales para prestar servicios de salud. La salud digital debe formar parte de las prioridades de salud y beneficiar a las personas de una manera ética, segura, fiable, equitativa y sostenible(425).

Situación epidemiológica en el mundo En los últimos años, ha habido importantes progresos en algunos países. Sin embargo, muchos requieren apoyo para el desarrollo y consolidación de estrategias nacionales de salud digital y para la ejecución de sus planes de acción(425). En Brasil, la salud digital es vista como una estrategia para la mejora de los servicios de salud a través de la provisión y uso de información integral que agiliza y mejora la calidad de la atención y los procesos de salud, beneficiando a pacientes, profesionales, gestores y organizaciones sanitarias. En Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud (NHS) prevé la cobertura universal basada en los principios de equidad e integralidad, utilizando la estrategia digital para la universalización de la atención en NHS Digital. En Estados Unidos, la iniciativa de salud digital es liderada por la Oficina de la Coordinadora Nacional, cuyo propósito es coordinar los esfuerzos nacionales para implementar y utilizar la tecnología de información de salud más avanzada y el intercambio electrónico de esta información. Estudios muestran que la inteligencia artificial, se utilizará en el 90% de los hospitales estadounidenses para 2025, para permitir diagnósticos rápidos de enfermedades crónicas como el cáncer y la diabetes(426).

Estrategias globales En 2018, la Asamblea Mundial de la Salud reconoció la importancia de las tecnologías digitales para el avance

en la Cobertura Universal de Salud. En su resolución (WHA 71.7), instó a los ministerios de salud a evaluar el uso de tecnologías digitales y dar prioridad al desarrollo, evaluación, implementación, ampliación y mayor uso de estas tecnologías y, en la 73ª Asamblea Mundial de la Salud, refrendó la "Estrategia mundial sobre salud digital 2020-2025" en la decisión WHA73, 2020. En la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, se recalca que la expansión de las tecnologías de la información y las comunicaciones y la interconexión mundial ofrecen grandes oportunidades para la consecución de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, y que será un factor facilitador para garantizar que 1.000 millones más se beneficien de la cobertura sanitaria universal, que 1.000 millones más estén protegidas frente a las emergencias sanitarias y que 1.000 millones más de personas disfruten de una mejor salud y bienestar (metas de los tres mil millones de la OMS). Recientemente, la OMS publicó la "Guía sobre el Uso de la Salud Digital", con diez recomendaciones basadas en evidencia sobre intervenciones digitales para el fortalecimiento de los sistemas de salud(425). Está diseñada para apoyar a los gobiernos a planificar intervenciones digitales en los programas de salud, detallando los procesos de planificación, cálculo de costes e implementación de intervenciones de salud digital(427). También, la OMS ha elaborado el "Atlas de la Salud Digital", una base de datos mundial en línea, donde las administraciones pueden registrar sus actividades en este ámbito. En 2019, la OMS anunció la creación del Departamento de Salud Digital, con el cual reforzará su función de evaluación de las tecnologías digitales y apoyará a los Estados Miembros a priorizarlas, integrarlas y regularlas(428).

Alcance en el país Chile cuenta con importantes proyectos de telemedicina y telesalud, impulsados desde universidades y agencias de gobierno, como el Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud (CENS), la Unidad de Telemedicina de la Universidad de Concepción o el Hospital Digital. Este último, se trata de un modelo de atención en salud centrado en el paciente, que aprovecha las tecnologías para acercar la atención a las personas. El sitio incluye algunos servicios personalizados que requieren Clave Única, en general, para beneficiarios del sistema público de salud(429). También existen avances en tecnologías de Inteligencia Artificial y su aplicación ha sido útil para el pre-diagnóstico de enfermedades, que luego son confirmadas por el especialista, y para el seguimiento remoto de pacientes con enfermedades crónicas, mediante dispositivos de biometrías. Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en salud, permiten mitigar las barreras de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad geográfica, administrativas y financieras existentes en Chile. Además, permiten abordar la distribución no uniforme de población, sumado al déficit de médicos comparado con el promedio de los países OCDE; y, por último, contribuyen a mejorar el acceso, cobertura, oportunidad de la atención, eficiencia y calidad del Sistema de Salud. Si bien Chile ha presentado significativos avances en materia de telemedicina durante los últimos 14 años, y con la pandemia COVID-19 se ha visto acelerado, su desarrollo aún es incipiente(424).

Programas y políticas del país A la atención de salud a distancia le son aplicables normas jurídicas generales que rigen para la atención de salud presencial y la normativa que se ha dictado específicamente para telemedicina y telesalud. Entre éstas, cabe mencionar la Res Ex N° 342/2018 (Minsal) que aprobó el "Programa Nacional de Telesalud", donde se establecen definiciones y lineamientos para las estrategias de telesalud implementadas en las Redes Asistenciales. En 2019, se reconoció el código de arancel Fonasa para consultas por telemedicina en la Modalidad de Atención Institucional y, en 2020, antes de la pandemia por Covid-19, se reconocieron códigos de prestaciones por telemedicina en distintas especialidades en la Modalidad Libre Elección. Respecto de la Ley GES, el Decreto N° 22/2019 del Minsal incorpora nuevas prestaciones, indicando que pueden otorgarse mediante telemedicina, teleconsulta y otros usos de salud digital. A partir de la pandemia por coronavirus, el Ministerio de Salud, autorizó el uso de códigos para las atenciones remotas, durante el período de vigencia de la Alerta Sanitaria. Una de las últimas normativas en periodo de alerta sanitaria, fue la Ley N° 21.267 que establece medidas para facilitar la adquisición de fármacos aprobada en septiembre de 2020, que autoriza en el uso de copia de recetas médicas en formato físico o digital(424). Respecto del

desarrollo de Salud Digital o Telemedicina, el Ministerio de Salud, en 2007, crea el Departamento de Asistencia Remota en Salud; en 2012, implementa Teleradiología y Teleasistencia a través de dispositivos móviles y, en 2017, crea la Red de Referencia de Telemedicina en Ataque Cerebro Vascular en el Servicio de Salud Metropolitano Sur. El "Programa Nacional de Telesalud 2018", tiene por objetivo generar las condiciones técnicas, tecnológicas, administrativas, organizacionales y financieras para desarrollar la Teleeducación, Telemedicina y Teleasistencia en los Servicios de Salud y, así, contribuir a mejorar el acceso y equidad en salud integral de las personas, y al cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020"(430).

Objetivo al 2030 Para la década 2011-2020, no fueron comprometidos objetivos para este problema. Para 2030, el objetivo de impacto comprometido es desarrollar un modelo de atención de Salud Digital sostenible, que aporte al acceso, la atención oportuna y la información a los pacientes en sus contextos territoriales/culturales, de manera articulada, coordinada y que complemente al modelo de atención de salud presencial vigente. Se plantea debido a los pocos incentivos para que los profesionales/técnicos, clínicos y administrativos actualicen sus conocimientos en salud digital, pocas facilidades para pilotar proyectos innovadores o tecnologías disruptivas, baja vinculación y poca generación de valor para los pacientes en la estrategia de SD, inversión en tecnologías digitales con escasos resultados esperados, inexistencia de un nivel de implementación que asegure llegar a todo el territorio con la estrategia, falta de claridad del rol del Ministerio de Salud en SD, estrategia digital construida con escasa participación de los distintos stakeholders (públicos y privados), inadecuada estrategia de Salud Digital, escaso financiamiento para implementación de una estrategia digital en los diferentes niveles de atención, poca conciencia de la importancia de la SD en autoridades y escasas competencias de directivos y funcionarios en Salud Digital.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Chile. Ministerio de Salud. Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010 [Internet]. 2006 [citado 26 de junio de 2021]. Disponible en: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/5.pdf

2. Chile. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2016 [citado 26 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf

3. Mackenna MBV. Orígenes del Hospital San Juan de Dios [Internet]. [citado 28 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.museovicunamackenna.gob.cl/colecciones/medicos-de-antano-vistos-por-benjamin-vicuna-mackenna/origenes-del-hospital-san-juan-de

4. Aguilera X, Castillo C, Covarrubias T, Delgado I, Fuentes R, Gómez MI, et al. Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Serie de Salud Poblacional N°2 [Internet]. Estructura y Funcionamiento del Sistema de Salud Chileno. Santiago: Universidad del Desarrollo; 2019 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: http://repositorio.udd.cl/handle/11447/2895

5. Cea Egaña JL. Derecho Constitucional Chileno. Santiago, Chile: Universidad Católicade Chile; 2016.

6. Allende S. La realidad médico - social chilena. Santiago, Chile: Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social; 1939.

7. Illanes Oliva MA. En el nombre del pueblo, la ciencia y el Estado: Historia Social de la Salud Pública, Chile 1880-1973. Santiago, Chile: MINSAL; 2010.

8. APROFA. Investigaciones sobre planificación familiar [Internet]. Santiago: APROFA; 1979 [citado 7 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.memoriachilena.gob.cl/archivos2/pdfs/MC0056034.pdf

9. Observatorio Chileno de Salud Pública [Internet]. 2021 [citado 28 de diciembre de 2021]. Disponible en: http://www.ochisap.cl/index.php/organizacion-y-estructura-del-sistema-de-salud/desarrollo-historico-del-sistema-de-saludservatorio

10. Larranaga O, Contreras D. Las nuevas políticas de protección social en Chile. Santiago, Chile: PNUD; 2015.

11. Sgombich X, Agurto I, Córdova D, Moreno A. PERCEPCIONES SOCIALES RESPECTO DEL DERECHO A LA SALUD Y EXPECTATIVAS DE CAMBIO EN EL SISTEMA DE SALUD. Rev Salud Probl [Internet]. 2018;(23):29-44. Disponible en: https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/540

12. Alejandro GG. El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. Rev méd Chile. 2015;143(6):774-86.

13. Infante A, Paraje G. La Reforma de Salud en Chile [Internet]. Santiago, Chile; 2010. Disponible en: /Users/admin/Downloads/undp_cl_pobreza_La-reforma-AUGE-editada (2).pdf

14. OECD. ESTUDIOS DE LA OCDE SOBRE SALUD PÚBLICA: CHILE HACIA UN FUTURO MÁS SANO [Internet]. Paris; 2019. Disponible en: https://www.oecd.org/health/health-systems/Revisión-OCDE-de-Salud-Pública-Chile-Evaluación-y-recomendaciones.pdf

15. WID.world. WORLD INEQUALITY DATABASE. 2021.

16. PNUD-MDSF. Impactos socioeconómicos de la pandemia en los hogares de Chile. Resultados de la Encuesta Social Covid-19. Primera fase: julio 2020 [Internet]. Santiago, Chile; 2020. Disponible en: file:///Users/admin/Downloads/202001113_pnud_covid.pdf

17. Centro de Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica de Chile. The Lancet Countdown on Health and Climate Change Resumen de políticas para Chile [Internet]. Santiago, Chile; 2021. Disponible en: https://politicaspublicas.uc.cl/wp-content//uploads/2021/10/Chile-2021-Spanish-Lancet-Countdown-Policy-Document_v2-1.pdf

18. Chile. Ministerio de Salud. Formulación Estrategia Nacional de Salud 2021-2030: Metodología de Trabajo [Internet]. Santiago; 2019 [citado 26 de junio de 2021]. Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/01/Formulación-OSD-2021-2030-Metodología-de-trabajo.pdf

19. OPS/OMS. Determinantes Ambientales de Salud [Internet]. 2021 [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/determinantes-ambientales-salud

20. Prüss-Üstün A, Corvalán C, Organización Mundial de la Salud (OMS). Ambientes saludables y prevención de enfermedades: hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente [Internet]. Ginebra: OMS; 2006 [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/prevdisexecsumsp.pdf

21. OMS. Salud, medio ambiente y cambio climático; 2019 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Ginebra; 2019 abr [citado 6 de enero de 2022]. Report No.: AMS72.15. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/ams7215-salud-medio-ambiente-cambio-climatico-2019

22. Chile. Ministerio de Obras Públicas. Mesa Nacional del Agua: Primer Informe. Santiago; 2019 oct.

23. Chile. Ministerio del Medio Ambiente. Resumen del Estado del Medio Ambiente para la ciudadanía [Internet]. Santiago; 2020 [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://sinia.mma.gob.cl/wp-content/uploads/2019/12/REMA-2019-comprimido.pdf

24. Huneeus N, Urquiza A. El aire que respiramos: pasado, presente y futuro - Contaminación atmosférica por MP2,5 en el centro y sur de Chile [Internet]. Santiago; 2020 [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.cr2.cl/contaminacion/#1598971123684-86b5b7ff-17c5

25. Chile. Ministerio del Medio Ambiente. Tercera Encuesta Nacional del Medio Ambiente [Internet]. Santiago, Chile; 2017. Disponible en: https://mma.gob.cl/wp-content/uploads/2018/03/Informe-Final-Encuesta-Nacional-de-Medio-Ambiente-2018.pdf

26. Chile. Ministerio de Salud. Plan de Gestión Ambiental: Proyecto de apoyo al sector salud [Internet]. Santiago; 2017 feb [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/03/Plan-de-Gestión-Ambiental-Proyecto-Salud-Chile-9-de-marzo-2017.pdf

27. OMS. Protección de la salud de los trabajadores [Internet]. 2017 [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/protecting-workers'-health

28. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción sobre la salud de los trabajadores [Internet]. Ginebra: OPS; 2007 [citado 6 de enero de 2022]. 12 p. Disponible en: https://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_sp_web.pdf

29. OIT. Safety and Health at the heart of the Future of Work: Building on 100 years of experience [Internet]. Ginebra; 2019 abr [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/events-training/events-meetings/world-day-for-safety/WCMS_686645/lang--en/index.htm

30. OIT. El Programa de Trabajo Decente de la OIT [Internet]. [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--es/index.htm

31. Soto Altamirano P. Estadísticas de Accidentabilidad 2020 [Internet]. Santiago; 2021 abr [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.suseso.cl/607/articles-632758_archivo_01.pdf

32. García-Huidobro D, Barros X, Quiroz A, Barría M, Soto G, Vargas I, et al. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2018 [citado 6 de enero de 2022];42. Disponible en: https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.160

33. OMS. Atención primaria de salud [Internet]. 2021 [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care

34. Chile. Ministerio de Salud, OPS/OMS. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria: Dirigido a equipos de salud [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; 2012 [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: http://172.16.1.100:8080/xmlui/handle/2015/1057

35. WHO. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health [Internet]. Ginebra; 2008 ago [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1

36. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease (GBD): Data Visualization [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.healthdata.org/data-visualization/gbd-compare

37. Petermann-Rocha F, Martínez-Sanguinetti MA, Leiva-Ordoñez AM, Celis-Morales C, Petermann-Rocha F, Martínez-Sanguinetti MA, et al. Carga global de morbilidad y mortalidad atribuible a factores de riesgo entre los años 1990 y 2019: ¿Cuál es la realidad chilena? Rev Med Chil [Internet]. 1 de marzo de 2021 [citado 6 de enero de 2022];149(3):484-6. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872021000300484&lng=es&nrm=iso&tlng=es

38. FAO. La Seguridad Alimentaria: Información para la toma de decisiones [Internet]. 2011. Disponible en: https://www.fao.org/3/al936s/al936s00.pdf%0A

39. Comité de Seguridad Alimentaria Mundial. Directrices Voluntarias del CSA Sobre los Sistemas Alimentarios y la Nutrición [Internet]. Ginebra: FAO; Disponible en: http://www.fao.org/fileadmin/templates/cfs/Docs2021/Documents/CFS_VGs_Food_Systems_and_Nutrition_Strategy_ES.pdf%0A

40. WHO. Healthy diet [Internet]. Ginebra; 2018 ago [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/publications/m/item/healthy-diet-factsheet394

41. FAO, OMS. DIETAS SALUDABLES SOSTENIBLES PRINCIPIOS RECTORES [Internet]. Ginebra: FAO; 2020 [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://doi.org/10.4060/ca6640es

42. WHO. WHO estimates of the global burden of foodborne diseases: foodborne disease burden epidemiology reference group 2007-2015 [Internet]. Ginebra: WHO; 2015 [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199350/9789241565165_eng.pdf?sequence=1

43. OMS. Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición Materna, del lactante y del niño pequeño [Internet]. Ginebra; 2014. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/130456/WHO_NMH_NHD_14.1_spa.pdf;jsessionid=632F4C448915EDF192982A5693F3FD83?sequence=1

44. FAO. El futuro de la seguridad alimentaria. Ginebra;

45. MINSAL. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2016-2017 Primeros resultados [Internet]. Santiago; 2018 [citado 19 de diciembre de 2018]. Disponible en: https://inta.cl/wp-content/uploads/2018/01/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS-1.pdf

46. Chile. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Consumo Alimentario [Internet]. Santiago; 2010 [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/ENCA.pdf

47. Chile. Ministerio de Salud. Política Nacional de Alimentación y Nutrición [Internet]. Santiago, Chile; 2017. Disponible en: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/BVS_POLÍTICA-DE-ALIMENTACIÓN-Y-NUTRICIÓN.pdf

48. Chile. Ministerio de Salud. Reglamento sobre notificación de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria y su vigilancia

[Internet]. Santiago, Chile; 2020. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1141549

49. Chile. Ministerio de Salud. Plan nacional de salud mental 2017-2025 [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; 2017 [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: http://172.16.1.100:8080/xmlui/handle/2015/889

50. US Department of Health and Human Services. Mental Health. Healthy People 2030 [Internet]. Bethesda; 2020. Disponible en: https://www.healthypeople.gov/2020/leading-health-indicators/2020-lhi-topics/Mental-Health

51. WHO. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030 [Internet]. Ginebra: WHO; 2021 [citado 6 de enero de 2022]. 40 p. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029

52. WHO. Promoting mental health : concepts, emerging evidence, practice : summary report [Internet]. Ginebra; 2004 [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

53. WHO. Día Mundial de la Salud Mental 2021 [Internet]. 2021 [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/campaigns/world-mental-health-day/2021

54. ODPHP. Mental Health [Internet]. 2020 [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.healthypeople.gov/2020/leading-health-indicators/2020-lhi-topics/Mental-Health

55. ONU. Objetivos de Desarrollo Sostenible: Salud y Bienestar [Internet]. Nueva York; 2021. Disponible en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/

56. Chile. Ministerio de Salud. Encuesta nacional de Salud 2016-2017: Primeros resultados. Santiago; 2017 nov.

57. Bravo D, Errázuriz A, Campos D, Fernández G. Termómetro de la salud mental en Chile ACHS-UC: Tercera ronda [Internet]. Santiago; 2021 may [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.achs.cl/portal/centro-de-noticias/Documents/Termometro_SM_version3.pdf

58. Lampert-Grassi M. Modelos Comunitarios en Salud Mental: Chile, España e Inglaterra [Internet]. Santiago; 2018 oct [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/25973/1/BCN__modelos_comunitarios_en_salud_mental_FINAL.pdf

59. Chile. Ministerio de Salud. Ley-21331 Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de Salud Mental [Internet]. Santiago; may 11, 2021. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1159383

60. WHO. Tobacco [Internet]. 2021 [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco

61. CDC. Health Effects of Cigarette Smoking [Internet]. 2021 [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/index.htm

62. Bonnie RJ, Stratton K, Kwan LY, Products C on the PHI of R the MA for PT, Practice B on PH and PH, Medicine I of. Public Health Implications of Raising the Minimum Age of Legal Access to Tobacco Products [Internet]. Public Health Implications of Raising the Minimum Age of Legal Access to Tobacco Products. Whashington: National Academies Press (US); 2015 [citado 6 de enero de 2022]. 1-378 p. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310412/

63. Reitsma MB, Kendrick PJ, Ababneh E, Abbafati C, Abbasi-Kangevari M, Abdoli A, et al. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet [Internet]. 19 de junio de 2021 [citado 6 de enero de 2022];397(10292):2337-60. Disponible en: http://www.thelancet.com/article/S0140673621011697/fulltext

64. OMS. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco [Internet]. WHO. Ginebra: World Health Organization; 2003 [citado 6 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.who.int/fctc/text_download/es/

65. Chile. Ministerio de Salud. Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Consumo de tabaco [Internet]. Santiago; 2018 nov [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/07/Informe_tabaco_ENS_2016_17.pdf

66. Chile. SENDA. Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General, 2018 [Internet]. Santiago; 2019 [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2020/02/ENPEG-2018.pdf

67. OPS/OMS. Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas, 2018 [Internet]. Washington: OPS; 2018 ago [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/49237

68. OMS. Global status report on alcohol and health 2018. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018. [Internet]. Ginebra; 2018 [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639

69. OPS/OMS. Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020 [Internet]. Washington: OPS; 2021 abr [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/53579

70. OMS. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol [Internet]. Ginebra: OMS; 2010 [citado 6 de enero de 2022]. 46 p. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategyes.pdf

71. Vicente B, Saldivia S, Pihán R. Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. Acta Bioeth [Internet]. 1 de junio de 2016 [citado 6 de enero de 2022];22(1):51-61. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2016000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

72. Chile. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional sobre Alcohol: Reducción del consumo de riesgo y sus consecuencias sociales y sanitarias [Internet]. Santiago; 2010 ene [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/2 Estrategia Nacional sobre Alcohol_b.pdf

73. OPS/OMS. Abuso de sustancias [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias

74. United Nations. Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2021 [Internet]. New York, NY; 2021. Disponible en: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html

75. WHO. Drugs (psychoactive) [Internet]. 2021 [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_2

76. Winstock A. SAMPLE CHARACTERISTICS GLOBAL DRUG SURVEY 2020 [Internet]. GDS2020; 2021 [citado 6 de enero de 2022]. 11 p. Disponible en: https://www.globaldrugsurvey.com/wp-content/uploads/2021/01/GDS2020-Executive-Summary.pdf

77. United Nations. Office on Drugs and Crime. UNODC Strategy 2021-2025 [Internet]. New York, NY; 2021. Disponible en: https://www.unodc.org/unodc/strategy/index.html

78. Chile. SENDA. Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030 [Internet]. Santiago; 2021 [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2021/02/Estrategia-Nacional-de-Drogas-version-web.pdf

79. WHO. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour [Internet]. Ginebra; 2020 [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/336656

80. OMS. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. [Internet]. Ginebra: OMS; 2010 [citado 6 de enero de 2022]. 58 p. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf?sequence=1

81. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. Lancet Glob Heal [Internet]. 1 de octubre de 2018 [citado 6 de enero de 2022];6(10):e1077-86. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30193830/

82. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1·6 million participants. Lancet Child Adolesc Heal. 1 de enero de 2020;4(1):23-35.

83. ONU. The impact of COVID-19 on sport, physical activity and well-being and its effects on social development. New York, NY; 2020.

84. Sallis R, Young DR, Tartof SY, Sallis JF, Sall J, Li Q, et al. Physical inactivity is associated with a higher risk for severe COVID-19 outcomes: a study in 48 440 adult patients. Br J Sports Med [Internet]. 1 de octubre de 2021 [citado 31 de enero de 2022];55(19):1099-105. Disponible en: https://bjsm.bmj.com/content/55/19/1099

85. Hall G, Laddu DR, Phillips SA, Lavie CJ, Arena R. A tale of two pandemics: How will COVID-19 and global trends in physical inactivity and sedentary behavior affect one another? Prog Cardiovasc Dis [Internet]. 1 de enero de 2021 [citado 31 de enero de 2022];64:108. Disponible en: /pmc/articles/PMC7194897/

86. Qin F, Song Y, Nassis GP, Zhao L, Dong Y, Zhao C, et al. Physical Activity, Screen Time, and Emotional Well-Being during the 2019 Novel Coronavirus Outbreak in China. Int J Environ Res Public Heal 2020, Vol 17, Page 5170 [Internet]. 17 de julio de 2020 [citado 31 de enero de 2022];17(14):5170. Disponible en: https://www.mdpi.com/1660-4601/17/14/5170/htm

87. Guan H, Okely AD, Aguilar-Farias N, del Pozo Cruz B, Draper CE, El Hamdouchi A, et al. Promoting healthy movement behaviours among children during the COVID-19 pandemic. Lancet Child Adolesc Heal. 1 de junio de 2020;4(6):416-8.

88. Colley RC, Bushnik T, Langlois K. Exercise and screen time during the COVID-19 pandemic. Heal reports [Internet]. 2020 [citado 31 de enero de 2022];31(6):1-11. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32672923/

89. Moore SA, Faulkner G, Rhodes RE, Brussoni M, Chulak-Bozzer T, Ferguson LJ, et al. Impact of the COVID-19 virus outbreak on movement and play behaviours of Canadian children and youth: A national survey. Int J Behav Nutr Phys Act [Internet]. 6 de julio de 2020 [citado 31 de enero de 2022];17(1):1-11. Disponible en: https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12966-020-00987-8

90. OPS/OMS. Para crecer sanos, los niños tienen que pasar menos tiempo sentados y jugar más [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more

91. OPS/OMS. Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios [Internet]. Whashington; 2020. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240014886

92. OPS/OMS. Plan de acción mundial sobre actividad física [Internet]. Washington; 2019. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50904/9789275320600_spa.pdf

93. OMS. 71.a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD: Plan de acción mundial de la OMS sobre actividad física 2018-2030 [Internet]. Ginebra; 2018 [citado 4 de febrero de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R6-sp.pdf

94. OMS. Actividad física [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity

95. Chile. Ministerio del Deporte. Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes en la Población de 18 años y más [Internet]. Santiago, Chile; 2018. Disponible en: https://www.mindep.cl/secciones/151

96. Ahumada Tello J, Toffoletto MC, Ahumada Tello J, Toffoletto MC. Factors associated with sedentary lifestyle and physical inactivity in Chile: a qualitative systematic review. Rev Med Chil [Internet]. 1 de febrero de 2020 [citado 31 de enero de 2022];148(2):233-41. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000200233&lng=en&nrm=iso&tlng=en

97. Chile. MIDESO. Principales Resultados Encuesta de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes (EANNA) 2012 [Internet]. Santiago, Chile; 2013. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/eanna/presentacion_EANNA_28junio_final.pdf

98. Chile. UFRO. Reporte de notas de actividad física infantil de Chile. Temuco; 2018.

99. Chile. MIDESO. Ley 20760: Crea el Sistema Elige Vivir Sano [Internet]. Santiago, Chile; 2013. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1051410

100. Bertoldi de Fourcade; María Virginia, Stein PD, Raffaeli AE, Fornagueira AI. El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos: ¿Una cuestión de hecho o de derecho? Anu la Univ Nac Córdoba, Fac Derecho y Ciencias Soc Cent Investig Jurídicas y Soc [Internet]. 2008 [citado 31 de enero de 2022];11:241-66. Disponible en: https://biblioteca.corteidh.or.cr/documento/64451

101. OMS. Salud Sexual [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

102. ONU. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [Internet]. El Cairo; 1995. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf

103. OMS. Estrategia de salud reproductiva [Internet]. Ginebra; 2004. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69040/WHO_RHR_04.8_spa.pdf?sequence=1

104. OMS. Genero y Salud [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender

105. Naciones Unidas. Objetivos y metas de desarrollo sostenible [Internet]. ONU. 2015 [citado 26 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/

106. OMS. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer [Internet]. Ginebra; Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/es/

107. OMS. High rates of unintended pregnancies linked to gaps in family planning services: New WHO study [Internet]. Ginebra; 2019. Disponible en: https://www.who.int/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study

108. OMS. Planificación Familiar [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception%0A

109. OMS. Cada día, más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual curable [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/06-06-2019-more-than-1-million-new-curable-sexually-transmitted-infections-every-day

110. M. GL, R. B-A. Estudio epidemiológico sobre la prevalencia de disfunciones sexuales en la comunidad valenciana. Psicothema [Internet]. 1997;7(1):95-104. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/28113632_Estudio_epidemiologico_sobre_la_prevalencia_de_disfunciones_sexuales_en_la_comunidad_valenciana

111. OMS. Mutilación genital femenina [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/female-genital-mutilation#tab=tab_1

112. Grant JM, Mottet L, Tanis JE, Harrison J, Herman J, Keisling M. National Transgender Discrimination Survey: United States 2008-2009 [Internet]. USA; 2020. Disponible en: https://doi.org/10.3886/ICPSR37888.v1

113. OMS. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Ginebra; 2018.

114. OMS. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud [Internet]. Ginebra; 2014. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/%0A

115. OMS. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva [Internet]. Ginebra; 2019. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/

116. The International Childbirth Initiative. La Iniciativa Internacional del Parto [Internet]. 2018. Disponible en: https://icichildbirth.org/wp-content/uploads/2020/10/ICI_12steps_SPANISHfull.pdf

117. Comisión Interamericana de Derechos Humano. Avances y Desafíos hacia el reconocimiento de los derechos de las personas LGBTI en las Américas [Internet]. Whashington; 2018. Disponible en: http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/LGBTI-ReconocimientoDerechos2019.pdf

118. Chile. Instituto Nacional de la Juventud. 9na Encuesta Nacional de Juventud [Internet]. Santiago, Chile; 2018. Disponible en: https://www.injuv.gob.cl/9encuestanacionaldejuventud

119. ONUSIDA. Reporte Mundial sobre el VIH 2019 [Internet]. 2019; 2019. Disponible en: https://www.minsal.cl/informe-de-onusida-2019-el-87-de-las-personas-que-viven-con-vih-en-chile-han-sido-diagnosticadas/

120. Corporación Miles. Salud Sexual Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile [Internet]. Santiago, Chile; 2016. Disponible en: http://www.mileschile.cl/documentos/Informe_DDSSRR_2016_Miles.pdf

121. Chile. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva [Internet]. Santiago, Chile; 2018. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/03/POLITICA-NACIONAL-DE-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-..pdf

122. Chile. Instituto Nacional de la Juventud. Documento Técnico Embarazo Adolescente Hablemos de Todo 2020-2021. Santiago, Chile; 2020.

123. Chile. Ministerio de Salud. Recomendaciones para la implementación de los programas de acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme 2021 [Internet]. Santiago, Chile; 2021. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/05/Recomendaciones-Para-La-Implementacion-Del-Programa-De-Acompanamiento-Para-Ninos-Ninas-Y-Adolescentes-Trans-Y-Genero-No-Conforme.pdf

124. Church DL. Major factors affecting the emergence and re-emergence of infectious diseases. Clin Lab Med. 1 de septiembre de 2004;24(3):559-86.

125. OPS/OMS. Enfermedades Transmisibles [Internet]. Santiago, Chile; 2021. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-transmisibles

126. OPS/OMS. Programa de Investigación y Alianzas en Enfermedades Transmisibles [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-transmisibles/programa-investigacion-alianzas-enfermedades-transmisibles

127. Global Fund. The Global Fund: Results Report 2021. 2021.

128. OMS. Global Tuberculosis Report 2020 [Internet]. Ginebra; 2020. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131

129. OPS/OMS. Tuberculosis en las Américas: Informe regional 2019. [Internet]. Whashington; 2020. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/52815

130. OMS. Global Tuberculosis Report 2021. Whashington; 2021.

131. OMS. The End TB Strategy [Internet]. Ginebra; 2015. Disponible en: https://www.who.int/tb/Spanish_EndTBStrategy.pdf

132. Chile. Ministerio de Salud. Normas Técnicas para el control y eliminación de la Tuberculosis [Internet]. Santiago, Chile; 2014. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/01/Normas-técnicas-para-el-control-y-la-eliminacion-de-la-tuberculosis-2014.pdf

133. UNAIDS. Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet

134. UNAIDS. UNAIDS data 2020 [Internet]. New York, NY; 2020. Disponible en: https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/unaids-data

135. UNAIDS. 90-90-90: Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.unaids.org/es/resources/909090

136. UNAIDS. Estrategia Mundial Contra el SIDA 2021-2026.Acabar con las desigualdades. Acabar con el sida. [Internet]. Ginebra; 2020. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_es.pdf

137. Acevedo J. Situación epidemiológica VIH. En: Presentación cámara de Diputados [Internet]. Santiago, Chile: MINSAL; 2019. Disponible en: https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=172228&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION

138. Chile. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS 2018-2019 [Internet]. Santiago, Chile; 2019. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/06/2019.06.12_PLAN-NACIONAL-VIH-SIDA-E-ITS.pdf

139. Chile. Ministerio de Salud, ONUSIDA. Programa Spectrum. Estimaciones y proyección de VIH en Chile. Santiago, Chile;

140. OPS/OMS. Iniciativa de la OPS para la eliminación de enfermedades: Política para Aplicar un Enfoque Integrado y Sostenible de las Enfermedades Transmisibles En la Región de las Américas [Internet]. Whashington; 2019. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/2020-01/2019-cde-dc57-elimin-init-framework-es.pdf

141. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 26 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/es/agenda-salud-sostenible-para-americas-2018-2030

142. OMS. Global task force on cholera control. Ending Cholera: a global roadmap to 2030, de la Global Task Force on Cholera Control [Internet]. Ginebra; Disponible en: https://www.who.int/cholera/publications/global-roadmap-summary.pdf?ua=1

143. Chile. Ministerio de Salud. Instruye la implementación del tamizaje de Hepatitis B en la gestante. [Internet]. Chile; 2021. Disponible en:https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/CIRCULAR-N°-2-del-13-09-2021Tamizaje-de-Hepatitis-B-en-la-gestante-2021.pdf

144. Chile. Ministerio de Salud. Protocolo de manejo clínico simplificado para pacientes Hepatitis C [Internet]. Santiago, Chile; 2019. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/12/PROTOCOLO-MANEJO-SIMPLIFICADO-PACIENTES-HEPATITIS-C.-MINSAL.-2019.pdf

145. Chile. Ministerio de Salud. Orientación Técnica del manejo clínico de la infección por Hepatitis B [Internet]. Santiago, Chile; 2021. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/10/OT-HEPATITIS-B-MINSAL-2021.pdf

146. Chile. Ministerio de Salud. Resumen Ejecutivo Guía de Práctica Clínica Manejo y tratamiento de la infección crónica por virus de la Hepatitis C (VHC) [Internet]. Santiago, Chile; 2019. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/06/Resumen-ejecutivo-guia-GES-VHC.2019.pdf

147. González C. Programa nacional de inmunizacion en Chile, pasado, presente y futuro. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 1 de mayo de 2020 [citado 7 de febrero de 2022];31(3):225-32. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-programa-nacional-inmunizacion-chile-pasado-S0716864020300420

148. Flores Castro R. La situación actual de las zoonosis más frecuentes en el mundo. Gac Med Mex [Internet]. 2010 [citado 1 de febrero de 2022];146:423-52. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2010/n6/64_vol_146_n6.pdf

149. OMS. Zoonosis [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/zoonoses

150. OPS/OMS. Zoonosis [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/zoonosis%0A

151. Maxwell MJ, De Carvalho MHF, Hoet AE, Vigilato MAN, Pompei JC, Cosivi O, et al. Building the road to a regional zoonoses strategy: A survey of zoonoses programmes in the Americas. PLoS One [Internet]. 1 de marzo de 2017 [citado 1 de febrero de 2022];12(3):e0174175. Disponible en: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0174175

152. OPS/OMS. Actualización Dengue [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/2020-02/2020-feb-7-phe-actualizacion-epi-dengue.pdf%0A

153. OPS/OMS. Enfermedades desatendidas, tropicales y transmitidas por vectores [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-desatendidas-tropicales-transmitidas-por-vectores

154. OPS/OMS. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Whashington; 2020. Disponible en: from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52717/9789275373613_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

155. Troeger C, Forouzanfar M, Rao PC, Khalil I, Brown A, Swartz S, et al. Estimates of the global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of lower respiratory tract infections in 195 countries: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet Infect Dis [Internet]. 1 de noviembre de 2017 [citado 1 de febrero de 2022];17(11):1133-61. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28843578/

156. Chile. Ministerio de Salud. Calendario de Vacunación 2021 [Internet]. 2021. Disponible en: https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/CALENDARIO-VACUNACION-2021.pdf%0A

157. Chile. Ministerio de Salud. Aprueba lineamientos técnico-operativos vacunación antiinfluenza 2021 [Internet]. Chile; 2021. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/04/Lineamientos-Tecnico-Operativos-Vacunación-Anti-influenza-2021.pdf%0A

158. OMS, UNICEF. Ending Preventable Child Deaths from Pneumonia and Diarrhoea by 2025 The integrated Global Action Plan for Pneumonia and Diarrhoea (GAPPD). Executive Summary. Ginebra; 2013.

159. Chile. Ministerio de Salud. Campaña de Influenza 2021 [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.minsal.cl/campana-influenza-2021/

160. Chile. Ministerio de Salud. Recomendaciones para la vacunación de pacientes con necesidades especiales por patologías o situaciones de riesgo [Internet]. Santiago; 2018. Disponible en: https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/02/MANUAL-VACUNAS-ESPECIALES.pdf

161. OPS/OMS. Resistencia a los antimicrobianos [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/resistencia-antimicrobianos

162. OMS. Plan de Acción Mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos [Internet]. 2016. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255204/9789243509761-spa.pdf

163. FAO. Resistencia a los antimicrobianos [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.fao.org/zhc/detail-events/es/c/452719/

164. Plan Nacional Contra la Resistencia a los Antimicrobianos [Internet]. Santiago, Chile; 2020. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/01/Informe-Evaluacion-del-Plan-Nacional-contra-la-Resistencia-a-los-Antimicrobianos-2020.pdf

165. Chile. Ministerio de Salud. Enfermedades No Transmisibles [Internet]. 2022 [citado 14 de enero de 2022]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/enfermedades-no-transmisibles/

166. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. J Am Coll Cardiol. 22 de diciembre de 2020;76(25):2982-3021.

167. Escobar MC, Petrásovits A, Peruga A, Silva N, Vives M, Robles S. Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina. Salud Publica Mex [Internet]. 2000 [citado 1 de febrero de 2022];42(1):undefined. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10642112

168. OMS. Noncommunicable diseases. Key Facts [Internet]. 2021 [citado 14 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

169. Cockerham WC, Hamby BW, Oates GR. The Social Determinants of Chronic Disease. Am J Prev Med. 1 de enero de 2017;52(1):S5-12.

170. OMS. The impact of the covid-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment [Internet]. Ginebra; 2021. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334136/9789240010291-eng.pdf?sequence=1&isAllowed

171. Kompaniyets L, Pennington AF, Goodman AB, Rosenblum HG, Belay B, Ko JY, et al. Underlying Medical Conditions and Severe Illness Among 540,667 Adults Hospitalized With COVID-19, March 2020-March 2021. Prev Chronic Dis [Internet]. 2021 [citado 1 de febrero de 2022];18:1-13. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34197283/

172. Hacker KA, Briss PA, Richardson L, Wright J, Petersen R. COVID-19 and Chronic Disease: The Impact Now and in the Future. Prev Chronic Dis [Internet]. 2021 [citado 1 de febrero de 2022];18:1-6. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34138696/

173. OMS. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 [Internet]. Ginebra; 2013. Disponible en: Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020

174. Chile. Ministerio de Salud. Esperanza de vida al nacer 1950 y 2025 [Internet]. Santiago, Chile; 2004. Disponible en: https://repositoriodeis.minsal.cl/deis/ev/esperanza_de_vida/esperanza_de_vida_por_quinquenios_sexo.htm

175. Chile. Ministerio de Salud. Evaluación de mitad de periodo: Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2017 [citado 26 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/01/

Informe-de-Evaluacion-de-Mitad-de-Periodo-ENS.pdf

176. OMS. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)

177. Internacionales F de las SR. El impacto mundial de la Enfermedad Respiratoria [Internet]. 2da. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_ES.pdf

178. OPS/OMS. La Carga de las Enfermedades Respiratorias Crónicas [Internet]. Washington; 2021. Disponible en: https://www.paho.org/es/enfermedades-no-transmisibles-salud-mental/portal-datos-enfermedades-no-transmisibles-salud-4

179. Arancibia H. F, Arancibia H. F. Chronic obstructive pulmonary disease and smoking. Rev Chil enfermedades Respir [Internet]. septiembre de 2017 [citado 1 de febrero de 2022];33(3):225-9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482017000300225&lng=en&nrm=iso&tlng=en

180. Joseph P, Leong D, McKee M, Anand SS, Schwalm JD, Teo K, et al. Reducing the Global Burden of Cardiovascular Disease, Part 1: The Epidemiology and Risk Factors. Circ Res [Internet]. 1 de septiembre de 2017 [citado 1 de febrero de 2022];121(6):677-94. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28860318/

181. OMS. Cardiovascular diseases [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1

182. Chile. Ministerio de Salud. Reporte de mortalidad 2018. Santiago, Chile; 2018.

183. Chile. Ministerio de Salud. Informe Encuesta Nacional de Salud. Riesgo Cardiovascular [Internet]. Santiago, Chile; 2018. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/Informe_RCV_ENS_2016_17.pdf#page=7&zoom=100,109,652

184. Chile. Ministerio de Salud. Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Hipertensión Arterial [Internet]. Santiago, Chile; 2018. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/05/Informe_HTA_ENS_2016_2017.pdf

185. Margozzini P, Passi A, Kruk M, Danaei G. P3415Will less developed countries be capable of giving high-quality universal coverage to cardiovascular disease survivors? Results from a national health survey, Chile ENS 2016-2017. Eur Heart J [Internet]. 1 de octubre de 2019 [citado 1 de febrero de 2022];40(Supplement_1). Disponible en: https://academic.oup.com/eurheartj/article/40/Supplement_1/ehz745.0289/5596072

186. OMS. Cancer [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/cancer#tab=tab_1 %0A

187. OMS. Preventing Cancer [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.who.int/activities/preventing-cancer

188. International Agency of Research on Cancer, OMS. Cancer Today.Data visualization tools for exploring the global cancer burden in 2020 [Internet]. Ginebra; 2020. Disponible en: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars

189. Piñeros M, Vignat J, Wiesner C, Soerjomataram I. LA CARGA DEL CÁNCER A NIVEL MUNDIAL: PATRONES PARA LA TOMA DE DECISIONES. Medicina (B Aires) [Internet]. 2020 [citado 1 de febrero de 2022];42(4):640-55. Disponible en: https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/1565/1994

190. International Agency for Research on Cancer, OMS. Cancer fact sheets. Chile. 2020.

191. Chile. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Cáncer 2018-2028 [Internet]. Santiago, Chile; 2018. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/2019.01.23_PLAN-NACIONAL-DE-CANCER_web.pdf

192. Chile. Ministerio de Salud. Crea la Ley Nacional del Cáncer, que rinde homenaje póstumo al Doctor Claudio Mora [Internet]. Chile; 2018. Disponible en: http://bcn.cl/2k6sn

193. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas [Internet]. Belgica; 2021. Disponible en: https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf

194. OMS. Diabetes [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

195. OMS. Informe mundial sobre la diabetes [Internet]. Ginebra; 2016. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf

196. OPS/OMS. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019 [Internet]. Washington; 2014. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf

197. Chile. Ministerio de Salud. Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Diabetes Mellitus [Internet]. Santiago, Chile; 2018. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/03/Informe_Diabetes_Mellitus_ENS_2016_17.pdf

198. Chile. Ministerio de Salud. Garantías explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud [Internet]. Decreto N°22 Chile; 2019. Disponible en: https://auge.minsal.cl/website/doc/Decreto22.pdf

199. Chile. Ministerio de Salud. Orientación Técnica Programa de Salud Cardiovascular 2017. [Internet]. Santiago, Chile; 2017. Disponible en: http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/862/OT-PROGRAMA-DE-SALUD-CARDIOVASCULAR_05.pdf

200. Chile. Ministerio de Salud. Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad, con enfoque de riesgo, orientada a otorgar un cuidado integral y continuo [Internet]. Santiago, Chile; 2020. Disponible en: https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/Estrategia-de-cuidado-Integral-centrado-en-las-personas-en-contexto-de-multimorbilidad.pdf

201. Chile. Ministerio de Salud. Crea un Sistema de Protección Financiera para diagnósticos y tratamientos de Alto Costo y rinde homenaje

póstumo a Don Luis Ricarte Soto Gallegos [Internet]. Santiago, Chile, Chile; 2015. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1078148

202. Chile. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica GES: Prevención secundaria de la Enfermedad Renal Crónica [Internet]. Santiago, Chile; 2020. Disponible en: https://redcronicas.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/10/2017.10.24_ENFERMEDAD-RENAL-CRONICA-finalisima.pdf

203. Chile. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica: Tratamiento conservador no dialítico de la Enfermedad Renal Crónica [Internet]. Santiago, Chile; 2020. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/guias-de-practica-clinica/tratamiento-conservador-no-dialitico-de-la-enfermedad-renal-cronica/descripcion-y-epidemiologia/

204. Webster AC, Nagler E V., Morton RL, Masson P. Chronic Kidney Disease. Lancet. 25 de marzo de 2017;389(10075):1238-52.

205. De Nicola L, Minutolo R. Worldwide growing epidemic of CKD: fact or fiction? Kidney Int. 1 de septiembre de 2016;90(3):482-4.

206. Vanholder R, Annemans L, Brown E, Gansevoort R, Gout-Zwart JJ, Lameire N, et al. Reducing the costs of chronic kidney disease while delivering quality health care: a call to action. Nat Rev Nephrol 2017 137 [Internet]. 30 de mayo de 2017 [citado 1 de febrero de 2022];13(7):393-409. Disponible en: https://www.nature.com/articles/nrneph.2017.63

207. Couser WG, Remuzzi G, Mendis S, Tonelli M. The contribution of chronic kidney disease to the global burden of major noncommunicable diseases. Kidney Int. 2 de diciembre de 2011;80(12):1258-70.

208. Walbaum M, Scholes S, Pizzo E, Paccot M, Mindell JS. Chronic kidney disease in adults aged 18 years and older in Chile: findings from the cross-sectional Chilean National Health Surveys 2009-2010 and 2016-2017. BMJ Open [Internet]. 1 de septiembre de 2020 [citado 1 de febrero de 2022];10(9):e037720. Disponible en: https://bmjopen.bmj.com/content/10/9/e037720

209. DEIS. Mortalidad - DEIS [Internet]. MINSAL. 2019 [citado 10 de abril de 2019]. Disponible en: http://www.deis.cl/estadisticas-mortalidad/

210. OMS. Salud bucodental [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health

211. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet. 20 de julio de 2019;394(10194):249-60.

212. Dye BA. The Global Burden of Oral Disease: Research and Public Health Significance. J Dent Res [Internet]. 1 de abril de 2017 [citado 1 de febrero de 2022];96(4):361-3. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022034517693567

213. GBD 2017 Oral Disorders Collaborators, Bernabe E, Marcenes W, Hernandez CR, Bailey J, Abreu LG, et al. Global, Regional, and National Levels and Trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study. J Dent Res [Internet]. 2 de marzo de 2020 [citado 1 de febrero de 2022];99(4):362-73. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32122215

214. Morales A, Hussein N, Polanco J, Jara G, Werlinger F, Cabello R, et al. Synopsis of the Oral Health Situation in Chile - Part III: National Health Surveys. Int J Interdiscip Dent [Internet]. diciembre de 2020 [citado 1 de febrero de 2022];13(3):140-6. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-55882020000300140&lng=en&nrm=iso&tlng=en

215. Chile. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década [Internet]. Santiago; 2011 [citado 26 de junio de 2021]. Disponible en: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2011/12/Metas-2011-2020.pdf

216. Chile. Ministerio de Salud. Salud Oral en Adolescentes de 10-19 años: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal [Internet]. Santiago, Chile; 2020. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/06/GPC-Adolescentes-Prev-Diag-y-Trat-Enf-Periodontal-GCRsin-ISBN.pdf

217. Cueto A, Skog F, Muñoz M, Espinoza S, Muñoz D, Martínez D, et al. Prevalence of Dentomaxillary Anomalies and Treatment Needs in Adolescents. Int J Odontostomatol [Internet]. septiembre de 2017 [citado 1 de febrero de 2022];11(3):333-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2017000300333&lng=en&nrm=iso&tlng=en

218. Chile. Ministerio de Salud. Modelo de Intervención de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades Bucales [Internet]. Santiago, Chile; 2018. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/05/OT-Modelo-en-Educación-Parvularia-dirigido-a-equipos-de-salud-y-educación-2018.pdf%0A

219. Chile. Ministerio de Salud. Plan nacional de Salud Bucal [Internet]. Santiago, Chile; 2017. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/Plan-Nacional-Salud-Bucal-2018-2030-Consulta-Pública-20_12_2017.pdf

220. OPS/OMS. Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020 [Internet]. Whashington; 2015. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-sobre-salud-mental-2015-2020

221. OMS. Trastornos mentales [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

222. Chile. Ministerio de Salud. Salud Mental en Chile [Internet]. Santiago, Chile; 2020. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/salud-mental/salud-mental-en-chile/

223. Chile. Ministerio de Salud. PLAN DE ACCIÓN DE SALUD MENTAL 2019-2025 [Internet]. Santiago; 2021 may [citado 5 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/01/Plan-de-Acción-Salud-Mental-2019-2025.pdf

224. OMS. World report on violence and health [Internet]. 2002. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1

225. OMS. Violence Prevention Alliance: Conceptual Framework [Internet]. 2010. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/violence-prevention-alliance-section/vpa_conceptual_framework.pdf?sfvrsn=a4986b46_3

226. Rivara F, Adhia A, Lyons V, Massey A, Mills B, Morgan E, et al. The Effects Of Violence On Health. https://doi.org/101377/hlthaff201900480. 7 de octubre de 2019;38(10):1622-9.

227. OMS. Violence Info: A global knowledge platform for preventing violence [Internet]. Ginebra; 2020. Disponible en: https://apps.who.int/violence-info/

228. OMS. Global status report on violence prevention [Internet]. Ginebra; 2014. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793

229. ONU Mujeres. Qué hacemos: Poner fin a la violencia contra las mujeres [Internet]. Ginebra; 2021. Disponible en: https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures

230. OMS, UNICEF, UNESCO. Informe sobre la situación mundial sobre la prevención de la violencia contra los niños 2020 [Internet]. Ginebra; 2020. Disponible en: https://www.unicef.org/cuba/informes/informe-sobre-la-situacion-mundial-de-la-prevencion-de-la-violencia-contra-los-ninos-2020

231. OMS. Elder abuse [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/elder-abuse#tab=tab_1

232. OMS, UNICEF. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas [Internet]. Ginebra; 2016. Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/media/2416/file/INSPIRE.pdf

233. OMS. Respeto a la Mujeres [Internet]. 2019. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337198/WHO-RHR-18.19-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

234. OPS/OMS. La prevención de la violencia juvenil: panorama general de la evidencia [Internet]. Washington; 2016. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28248/9789275318959_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

235. OMS. Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030 [Internet]. Ginebra; 2020. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true

236. International Labour Organization. La violencia y el acoso contra las personas con discapacidad en el mundo del trabajo.

237. Chile. Ministerio Público. Fiscalia. Informe Estadístico. Homicidios en Chile 2016-2020 [Internet]. Santiago; 2020. Disponible en: http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/Informe_final_v3.pdf

238. Chile. Ministerio de Mujer y Equidad de Género. Femicidios [Internet]. Santiago, Chile; 2021. Disponible en: Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género

239. Chile. Subsecretaría de Prevención del Delito. Presentación de Resultados IV Encuesta de Violencia contra la Mujer en el Ámbito de Violencia Intrafamiliar y en Otros Espacios (ENVIF-VCM) [Internet]. Santiago, Chile; 2021. Disponible en: http://cead.spd.gov.cl/centro-de-documentacion/

240. UNICEF. Prevención de la violencia intrafamilar y escolar [Internet]. Santiago, Chile; 2020. Disponible en: https://www.unicef.org/chile/prevencion-violencia

241. Chile. Ministerio de Mujer y Equidad de Género. Violencia contra las mujeres [Internet]. Santiago, Chile; 2020. Disponible en: https://www.sernameg.gob.cl/?page_id=26815

242. Chile. Ministerio de Salud. Norma General Técnica para la atención de víctimas de violencia sexual [Internet]. Santiago, Chile; 2016. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/10/NT_VICTIMAS-VIOLENCIA-SEXUAL_web.pdf

243. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas. Detección, atención y primera respuesta en salud a personas víctimas de trata, tráfico ilícito de migrantes y explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes [Internet]. Santiago, Chile; 2017. Disponible en: http://tratadepersonas.subinterior.gov.cl/media/2019/03/OT-Trata-de-Personas-y-ESCNNA-2018.pdf

244. Chile. Ministerio de Salud. Guía Clínica: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores [Internet]. Santiago, Chile; 2013. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Guia_maltrato_Valente26dic2013.pdf

245. Chile. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Tipifica un Nuevo Delito de Maltrato y Aumenta la Protección de Personas en Situación Especial [Internet]. Chile; 2017. Disponible en: http://bcn.cl/2kgro

246. OMS. Obesidad y sobrepeso [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight/

247. Girón SS. Obesidad y Síndrome Metabólico de Epidemia a Pandemia. En: I Congreso Colombiano de Anticoncepción & II CONGRESO INTEGRADO ALIANZA Intersectorial de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica, Italia y Caribe [Internet]. Barranquilla; 2019. Disponible en: http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/22. Obesidad y Sindrome Metabolico de epidemia a pandemia.pdf

248. OPS/OMS. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil [Internet]. Washington; 2016. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/informe-comision-para-acabar-con-obesidad-infantil

249. Laboratorio contra la Obesidad. Ambientes obesogénicos: entre sedentarismo, mala alimentación y poca educación nutricional. marzo de 2021; Disponible en: https://labdo.org/ambientes-obesogenicos-entre-sedentarismo-mala-alimentacion-y-poca-educacion-nutricional/

250. Swinburn B, Sacks G, Vandevijvere S, Kumanyika S, Lobstein T, Neal B, et al. INFORMAS (International Network for Food and Obesity/non-communicable diseases Research, Monitoring and Action Support): Overview and key principles. Obes Rev [Internet]. octubre de 2013 [citado 2 de febrero de 2022];14(S1):1-12. Disponible en: https://onlinelibrary-wiley-com.uchile.idm.oclc.org/doi/full/10.1111/obr.12087

251. FAO. El Estado de la Inseguridad Alimentaria en América Latina y el Caribe [Internet]. Santiago, Chile; 2015. Disponible en: https://reliefweb.int/report/world/el-estado-de-la-inseguridad-alimentaria-en-am-rica-latina-y-el-caribe

252. FAO, HLPE. La nutrición y los sistemas alimentarios. Un informe del Grupo de alto nivel de expertos en seguridad alimentaria y nutrición del Comité de Seguridad Alimentaria Mundial [Internet]. Roma; 2017. Disponible en: https://www.fao.org/3/I7846ES/i7846es.pdf

253. Celis-Morales C, Salas-Bravo C, Yáñez A, Castillo M, Celis-Morales C, Salas-Bravo C, et al. Physical inactivity and sedentary lifestyle-The other side of the side effects of the COVID-19 Pandemic. Rev Med Chil [Internet]. 1 de junio de 2020 [citado 2 de febrero de 2022];148(6):885-6. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000600885&lng=en&nrm=iso&tlng=en

254. OMS. Malnutrición [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition

255. OPS/OMS. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia [Internet]. Washington; 2015. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49139/obesity-plan-of-action-child_spa_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

256. OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud [Internet]. Ginebra; 2004. Disponible en: https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf

257. Withrow D, Alter DA. The economic burden of obesity worldwide: a systematic review of the direct costs of obesity. Obes Rev [Internet]. 1 de febrero de 2011 [citado 2 de febrero de 2022];12(2):131-41. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-789X.2009.00712.x

258. OECD, World Bank. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020 [Internet]. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. Paris: OECD; 2020 jun [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020_740f9640-es

259. CHILE. MINSAL. DEIS. Estadísticas e Información de Salud [Internet]. DEIS. 2021 [citado 8 de agosto de 2021]. Disponible en: https://deis.minsal.cl/

260. Chile. Ministerio de Salud. Ley-20606 SOBRE COMPOSICIÓN NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS Y SU PUBLICIDAD [Internet]. Santiago; ago 18, 2021. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1041570

261. Fuenzalida G, Castro JM, Morán C. Solicita a S. E. el Presidente de la República el reconocimiento a la obesidad como una enfermedad, en los términos que se propone [Internet]. Chile; 2021. Disponible en: https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmId=6864&prmTipo=RESOLUCION#:~:text=el Presidente de la República%2C Sebastián Piñera Echenique%2C r

262. Autor E, Goldstein B. Políticas contra la obesidad en Chile: Reconocimientos y falencias. 2019 [citado 2 de febrero de 2022]; Disponible en: https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf

263. OMS. Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF). Ginebra; 2001.

264. Chile. Ministerio de Salud. Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 Funcionamiento y Discapacidad [Internet]. Santiago, Chile; 2021. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Informe-Discapacidad-ENS-2016-17_final.pdf

265. OMS. La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000-2019. 2020; Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019

266. OMS. Informe Mundial sobre la Discapacidad [Internet]. Ginebra; 2011. Disponible en: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf

267. OPS/OMS. Discapacidad [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/discapacidad

268. Chile. Ministerio de Desarrollo Social. Resultados II Estudio Nacional de la Discapacidad [Internet]. SENADIS - Resultados II Estudio Nacional de la Discapacidad. Santiago; 2015 oct [citado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/1386

269. OMS. Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud [Internet]. Ginebra; 2015 [citado 5 de febrero de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf

270. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Encuesta de caracterización socioeconómica nacional: Situación de pobreza [Internet]. 2017 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2017

271. Chile. Ministerio de Salud. Manejo del Dolor Crónico no Oncológico en Personas de 15 y más años, en Atención Primaria: Orientción técnica [Internet]. Santiago, Chile; 2021. Disponible en: https://rehabilitacion.minsal.cl/orientacion-tecnica-manejo-del-dolor-cronico-no-oncologico-en-personas-de-15-y-mas-anos-en-atencion-primaria/

272. OMS. Trastornos musculoesqueléticos [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions

273. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet [Internet]. 19 de diciembre de 2020 [citado 2 de febrero de 2022];396(10267):2006-17. Disponible en: http://www.thelancet.com/article/S0140673620323400/fulltext

274. Chile. Ministerio de Salud, Chile. Dirección del Trabajo, Chile. Instituto de Seguridad Laboral. Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile: Informe Interinstitucional ENETS 2009-2010 [Internet]. Santiago, Chile; 2011. Disponible en: from: https://www.dt.gob.cl/portal/1629/articles-99630_recurso_1.pdf

275. Bilbeny N. DOLOR CRÓNICO EN CHILE. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de noviembre de 2019;30(6):397-406.

276. OPS/OMS. Trastorno del espectro autista [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.paho.org/pt/topicos/transtorno-do-espectro-autista

277. Autism Speaks. Autism Statistics and Facts [Internet]. 2021 [citado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.autismspeaks.org/autism-statistics-asd

278. Lampert-Grassi MP. Trastorno del Espectro Autista Características, epidemiología, marcos legales y políticas de apoyo en Argentina y España [Internet]. Santiago, Chile; 2021. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/32200/2/BCN__Politicas__de__apoyo__al__espectro__Autista__2021_Final_comision.pdf

279. Chile. Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGE: Artritis Reumatoide [Internet]. Santiago, Chile; 2014. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GPC Artritis.pdf

280. Caballero-Uribe C. Artritis reumatoide como enfermedad de alto costo. Rev Colomb Reum [Internet]. 2004;11(3):225-31. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/237369127_Artritis_reumatoide_como_enfermedad_de_alto_costo

281. Carmona L. Epidemiología de la artritis reumatoide. Rev Española Reumatol [Internet]. 2002 [citado 2 de febrero de 2022];29(3):86-9. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-epidemiologia-artritis-reumatoide-13029550

282. García de Yébenes MJ, Loza E. Artritis reumatoide: epidemiología e impacto sociosanitario. Reum Clin Supl [Internet]. 2018 [citado 2 de febrero de 2022];14(2):3-6. Disponible en: https://www.reumatologiaclinica.org/es-pdf-X1699258X18628548

283. Fernando Á, Caballero C, José M, Planells F, Jarquín EV, Martín DG. Estrategias terapéuticas para la artritis reumatoide: hacia las terapias biotecnológicas. Investig en Discapac [Internet]. 2017 [citado 2 de febrero de 2022];6(2):69-87. Disponible en: www.medigraphic.org.mx

284. OMS. Global Status Report on Road Safety 2018 [Internet]. Ginebra; 2018. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684

285. OMS. Road traffic injuries. Key facts [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries

286. OMS. Decade of Action for Road Safety 2021-2030 [Internet]. Ginebra; 2021. Disponible en: https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/safety-and-mobility/decade-of-action-for-road-safety-2021-2030

287. ONU. Improving global road safety. Resolution adopted by the General Assembly on 31 August 2020 [Internet]. New York, NY; 2020. Disponible en: https://undocs.org/en/A/RES/74/299

288. OMS. Declaración de Estocolmo. Tercera Conferencia Ministerial Mundial sobre Seguridad Vial: Alcanzar los Objetivos Mundiales para 2030 [Internet]. Estocolmo; 2020. Disponible en: https://www.roadsafetysweden.com/contentassets/b37f0951c837443eb9661668d5be439e/stockholm-declaration-spanish.pdf

289. Chile. Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito. Estadísticas generales [Internet]. 2021 [citado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.conaset.cl/programa/observatorio-datos-estadistica/biblioteca-observatorio/estadisticas-generales/

290. Chile. Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito -. Estrategia Nacional de Seguridad de Tránsito 2021-2030 [Internet]. Santiago: CONASET; 2021 [citado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.conaset.cl/wp-content/uploads/2021/05/Estrategia-Nacional-de-Seguridad-de-Tránsito_2021-2030.pdf

291. Early Childhood Development Overview [Internet]. [citado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.worldbank.org/en/topic/earlychildhooddevelopment#1

292. UNICEF. Early childhood development [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.unicef.org/early-childhood-development

293. MOLINA M H, CORDERO V M, SILVA V V. De la sobrevida al desarrollo integral de la infancia: Pasos en el desarrollo del sistema de protección integral a la infancia. Rev Chil pediatría [Internet]. noviembre de 2008 [citado 2 de febrero de 2022];79(1):11-7. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000700002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

294. UNICEF. Identificar las desigualdades para actuar : resultados y determinantes del Desarrollo de la Primera Infancia en América Latina y el Caribe. Minist Educ [Internet]. 2016 [citado 2 de febrero de 2022]; Disponible en: https://repositorio.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/5816

295. Devercelli AE, Beaton-Day F. Better Jobs and Brighter Futures [Internet]. Whashington: World Bank, Washington, DC; 2020 [citado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/35062

296. World Bank. Early Childhood Development Overview [Internet]. 2021 [citado 5 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.worldbank.org/en/topic/earlychildhooddevelopment#1

297. ACNUDH. Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. 1989 [citado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/crc.aspx

298. ONU. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivo 4: Educación [Internet]. New York, NY; 2010. Disponible en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/education/

299. OMS. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential: executive summary [Internet]. Ginebra; 2018 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/272604

300. ONU. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente - Todas las Mujeres Todos los Niños [Internet]. New York; 2015 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.everywomaneverychild-lac.org/publication/estrategia-mundial-salud-mujer-nino-adolescente/

301. Chile. Ministerio de Salud. Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Desarrollo Funcional Infantil [Internet]. Santiago, Chile; 2017. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/08/Informe_Desarrollo_Funcional_Infantil_ENS_2016_17.pdf

302. UNICEF, PNUD, OIT. Impactos de la pandemia en el bienestar de los hogares | UNICEF [Internet]. Santiago; 2021 ago [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.unicef.org/chile/informes/impactos-de-la-pandemia-en-el-bienestar-de-los-hogares

303. Defensoría de la niñez. Observatorio de Derechos [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.defensorianinez.cl/observatorio/

304. Astudillo A. D, Leppe Z. J, Astudillo A. D, Leppe Z. J. Oferta de programas para el desarrollo integral de la primera infancia en Chile: Revisión exploratoria. Rev Chil pediatría [Internet]. 1 de agosto de 2020 [citado 3 de febrero de 2022];91(4):605-13. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000400605&lng=es&nrm=iso&tlng=es

305. Chile. Ministerio de Salud. Programa nacional de salud de la infancia con enfoque integral [Internet]. Santiago, Chile; 2013. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2013_Programa-Nacional-de-Salud-de-la-infancia-con-enfoque-integral.pdf

306. De Vrueh R, Baekelandt ERF, De Haan JMH. Rare Diseases: Priority Medicines for Europe and the World "A Public Health Approach to Innovation". 2013;

307. FDA. Rare Diseases at FDA [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.fda.gov/patients/rare-diseases-fda

308. Encina G, Castillo-Laborde C, Lecaros JA, Dubois-Camacho K, Calderón JF, Aguilera X, et al. Rare diseases in Chile: Challenges and recommendations in universal health coverage context. Orphanet J Rare Dis [Internet]. 11 de diciembre de 2019 [citado 3 de febrero de 2022];14(1):1-8. Disponible en: https://ojrd.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13023-019-1261-8

309. What is a rare disease? - Rare Disease Day 2022 [Internet]. [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.rarediseaseday.org/what-is-a-rare-disease/

310. Nguengang Wakap S, Lambert DM, Olry A, Rodwell C, Gueydan C, Lanneau V, et al. Estimating cumulative point prevalence of rare diseases: analysis of the Orphanet database. Eur J Hum Genet 2019 282 [Internet]. 16 de septiembre de 2019 [citado 3 de febrero de 2022];28(2):165-73. Disponible en: https://www.nature.com/articles/s41431-019-0508-0

311. IRDiRC. International Rare Diseases Research Consortium [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://irdirc.org/

312. Rare Diseases International. Collaborative Global Network [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.rarediseasesinternational.org/collaborative-global-network/

313. OMS. Rare Diseases International [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.rarediseasesinternational.org/working-with-the-who/

314. Orphanet. Orphanet. El portal sobre enfermedades raras y medicamentos huérfanos [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php

315. European Commission. Rare diseases [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/non-communicable-diseases/steering-group/rare-diseases_en

316. ONU. Objetivos de Desarrollo Sostenible: Salud [Internet]. 2021 [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/

317. ONU. Seventy-sixth session Agenda item 28 Social development 76/132. Addressing the challenges of persons living with a rare disease and their families. New York; 2021.

318. Banco Interamericano de Desarrollo. Riskmonitor [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://riskmonitor.iadb.org/es/node/66

319. Bello O, Bustamante A, Pizarro P. Planificación para la reducción del riesgo de desastres en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Santiago; 2020 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: www.cepal.org/apps

320. Chile. Ministerio de Salud. OE Emergencias y Desastres [Borrador] [Internet]. Santiago; [citado 5 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.minsal.cl/portal/url/item/94b4fba0bd1f1eaee04001011f01261d.pdf

321. CEPAL, OPS/OMS. Informe COVID-19: La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social. Santiago; 2020.

322. UNDERR. Informe de evaluación regional sobre el riesgo de desastres en América Latina y el Caribe Desafíos para la reducción del riesgo de desastres y avances en el cumplimiento de las metas del Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres, 2015-2030 - World | ReliefWeb [Internet]. 2015 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://reliefweb.int/report/world/informe-de-evaluaci-n-regional-sobre-el-riesgo-de-desastres-en-am-rica-latina-y-el

323. OPS/OMS. Cambio Climático: Salud en las Américas 2017 [Internet]. 2017 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/mhp-climate-es.html

324. Unidas N. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en el nuevo contexto mundial y regional. Escenarios y proyecciones en la presente crisis. Santiago; 2030.

325. Statista. Desastres naturales: víctimas mortales 2007-2020 [Internet]. 2022 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://es.statista.com/estadisticas/642560/muertes-ocasionadas-por-desastres-naturales-a-nivel-mundial/

326. Vargas Marcos F. La contaminación ambiental como factor determinante de la salud. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2005 [citado 3 de febrero de 2022];79(2):117-27. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

327. Arcos González PI, Castro Delgado R, Busto Prado F del. Desastres y salud pública: Un abordaje desde el marco teórico de la epidemiología. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2002 [citado 3 de febrero de 2022];76(2):121-32. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

328. ONU. Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030. New York; 2015.

329. Mucke P, Prutz R. WorldRiskReport 2021 Focus: Social Protection [Internet]. Alemania; 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2021-world-risk-report.pdf

330. Chile. Ministerio del Medio Ambiente. Quinto reporte del estado del medio ambiente 2019 [Internet]. Santiago; 2019 [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://sinia.mma.gob.cl/wp-content/uploads/2019/12/REMA-2019-comprimido.pdf

331. ONEMI. Presentación ONEMI: Ministerio del Interior y Seguridad Pública -ONEMI: Ministerio del Interior y Seguridad Pública - [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.onemi.gov.cl/presentacion/

332. ONEMI. Plan Estratégico Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres [Internet]. Santiago; 2015 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.preventionweb.net/files/52889_52889planestrategicobaja.pdf

333. OPS/OMS. Emergencias en Salud [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/es/emergencias-salud

334. Diccionario de Acción Humanitaria. Desastre [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.dicc.hegoa.ehu.eus/listar/mostrar/72

335. Arcos González P, González Carril F, Huerta González M, Cueto Espinar A. EL CONCEPTO DE DESASTRE Y SU APLICACION EN ASTURIAS. Rev San Hig Pub [Internet]. 1994 [citado 3 de febrero de 2022];68:573-8. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL68/68_5_573.pdf

336. EM-DAT. The international disasters database [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.emdat.be/

337. OPS/OMS. Informe de país: Chile [Internet]. 1a ed. Salud en las Américas. WDC: OPS/OMS; 2017 [citado 29 de mayo de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_t_es=informes de pais/chile&lang=es

338. OPS/OMS. Los desastres naturales y la protección de la salud [Internet]. Whashington; 2000 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/748/9275315752.pdf?sequence=1&isAllowed=y

339. OCHA. Desastres naturales en América Latina y el Caribe 2000-2019 [Internet]. Whashington; 2000 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.sela.org/media/3220400/ocha-desastres_naturales.pdf

340. Robine JM, Cheung SLK, Le Roy S, Van Oyen H, Griffiths C, Michel JP, et al. Death toll exceeded 70,000 in Europe during the summer of 2003. C R Biol [Internet]. febrero de 2008 [citado 3 de febrero de 2022];331(2):171-8. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18241810/

341. Huang K Sen, He DX, Huang DJ, Tao QL, Deng XJ, Zhang B, et al. Changes in ischemic heart disease mortality at the global level and their associations with natural disasters: A 28-year ecological trend study in 193 countries. PLoS One [Internet]. 1 de julio de 2021 [citado 3 de febrero de 2022];16(7):e0254459. Disponible en: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0254459

342. Mehsen Y. De la Gestión de Riesgos en el Marco del Desarrollo Sostenible . Editorial Thomson Reuters; 2019.

343. SERNAGEOMIN. Geología para la reconstrucción y la gestión del riesgo en la Región del Maule [Internet]. Santiago; 2012 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://biblioteca.sernageomin.cl/opac/datafiles/IR_47_14147_TEXTO_MAPAS.pdf

344. SERNAGEOMIN. Sernageomin da a conocer nuevo ranking de volcanes [Internet]. 2019 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.sernageomin.cl/sernageomin-da-a-conocer-nuevo-ranking-de-volcanes/

345. González-Reyes Á. Ocurrencia de eventos de sequías en la ciudad de Santiago de Chile desde mediados del siglo XIX. Rev Geogr Norte Gd [Internet]. septiembre de 2016 [citado 3 de febrero de 2022];(64):21-32. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-34022016000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=en

346. ONEMI. POLÍTICA NACIONAL EN GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES [Internet]. Santiago; 2017 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.resdal.org/caeef-resdal/assets/chile---pol__tica-nacional-en-gesti__n-del-riesgo-de-desastres.pdf

347. Chile. Ministerio del Interior. LEY 21364: ESTABLECE EL SISTEMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y RESPUESTA ANTE DESASTRES, SUSTITUYE LA OFICINA NACIONAL DE EMERGENCIA POR EL SERVICIO NACIONAL DE PREVENCIÓN Y RESPUESTA ANTE DESASTRES, Y ADECÚA NORMAS QUE INDICA [Internet]. Valparaíso; jul 27, 2021. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1163423

348. Watts N, Amann M, Arnell N, Ayeb-Karlsson S, Beagley J, Belesova K, et al. The 2020 report of The Lancet Countdown on health and climate change: responding to converging crises. Lancet [Internet]. 9 de enero de 2021 [citado 3 de febrero de 2022];397(10269):129-70. Disponible en: http://www.thelancet.com/article/S014067362032290X/fulltext

349. Profundización de las desigualdades en un mundo en calentamiento - Gestión y Economía de la Salud [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://saludbydiaz.com/2021/10/29/profundizacion-de-las-desigualdades-en-un-mundo-en-calentamiento/

350. Rocque RJ, Beaudoin C, Ndjaboue R, Cameron L, Poirier-Bergeron L, Poulin-Rheault R-A, et al. Health effects of climate change: an overview of systematic reviews. BMJ Open [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022];11:46333. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046333

351. España. Ministerio de Sanidad. Impactos del Cambio Climático en la Salud [Internet]. Madrid; 2013 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/CCResumen_ESP.pdf

352. El aumento de la temperatura provoca el 7% de los ingresos por enfermedad renal. EUROPA PRESS [Internet]. 2 de noviembre de 2021 [citado 3 de febrero de 2022]; Disponible en: https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-aumento-temperatura-provoca-ingresos-enfermedad-renal-20211102070948.html

353. OPS/OMS. Proyecto de la UE sobre Salud y Cambio Climático CARIFORUM - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/es/proyecto-ue-sobre-salud-cambio-climatico-cariforum

354. OPS/OMS. Salud Universal [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/salud-universal

355. OMS. 13.o Programa General de Trabajo 2019-2023: Promover la Salud, preservar la seguridad mundial, servir a las poblaciones vulnerables [Internet]. Ginebra; 2019 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328843/WHO-PRP-18.1-spa.pdf

356. Celedón LÁL. El sistema de salud como determinante de la salud poblacional. Rev Chil Salud Pública [Internet]. 8 de julio de 2013 [citado 3 de febrero de 2022];17(2):162-6. Disponible en: https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/27117

357. Goyenechea M. Dificultades de la inversión en infraestructura pública de salud en Chile: concesiones y licitación pública. Medwave [Internet]. 12 de mayo de 2016 [citado 3 de febrero de 2022];16(04):e6444. Disponible en: /link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/6444

358. OMS. Buen aprovechamiento de los recursos, mejor salud [Internet]. Ginebra; 2017 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_INF6-sp.pdf

359. Beebe CE, Oreskovic E. Investing Into Health Care Infrastructure [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://facilityexecutive.com/2021/06/investing-into-health-care-infrastructure/

360. OECD. Estadísticas Camas de hospital [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.oecd.org/centrodemexico/estadisticas/camas-de-hospital.htm

361. OMS, World Bank. Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report [Internet]. Ginebra; 2017 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://documents1.worldbank.org/curated/en/640121513095868125/pdf/122029-WP-REVISED-PUBLIC.pdf

362. Observatorio Chileno de Salud Pública. Infraestructura asistencial [Internet]. 2012 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.ochisap.cl/index.php/infraestructura-y-recursos-asistenciales-de-salud/infraestructura-asistencial

363. Observatorio Chileno de Salud Pública. Conclusión y perspectivas de progreso [Internet]. 2012 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.ochisap.cl/index.php/infraestructura-y-recursos-asistenciales-de-salud/conclusion-y-perspectivas-de-progreso

364. Vázquez ML, Siqueira E, Kruze I, Silva A Da, Leite IC. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. Gac Sanit [Internet]. 2002 [citado 5 de febrero de 2022];16(1):30-8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

365. Méndez CA, López JJV. La participación social en salud: el desafío de Chile. Rev Panam Salud Pública. 2010;27(2):144-8.

366. Plumptre T, Graham J. Governance and Good Governance: International and Aboriginal Perspectives [Internet]. Ottawa; 1999 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.files.ethz.ch/isn/122184/govgoodgov.pdf

367. Chile. Ministerio de Salud. Servicio de Salud Metropolitano Central. Rol de la Participación Ciudadana en la gestión de Salud [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.ssmc.cl/participacion-y-gestion-al-usuario/

368. Chile. Ministerio de Salud. POLITICA NACIONAL DE PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD [Internet]. Santiago; [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: http://webhosting.redsalud.gov.cl/transparencia/public/ssp/archivos/POLITICA_DE_PARTICIPACION_SOCIAL_EN_SALUD.pdf

369. UIT. Estudio sobre TIC y salud pública en América Latina: la perspectiva de e-salud y m-salud [Internet]. 2018 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.itu.int/pub/D-STR-E_HEALTH.13-2018

370. OPS/OMS. Sistemas de Información para la Salud (IS4H) [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/sistemas-informacion-para-salud-is4h

371. OPS/OMS. Plan de Acción para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información para la Salud 2019-2023 [[Internet]. Whashington; 2019 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.paho.org/ish/index.php/en/toolkit.

372. Chile. Ministerio de Salud. DEIS. Situación de los Estándares de Información en Salud [Internet]. Santiago; [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://repositoriodeis.minsal.cl/deis/estandares/Estándares_DEIS_2011.pdf

373. Chile. Ministerio de Salud. Seguridad de la Información [Internet]. 2015 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.minsal.cl/seguridad_de_la_informacion/

374. The principles of quality assurance. WHO Working Group. Qual Assur Heal care Off J Int Soc Qual Assur Heal Care [Internet]. 1989 [citado 5 de febrero de 2022];1(2-3):79-95. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2490962/

375. Chile. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Tiempos de Espera No GES en Chile [Internet]. Santiago; 2014 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Plan-nacional-de-tiempos-de-espera-No-GES.pdf

376. OMS. 72.a Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra; 2019 abr [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_JOUR6-sp.pdf

377. OMS. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 [Internet]. Ginebra; 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan

378. OPS/OMS. SISTEMAS REGULATORIOS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS RESUMEN DE LAS ENSEÑANZAS OBTENIDAS DE LAS AUTORIDADES REGULATORIAS NACIONALES DE REFERENCIA REGIONAL [Internet]. Washington; 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53794/OPSHSSMT210005_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y

379. Chile. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Encuesta Nacional de Caracterización Social CASEN 2020 [Internet]. 2020 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-en-pandemia-2020

380. Olavarría Gambi M. ACCESO A LA SALUD EN CHILE. Acta Bioeth [Internet]. 2005 [citado 5 de febrero de 2022];11(1):47-64. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2005000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en

381. Chile. Superintendencia de Salud. Resolución Exenta N° 875 Aprueba Norma General Técnica N° 154 sobre Programa Nacional de Calidad y Seguridad en la Atención en Salud [Internet]. Santiago; 2013 sep [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-article-8927.html

382. Chile. Superintendencia de Salud. Resolución Exenta N° 1031 Aprueba Protocolos y Normas sobre Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención en Salud [Internet]. Santiago; 2012 oct [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-article-8928.html

383. Chile. Ministerio de Salud. Decreto-16 MODIFICA DECRETO No 58, DE 2008, QUE APRUEBA NORMAS TÉCNICAS BÁSICAS PARA LA OBTENCIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD [Internet]. Santiago; jun 5, 2015. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1078129

384. Chile. Ministerio de Salud. Decreto-11 EXENTO APRUEBA MANUAL QUE FIJA ESTÁNDAR GENERAL DE ACREDITACIÓN PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE LABORATORIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y CITOLOGÍA [Internet]. Santiago; mar 10, 2021. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1156775

385. Chile. Ministerio de Salud. GASTO DE BOLSILLO EN SALUD DE LOS HOGARES SEGÚN EPF VII Y VIII [Internet]. Santiago; 2019 nov [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/11/MDC-N4-DIPLAS-Gasto-de-Bolsillo-en-Salud-segun-VII-Y-VIII-EPF.pdf

386. Ferrer-Lues M, Daigre ML, Valdés I. RESUMEN EJECUTIVO EVALUACIÓN PROGRAMAS GUBERNAMENTALES (EPG) PROGRAMA FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD [Internet]. Santiago; 2018 ene [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.dipres.gob.cl/597/articles-

387. Chile. Superintendencia de Salud. Estudio de Opinión a Usuarios del Sistema de Salud y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud [Internet]. Santiago; 2016 jun [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-14189_recurso_1.pdf

388. Vargas Cárdenas A. Convenio contra el tráfico de órganos e iniciativas internacionales sobre donación y trasplante [Internet]. Santiago; 2016 jun [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/23153/1/Convenio tráfico de órganos e iniciativas de trasplante y donación ed par CW (2).pdf

389. OPS/OMS. ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE DONACIÓN Y ACCESO EQUITATIVO AL TRASPLANTE DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS 2019-2030 [Internet]. Whashington; 2019 oct [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51619/CD57-11-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y

390. Maira PM, Solar AP. Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas [Internet]. 4 de junio de 2018 [citado 3 de febrero de 2022];43(1):30-4. Disponible en: https://arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1354

391. OPS/OMS. Donación y trasplantes [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/donacion-trasplantes

392. Arriagada AM, Maquilón S, Benítez C, Arriagada AM, Maquilón S, Benítez C. Donación y trasplante de órganos en Chile. Rev Med Chil [Internet]. mayo de 2018 [citado 3 de febrero de 2022];146(5):675-6. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000500675&lng=en&nrm=iso&tlng=en

393. Global Observatory on Donation and Transplantation. International Activities report. Organ donation and transplantation activities [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.transplant-observatory.org/2020-international-activities-report/

394. OMS. PRINCIPIOS RECTORES DE LA OMS SOBRE TRASPLANTE DE CÉLULAS, TEJIDOS Y ÓRGANOS HUMANOS 1 [Internet]. Santiago; 2010 abr [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA63.22sp.pdf

395. Chile. Ministerio de Salud. Estadísticas Históricas Donación [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://yodonovida.minsal.cl/statistics/public/show/15

396. Chile. Ministerio de Salud. Modifica La Ley No 19.451, Sobre Trasplante y Donación de Órganos, para precisar la voluntad del Donante Fallecido [Internet]. Santiago; mar 12, 2019. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1129578

397. Chile. Ministerio de Salud. NORMA GENERAL TÉCNICA PARA EL PROCURAMIENTO, PRESERVACIÓN E IMPLANTE DE TEJIDOS [Internet]. Santiago; 2018 feb [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/NT-de-Tejidos-Final.pdf

398. Chile. Ministerio de Salud. Decreto-148 EXENTO 20-MAY-2016 [Internet]. Santiago; may 20, 2016. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1090626

399. OMS. MONITORING THE BUILDING BLOCKS OF HEALTH SYSTEMS: A HANDBOOK OF INDICATORS AND THEIR MEASUREMENT STRATEGIES [Internet]. Ginebra; 2010 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf

400. OPS/OMS. ESTRATEGIA DE RECURSOS HUMANOS PARA EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD [Internet]. Whashington; 2017 sep [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34413/CSP29.R15-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y

401. High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Working for health and growth. Investing in the health workforce [Internet]. Ginebra; 2016 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.world-psi.org/sites/default/files/documents/research/en_comheegfinalreport.pdf

402. OMS. HEALTH WORKFORCE REQUIREMENTS FOR UNIVERSAL HEALTH COVERAGE AND THE SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS [Internet]. Ginebra; 2016 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250330/9789241511407-eng.pdf

403. Scheffler RM, Campbell J, Cometto G, Maeda A, Liu J, Bruckner TA, et al. Forecasting imbalances in the global health labor market and devising policy responses. Hum Resour Health [Internet]. 11 de enero de 2018 [citado 3 de febrero de 2022];16(1):1-10. Disponible en: https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-017-0264-6

404. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030 [Internet]. Who. Ginebra; 2016 [citado 5 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1

405. Chile. Superintendencia de Salud. Estadísticas de Prestadores Individuales de Salud: 1 de abril de 2009 al 31 de diciembre de 2017 [Internet]. Santiago; 2017 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-16582_recurso_1.pdf

406. OECD. Health at a Glance [Internet]. OECD; 2020 [citado 3 de febrero de 2022]. (Health at a Glance: Europe). Disponible en: https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/

407. Chile. Ministerio de Educación. INFORME 2020 TITULACIÓN EN EDUCACIÓN SUPERIOR [Internet]. Santiago; 2021 abr [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.mifuturo.cl/wp-content/uploads/2021/05/Informe-Titulacion-_2020_SIES.pdf

408. Chile. Ministerio de Salud. Ordinario 1343 del 6 de mayo de 2020. Informa Glosa 1: Brechas del Personal de Salud por Servicio de Salud y Especialidad Ley de Presupuesto N° 21.192 [Internet]. Santiago; 2020 abr [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/05/Glosa-01-letra-c-Brechas-del-Personal-de-Salud-por-Servicio-de-Salud-y-Especialidad-Anual.pdf

409. Chile. Senado de la República. Falta de cupos para subespecialistas serían el gran problema de la salud pública - Senado - República de Chile [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.senado.cl/noticias/salud/falta-de-cupos-para-subespecialistas-serian-el-gran-problema-de-la-salud

410. Chile. Ministerio de Salud. POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD [Internet]. Santiago; 2012 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/politica_rhs_chi2012.pdf

411. Chile. Ministerio de Salud. INFORME SOBRE BRECHAS DE PERSONAL DE SALUD POR SERVICIO DE SALUD [Internet]. Santiago; 2016 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-Público_Marzo2016.pdf

412. Chile. Ministerio de Salud. PLAN DE INGRESO, FORMACIÓN Y RETENCIÓN DE MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y ESPECIALISTAS LOGROS Y DESAFÍOS [Internet]. Santiago; 2018 feb [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Plan-de-formación-y-retención-de-especialistas.pdf

413. OMS. Health financing [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/health-financing#tab=tab_1

414. C G, C C-L, I M. Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Santiago, Chile: CAS-UDD; 2019.

415. World Bank. Current health expenditure per capita, PPP (current international $) - Chile | Data [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PP.CD?locations=CL

416. OMS. Global Spending on Health: A World in Transition [Internet]. Ginebra; 2019 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2019.pdf?ua

417. Fan VY, Savedoff WD. The health financing transition: a conceptual framework and empirical evidence. Soc Sci Med [Internet]. marzo de 2014 [citado 3 de febrero de 2022];105:112-21. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24524906/

418. OMS. Primary health care [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care

419. ONU. Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage "Universal health coverage: moving together to build a healthier world" [Internet]. New York; 2019 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf

420. World Bank. Current health expenditure (% of GDP) | Data [Internet]. 2018 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS

421. OECD. Health expenditure in relation to GDP [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/7/1/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&_csp_=ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book

422. Chile. Ministerio de Salud. Gasto en Salud. Millones de pesos corrientes [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://ies.minsal.gob.cl/reports/68

423. Goyenechea M. Análisis del gasto público en salud 2019. Análisis presupuestario de salud para el año 2019 [Internet]. Santiago; 2020 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://aes-chile.cl/wp-content/uploads/2020/04/GastoPublicodeSalud2019.-M-Goyenechea-19.pdf

424. Chile. Ministerio de Salud, Universidad del Desarrollo, Universidad de Concepción. Segunda Edición de los Fundamentos para los lineamientos para la telemedicina y telesalud en Chile - Proyecto Lineamientos para el desarrollo de la Telemedicina y Telesalud en Chile [Internet]. Santiago; 2020 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://lineamientostelesalud.cl/2021/01/segunda-edicion-de-los-fundamentos-para-los-lineamientos-para-la-telemedicina-y-telesalud-en-chile/

425. OMS. Estrategia mundial sobre salud digital 2020-2025 [Internet]. Ginebra; 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344251/9789240027572-spa.pdf?sfvrsn=4b848c08_4

426. OPS/OMS. El futuro de la salud pasará necesariamente por implementar la estrategia de salud digital - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/es/blog-sistemas-informacion-para-salud-is4h/futuro-salud-pasara-necesariamente-por-implementar

427. OMS. Digital Implementation Investment Guide (DIIG): Integrating Digital Interventions into Health Programmes [Internet]. Ginebra; 2020 sep [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240010567

428. OMS. La OMS publica las primeras directrices sobre intervenciones de salud digital [Internet]. 2019 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/17-04-2019-who-releases-first-guideline-on-digital-health-interventions

429. Chile. Ministerio de Salud. ¿Qué es Hospital Digital? [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.hospitaldigital.gob.cl/hospital-digital/que-es-hospital-digital

430. Chile. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Telesalud En el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud [Internet]. Santiago; 2018 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Programa-Nacional-de-Telesalud.pdf

ACRÓNIMOS

ACRÓNIMOS

AF	Actividad Física
AINES	Antiinflamatorios no esteroideos
AME	Alteraciones Músculo Esqueléticas
ANAMED	Agencia Nacional de Medicamentos
ANR	Autoridades Regulatorias Nacionales
APS	Atención Primaria de Salud
ASSA	Agenda de salud sostenible para las Américas 2018 - 2030
AVISA	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
BPM	Buenas Prácticas de Manufactura
CASEN	Encuesta Nacional de caracterización Social
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDR	Cadena de Resultados
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CIRA	Consejo de Integración de la Red Asistencial
CRED	Centro para la Investigación de la Epidemiología de los Desastres
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DS	Decreto Supremo
EA	Eventos Adversos
EBS	Primera Encuesta de Bienestar Social
ENS	Encuesta Nacional de Salud
ENT	Enfermedades No Transmisibles
ESAG	Estrategia de Sexualidad, Afectividad y Género
ETA	Enfermedades Transmitidas por Alimentos
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FESP	Funciones Esenciales de Salud Pública
GIR	Gestión Integral del Riesgo
GBD	Global Burden of Disease
GES	Garantías explícitas en Salud
HTA	Hipertensión Arterial
IAAS	Infecciones Asociadas a la Atención en Salud
IHME	Institue of Health Metrics and Evaluation
IMC	Índice de Masa Corporal
IPCC	Grupo Intergubernamental de Expertos Sobre el Cambio Climático
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LE	Lista de Espera
LGBTIQ+	Lesbiana, Gay, Bisexual, Transgénero, Transexual, Travesti, Intersexual y Queer
MAIS	Modelo de atención centrado en las personas, familias y comunidades.
Minsal	Ministerio de Salud
MMA	Ministerio del Medio Ambiente
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OCHA	Oficina de las Naciones Unidas de Coordinación de Asuntos Humanitarios
ODS	Objetivos de Desarrollo Sustentable
OIRS	Oficina de Información y Reclamos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONEMI	Oficina Nacional de Emergencia
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNAC	Programa Nacional de Alimentación Complementaria
PNE	Plan Nacional de Emergencia
RRD	Reducción de Riesgo de Desastre
RRHH	Recursos Humanos
SENADIS	Servicio Nacional de la Discapacidad
SEREMI	Secretaría Regional Ministerial
SINAPRED	Sistema Nacional de Prevención y Respuesta ante Desastres
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SNPC	Sistema Nacional de protección Civil
SS	Servicios de Salud
TEA	Trastorno del Espectro Autista
TE	Tiempo de espera
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
UN	United Nations
UNDRR	Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres

PARTICIPANTES

PARTICIPANTES

A continuación, se detalla, en función del Eje Estratégico, a los organismos y representantes que conformaron las 44 mesas técnicas intersectoriales.

EJE 1. MEDIO AMBIENTE Y ENTORNOS SALUDABLES

CONDICIONES SANITARIO AMBIENTALES

- Asociación Chilena de Municipalidades/Osman González
- Colegio Médico/Mauricio Ilabaca
- Ministerio de Educación/Octavio Gajardo
- Ministerio de Obras Públicas/Paulina Cea
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana/Carolina Cobos
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Salud Ambiental/Felipe Moraga
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Salud Ambiental/Gabriel Vega
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Salud Ambiental/Gonzalo Aguilar
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Salud Ambiental/Mabel Oyarzún
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Salud Ambiental/Orlando Negrón
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Salud Ambiental/Pamela Santibañez
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Salud Ambiental/Paola Cruz
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Salud Ambiental/Roxana Tessada
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Salud Ambiental/Walter Folch
- Ministerio de Transporte y Telecomunicaciones/Jaime Román
- Ministerio de Vivienda y Urbanismo/Macarena Ortiz
- Sociedad Chilena de Epidemiología/Sandra Cortes
- Sociedad Chilena de Pediatría/Karla Yohannessen
- Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo/ Carol Hernández
- Universidad de Chile/Escuela de Salud Pública/ Programa Salud Ambiental/Hernán Varas

SALUD OCUPACIONAL

- Asociación Chilena de Seguridad/ Guillermo Lermanda
- Asociación Chilena de Seguridad/María Catalina Dinali
- Asociación Chilena de Seguridad/Miguel Zapata
- Central Unitaria de Trabajadores/Laura San Martín
- Comisión Chilena de Energía Nuclear/Ciro Cárdenas Eyzaguirre
- Instituto de Salud Pública/Christian Albornoz Villagra
- Ministerio de Salud/División de Gestión y Desarrollo de Personas/Departamento Salud Ocupacional y Gestión Ambiental/Pablo Duran
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana/Carmen Gloria Gonzalez
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Salud Ocupacional/Carolina de la Fuente
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Salud Ocupacional/Cristian Villaroel
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Salud Ocupacional/Elisa Donoso Bascuñán
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Salud Ocupacional/Esteban Varas Ramírez
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Salud Ocupacional/Helga Balich
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento Ciclo Vital/Rodrigo Neira
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Salud Mental/ Paulina Torres
- Ministerio de Salud/Gabinete de Ministro/ Departamento de Derechos Humanos y Género/Nelly Alvarado
- Ministerio del Trabajo/Marcela Orellana
- Mutual de Seguridad CCHC/Carmen Archila
- Mutual de Seguridad CCHC/Juan Pablo Espina
- Sociedad Chilena de Ergonomía/Mauricio Santos
- Sociedad Chilena de Medicina del Trabajo/José Ignacio Méndez
- Sociedad Chilena de Medicina del Trabajo/Marta Cabrera Contreras
- Superintendencia de Seguridad Social/Ricardo Soto Toledo
- Universidad de Chile/Escuela de Salud Pública/ Programa Salud Ocupacional/Nella Marchetti

SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

- Asociación Chilena de Municipalidades/Victor Alvarado
- Asociación de facultades de Medicina de Chile/Andrés Galsinovic
- Asociación de facultades de Medicina de Chile/ Carolina Reyes
- Asociación de facultades de Medicina de Chile/ Francisca Rojas
- Asociación de facultades de Medicina de Chile/ Lilian Fernández
- Asociación de facultades de Medicina de Chile/Mario Parada

- Asociación de facultades de Medicina de Chile/ Mónica Nivelo
- Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud Municipal/Carlos Mena
- Fundación de las Familias/Constanza Irarrázaval
- Ministerio de Salud/División de Atención Primaria/ Clodoveth Millalen
- Ministerio de Salud/División de Atención Primaria/ Danilo Rios
- Ministerio de Salud/División de Atención Primaria/Irma Vargas
- Ministerio de Salud/División de Atención Primaria/ Pamela Meneses
- Ministerio de Salud/División de Gestión de la Red Asistencial/ Departamento de Gestión Hospitalaria/ Ivonne Rebolledo
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana/Denise Boettcher
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento Ciclo Vital/ Luis Sarmiento
- Ministerio de Salud/Gabinete de Subsecretaría de Redes Asistenciales/Cristián Rebolledo
- Ministerio de Salud/Gabinete de Subsecretaría de Redes Asistenciales/Pablo Araya
- Servicio de Salud Metropolitano Sur/Maximiliano Pineda
- Sociedad Chilena de Medicina Familiar/Andrea Didier
- Sociedad Científica de Enfermería Familiar y Comunitaria de Chile/Natalia Burattini

EJE 2. ESTILOS DE VIDA

ALIMENTACIÓN SALUDABLE E INOCUA

- Ministerio de Agricultura/Agencia Chilena para la Calidad e Inocuidad Alimentaria/ Lorena Lorca
- Ministerio de Agricultura/Servicio Agrícola y Ganadero/David Guerra
- Ministerio de Agricultura/Instituto de Desarrollo Agropecuario/Karin Edwards
- Ministerio de Desarrollo Social/Instituto Nacional de la Juventud/Juan Antonio Pavéz
- Ministerio de Desarrollo Social/Secretaría Ejecutiva Elige Vivir Sano/Paola Medina
- Ministerio de Economía,Fomento y Turismo/Servicio Nacional de Pesca y Acuicultura/María José Gutiérrez
- Ministerio de Educación/Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas/Mariana Lira
- Ministerio de Educación/Junta Nacional de Jardines Infantiles/Licy Gutiérrez Velásquez
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Salud Ambiental/Orlando Negron
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Nutrición y Alimentos/ Andrea Bravo
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Nutrición y Alimentos/ Marcelo Ulloa
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana/ Javiera Escobar
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad/Jeanette Henríquez
- Ministerio de Salud/Gabinete de Subsecretaría de Salud Pública/Departamento de Epidemiología/ Carmen Antini
- Profesional investigador experto/área de interés ambientes escolares saludables/Nelly Bustos
- Profesional investigador experto/área de interés inocuidad alimentaria/Magaly Toro.

ACTIVIDAD FÍSICA

- Fundación Integra/ Pía Acevedo
- Instituto Nacional del Deporte/ Natalia Parra
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia/ Secretaría Ejecutiva Elige Vivir Sano/ Paola Medina
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia/ Secretaría Ejecutiva Elige Vivir Sano/ Tamara Díaz
- Ministerio de Educación/ División Educación General/ Patricio Venegas
- Ministerio de Educación/ Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas/ Mariana Lira
- Ministerio de Educación/ Junta Nacional de Jardines Infantiles/ Licy Gutiérrez
- Ministerio de Educación/ Subsecretaría de Educación Parvularia/ Pamela Maturana
- Ministerio de Salud/ División de Atención Primaria/ Lorena Sotomayor
- Ministerio de Salud/ División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/ Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana/ Matías Portela
- Ministerio de Salud/ División de Prevención y Control de Enfermedades/ Departamento de Ciclo Vital/ Carla Bonatti
- Ministerio de Salud/ División de Prevención y Control de Enfermedades/ Departamento de Discapacidad y Rehabilitación/ Raúl Valenzuela
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/ Departamento de Enfermedades No Transmisibles/Constanza Aguilera
- Ministerio de Salud/ Gabinete de la Subsecretaría de Salud Pública/ Departamento de Epidemiología/ José Alarcón
- Ministerio de Transporte y Telecomunicaciones/ Marcela Espinosa
- Ministerio del Deporte/ Paulina Veronica Correa Escalona
- Universidad de la Frontera/ Nicolas Aguilar
- CONSUMO DE TABACO
- Chile Libre de Tabaco/ Maria Teresa Valenzuela
- Instituto Nacional de la Juventud/ Gabriela Pérez
- Instituto Nacional del Tórax/ María Gualcolda Benavides Guerrero
- Ministerio de Educación/ División Educación General Formación Integral y Convivencia Escolar/ Ana María Ramirez
- Ministerio de Salud/ División de Atención Primaria/ Milena Pereira
- Ministerio de Salud/ División de Políticas Públicas y Promoción de la Salud/ Oficina Prevención del Consumo de Tabaco/ Celso Muñoz
- Ministerio de Salud/ División de Políticas Públicas y

Promoción de la Salud/ Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana/ Geraldine Torrens
- Ministerio de Salud/ División de Políticas Públicas y Promoción de la Salud/ Constanza Moreno
- Ministerio de Salud/ División de Prevención y Control de Enfermedades/ Departamento Salud Bucal/ Catalina Hevia
- Universidad Adolfo Ibáñez/ Escuela de Negocios/ Guillermo Paraje
- Universidad de Chile/ Escuela de Salud Pública/ Programa Epidemiología/ Verónica Iglesias
- Universidad de Chile/ Escuela de Salud Pública/ Programa Nutrición de Poblaciones/ María Paz Bertoglia
- Servicio de Salud Metropolitano Oriente/ Pablo Echiburu
- Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias/ Comisión de Tabaco/ Carolina Águila
- Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias/ Comisión de Tabaco/ María Paz Corvalán

CONSUMO DE ALCOHOL

- Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito/ Claudia Morales
- Finnish Institute for Health and Welfare, Department of Public Health and Welfare/ Sebastián Peña
- Hogar de Cristo/ Carlos Vöhringer
- Instituto Nacional de la Juventud/ Gabriela Pérez
- Ministerio Desarrollo Social y Familia/ Oficina Nacional de Calle/ Karinna Soto
- Ministerio de Educación/ División Educación General Formación Integral y Convivencia Escolar/ Nicole Orellana
- Ministerio de Salud/ División de Gestión de Redes Asistenciales/Carla Retamales
- Ministerio de Salud/ Departamento de Derechos Humanos y Género/ Bárbara Torres
- Ministerio de Salud/ División de Atención Primaria/ Tania Labra
- Ministerio de Salud/ División de Atención Primaria/ Verónica Véliz
- Ministerio de Salud/ División de Prevención y Control de Enfermedades/ Departamento de Salud Mental/ Pablo Norambuena
- Pontificia Universidad Católica/ Facultad de Medicina/ Departamento de Medicina Familiar/Paula Margozzini
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Alcohol y Drogas/ Estrategia Nacional Consumo de drogas/ Daniel Díaz
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Alcohol y Drogas/ Unidad Estudios/ Karen Helmer
- Universidad Diego Portales, Facultad de Medicina/ Alfredo Pemjean Gallardo
- Universidad de Chile/ Escuela de Salud Pública/ Programa Epidemiología// María Elena Alvarado

CONSUMO DE DROGAS

- Fundación Paréntesis/ Carlos Vöhringer
- Hospital Clínico Universidad de Chile/ Carlos Ibañez
- International Society of Substance Use Professionals (ISSUP), Chile/ Lorena Contreras
- International Society of Substance Use Professionals (ISSUP), Chile/ Ma/ Elena Riveros
- International Society of Substance Use Professionals (ISSUP), Chile/ Marta Oliva
- Ministerio de Salud/ División de Prevención y Control de Enfermedades/ Departamento de Salud Mental/ Alejandro Riquelme
- Ministerio de Salud/ División de Gestión de Redes Asistenciales/ Carla Retamales
- Ministerio de Salud/ División de Atención Primaria/ Milena Pereira
- Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes IMHAY/ Jorge Gaete
- Plan Colombo/ Mariano Montenegro
- Plan Colombo/ Rodrigo Portilla
- Pontificia Universidad Católica de Chile/ Facultad de Medicina/ Departamento de Medicina Familiar/ Gladys Moreno
- Pontificia Universidad Católica de Chile/ Facultad de Medicina/ Departamento de Medicina Familiar/ Nicolas Barticevic
- Universidad de Chile/ Clínica Psiquiátrica Universitaria/ Luis Risco
- Universidad Diego Portales/Facultad de Medicina/ Alfredo Pemjean
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Alcohol y Drogas/ Área de Tratamiento/ Marcela Lara
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Alcohol y Drogas/ Elige vivir sin consumo de drogas/ Juan Antonio Bolumburu/

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

- Asociación Organizando Trans Diversidades/ Leonel Catoni
- Asociación Organizando Trans Diversidades/ Shane Cienfuegos
- Colegio Matronas y Matrones de Chile/ María Isabel Flores
- Colegio Matronas y Matrones de Chile/ Mercedes Carrasco Portiño
- Fondo de Población de las Naciones Unidas/ Mariela Cortés
- Ministerio de Educación/División Educación General (Formación Integral Y Convivencia Escolar)/ Nicole Orellana
- Ministerio de la Mujer y Equidad de Género/ Clarisa Reichhard
- Ministerio de salud/ División de Prevención y Control de Enfermedades /Departamento Ciclo Vital/Cettina D' Angelo
- Ministerio de salud/ División de Prevención y Control de Enfermedades /Departamento Ciclo Vital/Jorge Neira
- Ministerio de salud/Departamento de Gestión de Cuidados/División de Atención Primaria Ministerio de Salud / Juan Herrera
- Ministerio de salud/Gabinete del Ministro/ Departamento de Derechos Humanos y Género/ María Isabel Velich
- Ministerio de salud/Gabinete del Ministro/ Departamento de Derechos Humanos y Género/ Teresa Soto
- Ministerio de salud/La División de Gestión de Redes

Asistenciales Ministerio de Salud /Departamento de Gestión Hospitalaria/ Daniela Vargas
- Ministerio de salud/Unidad de Relaciones Institucionales/Dirección Nacional Instituto Nacional de la Juventud/ Leila Guerra
- Sociedad Chilena de Ginecología Infantil y de la Adolescencia/ Carolina Pastene
- Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología/ Carolina Orellana
- Sociedad Chilena de Sexualidades/ Michel Villarroel
- Sociedad Chilena de Urología/ Ignacio Morales

SALUD MENTAL

- Coordinadora de organizaciones de familiares, usuarios y amigos de personas con afecciones de salud mental/Miguel Rojas
- Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad/ Alex Behn
- Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad/Claudio Martínez
- Instituto Nacional de la Juventud/Natalia Silva
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia/Mejor Niñez/ Claudia Zamora
- Ministerio de Salud/División de Atención Primaria/ Álvaro Campos
- Ministerio de Salud/División de Gestión de la Red Asistencial/Departamento Ges y Redes Complejas/ Unidad Salud Mental/Felipe Salinas
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana/Carmen Gloria Gonzalez
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Ciclo Vital/ Alejandro Gallegos
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento Salud Mental/Cynthia Zavala
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento Salud Mental/ Rodrigo Zarate
- Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes/Álvaro Langer
- Secretaría Regional Ministerial de Salud Región de Antofagasta/Juan Astudillo
- Servicio Nacional del Adulto Mayor/Dirección Nacional/Dominique Jana
- Servicio Nacional del Adulto Mayor/Dirección Nacional/ Muriel Abad
- Servicio Nacional de la Discapacidad/Dirección Nacional Coordinación Intersectorial/Diana Sandoval
- Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía/ Mauricio Gomez
- Servicio de Salud de Atacama/Esteban Ricke
- Sociedad de Salud Mental Comunitaria de Chile/Álvaro Aravena
- Universidad de Chile/Escuela de Salud Pública/Olga Toro

EJE 3. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

TUBERCULOSIS

- Fondo Nacional de Salud/Verónica Medina
- Instituto de Salud Pública/Fabiola Arias Muñoz
- Ministerio de Ciencias/Diego Armas
- Ministerio de Salud/División de Atención Primaria/ Pablo Wilhelm
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Prevención y Control de VIH e ITS /Gloria Berrios Campbell
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Prevención y Control de VIH e ITS /María Teresa Silva
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Enfermedades Transmisibles/ Tania Herrera
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad/Bárbara Bustos
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento Enfermedades Transmisibles/Programa de Tuberculosis/Nadia Escobar
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento Enfermedades Transmisibles/Programa de Tuberculosis/Natalia Ruiz
- Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias/ Carlos Peña
- Sociedad Chilena de Infectología/Yazmín Pinos

VIH-SIDA

- Instituto de Salud Pública/Claudia Bravo
- Instituto de Salud Pública/Maritza Rios
- Ministerio de Desarrollo Social/ Instituto Nacional de la Juventud / Leila Guerra Salinas
- Ministerio de Educación/División Educación General (Formación Integral y Convivencia Escolar)/ Nicole Orellana
- Ministerio de Salud/División de Atención Primaria/Juan Herrera
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Ciclo vital/Cettina D' Angelo
- Ministerio de Salud/División de Gestión de Redes Asistenciales/Departamento de Gestión Hospitalaria/ María Alicia Ribes
- Ministerio de Salud/División de Gestión de Redes Asistenciales/Departamento de Gestión Hospitalaria/ Yerty Martinez
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Prevención y Control de VIH e ITS /Edith Ortiz
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad/Violeta Rojas
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Prevención y Control de VIH e ITS /Carolina Peredo
- Ministerio de Salud/Gabinete Ministro/Departamento de Derechos Humanos y Género/María Isabel Velich
- Ministerio de Salud/Gabinete de Subsecretaría de Salud Pública/Departamento de Epidemiología/Mario Soto
- Sociedad Chilena de Infectología/ Macarena Silva

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN ELIMINACIÓN

- Comité Nacional de Certificación de Erradicación de

Poliomielitis en Chile/Andrea Olea
- Comité Nacional de Expertos para la verificación de la eliminación del sarampión-rubéola/Luis Avendaño
- Instituto de Salud Pública/Judith Mora Riquelme
- Ministerio de Salud/División de Atención Primaria/Juan Herrera
- Ministerio de Salud/División de Gestión de la Red Asistencial/ Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria/Ana Jara
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento Ciclo Vital/ Patricia Cabezas
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Enfermedades Transmisibles/Andrea Peña
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Inmunizaciones/ Andrés Álvarez
- Ministerio de Salud/Gabinete de Subsecretaría de Salud Pública/Departamento de Epidemiología/ Doris Gallegos
- Ministerio de Salud/Gabinete de Subsecretaría de Salud Pública/Departamento de Epidemiología/ Iván Ríos Orellana
- Organización Panamericana de la Salud/Mario Masana
- Sociedad Chilena de Epidemiología/Paola Salas
- Sociedad Chilena de Infectología/Leonor Jofré

ENFERMEDADES ZOONÓTICAS

- Instituto de Salud Pública/Eliecer Villagra
- Ministerio de salud/ División de Políticas Públicas Saludables y Promoción Ministerio de Salud / Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana/ Alejandro Calderon
- Ministerio de salud/ División de Políticas Públicas Saludables y Promoción Ministerio de Salud /Departamento de Pueblos Indígenas e Interculturalidad/ Bárbara Bustos
- Ministerio de salud/ División de Políticas Públicas Saludables y Promoción Ministerio de Salud / Departamento Salud Ocupacional/ Elisa Maria Donoso
- Ministerio de salud/ División de Políticas Públicas Saludables y Promoción Ministerio de Salud / Departamento Salud Ocupacional/ Esteban Varas
- Ministerio de salud/ División de Políticas Públicas Saludables y Promoción Ministerio de Salud / Departamento Zoonosis y Control de Vectores/ Carla Barrientos
- Ministerio de salud/ División de Prevención y Control de Enfermedades Ministerio de Salud /Departamento de Enfermedades Transmisibles/ Carolina Cifuentes
- Ministerio de salud/ División de Prevención y Control de Enfermedades Ministerio de Salud /Departamento de Enfermedades Transmisibles/ Jorge Valdebenito
- Ministerio de salud/ División de Gestión de Redes Asistenciales Ministerio de Salud /Departamento Calidad y Seguridad de la Atención/ Mauro Orsini
- Ministerio de salud/División de Gestión de Redes Asistenciales Ministerio de Salud /Departamento Calidad y Seguridad de la Atención/ Pamela Flores
- Ministerio de salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción Ministerio de Salud / Departamento Zoonosis y Control de Vectores/ Alonso Parra
- Ministerio de salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción Ministerio de Salud / Departamento Zoonosis y Control de Vectores/ Felipe Moraga
- Ministerio de salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción Ministerio de Salud / Departamento Zoonosis y Control de Vectores/ Yennifer Flores
- Ministerio de salud/Gabinete de la Subsecretaría de Salud Pública/Departamento de Epidemiología/ Pablo Gutiérrez
- Ministerio del Medio Ambiente/Charif Tala
- Organización Panamericana de la Salud/Claudio Canales
- Servicio Agrícola y Ganadero/Álvaro González
- Sociedad Chilena de Epidemiología/Sandra Cortes
- Sociedad Chilena de Infectología/Gerardo Acosta
- Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo /Claudia Aguirre

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

- Agrupación de Médicos de Atención Primaria/Ingrid Kremser
- Instituto de Salud Pública/Rodrigo Fasce
- Ministerio de Salud/División de Atención Primaria/ Lorena Sotomayor
- Ministerio de Salud/División de Atención Primaria/ Pablo Wilhelm
- Ministerio de Salud/División de Atención Primaria/ Oscar Vergara
- Ministerio de Salud/División de Gestión de la Red Asistencial/ Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria/Gisela Acosta
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento Ciclo Vital/ Maria Paz Medel
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Enfermedades Transmisibles/Patricia Contreras
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Inmunizaciones/ Andrés Álvarez
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana/Jessica Escobar
- Servicio de Salud Metropolitano Central/CESFAM N°1/ Juan Morgado
- Servicio de Salud Valparaíso/Paola Vaccaro
- Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias/ Francisco Arancibia
- Sociedad Chilena de Infectología/Lorena Tapia
- Sociedad Chilena de Medicina de Urgencia/Adolfo Barraza
- Sociedad Chilena de Medicina Familiar/Javiera Corbalán

RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS

- Colegio Médico Veterinario de Chile/ Nicolás Galarce
- Instituto de Salud Pública/ Agencia Nacional de Dispositivos Médicos, Innovación y Desarrollo/ Alejandra Vaquero
- Instituto de Salud Pública/ Juan Hormazábal
- Ministerio de Agricultura/ Agencia Chilena para la

Calidad e Inocuidad Alimentaria/ Constanza Vergara
- Ministerio de Agricultura/ Servicio Agrícola y Ganadero/ Fernando Zambrano
- Ministerio de Ciencias/ Heinz Doebbel
- Ministerio de Economía, Fomento y Turismo/ Servicio Nacional de Pesca y Acuicultura/ Marcela Lara
- Ministerio de Economía, Fomento y Turismo/ Servicio Nacional de Pesca y Acuicultura/ Patricio Medina
- Ministerio de Salud/ División de Atención Primaria/ Javier Medel
- Ministerio de Salud/ División de Gestión de la Red Asistencial/ Departamento de Calidad y Seguridad en la Atención/ Mauro Orsini
- Ministerio de Salud/ División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/ Loreto González
- Ministerio de Salud/ División de Prevención y Control de Enfermedades/ Departamento de Enfermedades Transmisibles/ Tania Herrera
- Ministerio de Salud/ Gabinete de la Subsecretaría de Salud Pública/ Departamento de Epidemiología/ Sylvina Alvarado
- Sociedad Chilena de Infectología/ Mirta Acuña

EJE 4. ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y VIOLENCIA

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y CEREBROVASCULARES

- Ministerio de Salud/División de Atención Primaria/ Marcela Rivera
- Ministerio de Salud/División de Gestión de la Red Asistencial/Departamento de Gestión Hospitalaria/ Vilma Cortes
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Ciclo Vital/Loretto Fuentealba
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Discapacidad y Rehabilitación/Marianela Ríos.
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Enfermedades Transmisibles/Carolina Neira
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Enfermedades Transmisibles/Irving Santos
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Enfermedades Transmisibles/Melanie Paccot
- Organización Panamericana de la Salud/OPS-HEARTS/ Maria Escobar
- Pontificia Universidad Católica/Escuela Salud Pública/ Paula Margozzini
- Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular/ Víctor Rossel
- Sociedad Científica de Enfermería Familiar y Comunitaria de Chile/Julieta Araneda
- Sociedad Chilena de Medicina Familiar/Gladys Caro
- Sociedad Chilena de Nefrología/Eduardo Lorca
- Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebrovasculares/Pablo Lavados
- Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía/ Rodrigo Guerrero

CÁNCER

- Asociación Chilena de Agrupaciones Oncológicas/ Catalina Horta
- Asociación de Facultades de Medicina de Chile/Enrique Castellón
- Fondo Nacional de Salud/Verónica Medina
- Ministerio de Desarrollo Social/Tamara Díaz
- Ministerio de Salud/División de Atención Primaria/ Juan Herrera
- Ministerio de Salud/División de Gestión de la Red Asistencial/Departamento de Gestión Hospitalaria/ Jessica Villena
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana/Barbara Donoso
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Políticas y Regulaciones Farmacéuticas de Prestadores de Salud y Medicinas Complementarias/Lorena Abarca
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Ciclo Vital/ Francisca Salas
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento Manejo Integral del Cáncer/María Carolina Jordán
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Discapacidad y Rehabilitación/Marianela Ríos
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/ Departamento Ciclo Vital/Oficina de Salud del Adulto Mayor/Paula Maureira
- Ministerio de Salud/Gabinete de Salud Pública/ Departamento de Epidemiología/Patricia Cerda
- Programa Infantil de Drogas Antineoplásicas/Comisión Programa Infantil de Drogas Antineoplásicas/Cristian Sotomayor
- Programa Infantil de Drogas Antineoplásicas/Comisión Programa Infantil de Drogas Antineoplásicas/Laura Neira
- Secretaría Regional Ministerial de Salud Maule/ Departamento de Derechos Humanos y Género/ Carmen Gloria Vega
- Sociedad Chilena de Cuidados Paliativos/Dayane Kopfer

DIABETES MELLITUS

- Asociación de Diabéticos de Chile/Carmen Lía Solis
- Asociación de Diabéticos de Chile/Marcela Vergara
- Ministerio de Salud/División de Atención Primaria/ Marcela Rivera
- Ministerio de Salud/División de Gestión de la Red Asistencial/ Departamento GES y Redes Complejas/ Mauricio Bizama
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Nutrición y Alimentos/Yilda Herrera
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana/Carolina Cobos
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento Ciclo Vital/Paula Maureira
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control

de Enfermedades/Departamento de Discapacidad y Rehabilitación/Camilo Águila
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Enfermedades No Transmisibles/Constanza Aguilera
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Enfermedades No Transmisibles/Melanie Paccot
- Ministerio de Salud/Gabinete de Ministro/ Departamento de Derechos Humanos y Género/María Ignacia Rojas
- Pontificia Universidad Católica/Escuela de Enfermería/ Claudia Bustamante
- Pontificia Universidad Católica/Escuela Salud Pública/ Paula Margozzini
- Servicio de Salud Osorno/Consuelo Córdova
- Sociedad Chilena de Diabetología/Oriana Paiva
- Sociedad Chilena de Diabetología/Regina Cecilia Vargas
- Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes/ Carmen Gloria Aylwin
- Sociedad Chilena de Medicina Familiar/Macarena Moral
- Sociedad Científica de Enfermería Familiar y Comunitaria de Chile/Denisse Brito
- Superintendencia de Seguridad Social/Ricardo Soto

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

- Agrupación de Médicos de Atención Primaria/Leisli Salvatierra
- Asociación de Dializados y Trasplantados de Chile/ Miguel Vargas
- Fondo Nacional de Salud/Verónica Medina
- Hospital Las Higueras/Carlos Zuñiga
- Ministerio de Salud/División de Atención Primaria/ Marcela Rivera
- Ministerio de Salud/División de Gestión de la Red Asistencial/ Departamento GES y Redes Complejas/ Ana Merello
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Políticas y Regulaciones Farmacéuticas, de Prestadores de Salud y Medicinas Complementarias/Carmen Veloso
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Enfermedades No Transmisibles/Carla Benavides
- Servicio de Salud de Osorno/Consuelo Córdova
- Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes/ Fernando Bello
- Sociedad Chilena de Enfermeras en Diálisis y Trasplante/María Elisa Espinoza
- Sociedad Chilena de Nefrología/Caterina Tiscornia
- Sociedad Chilena de Nefrología/Paula Moscoso Aguayo
- Sociedad Chilena de Nefrología/René Clavero

OBESIDAD

- Asociación Chilena de Nutrición Clínica, Obesidad y Metabolismo Asociación Chilena de Nutrición Clínica, Obesidad y Metabolismo/ Fernando Carrasco
- Asociación Chilena de Nutrición Clínica, Obesidad y Metabolismo Asociación Chilena de Nutrición Clínica, Obesidad y Metabolismo/ Pamela Rojas
- Fundación INTEGRA/ María López Leyton
- Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas/Unidad de Estudios/ Mariana Lira
- Junta Nacional de Jardines Infantiles /Licy Gutiérrez Ministerio de salud/ División de Políticas Públicas Saludables y Promoción Ministerio de Salud / Departamento de Nutrición y Alimentos/ Andrea Bravo
- Ministerio de salud/ División de Políticas Públicas Saludables y Promoción Ministerio de Salud / Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana/ Barbara Donoso
- Ministerio de salud/ División de Prevención y Control de Enfermedades Ministerio de Salud /Departamento Ciclo Vital/ Loretto Fuentealba
- Ministerio de salud/ División de Prevención y Control de Enfermedades Ministerio de Salud /Departamento de Enfermedades no Transmisibles/ Constanza Aguilera
- Ministerio de salud/ División de Prevención y Control de Enfermedades Ministerio de Salud /Departamento de Enfermedades no Transmisibles/ Melanie Paccot
- Ministerio de salud/División de Atención Primaria Ministerio de Salud / Xenia Benavides
- Ministerio de salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción Ministerio de Salud / Departamento de Nutrición y Alimentos/ Cristina Leyton
- Pontificia Universidad Católica/ Facultad de Medicina/ Departamento de Medicina Familiar/ Claudia Bambs
- Secretaría Ejecutiva Elige Vivir Sano/ Paola Medina
- Servicio Nacional del Adulto Mayor /Dirección Nacional/Camilo Miranda
- Sociedad Chilena de Nutrición Sociedad Chilena de Nutrición/ Gladys Morales
- Sociedad Chilena de Obesidad Sociedad Chilena de Obesidad/ Víctor Saavedra
- Sociedad Chilena de Pediatría Sociedad Chilena de Pediatría/ Paulina Bravo
- Universidad de Chile/Escuela de Salud Pública/ Lorena Rodriguez

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS

- Colegio de Kinesiólogos de Chile/Matías Otto
- Fundación Chile Asma/Myriam Lillo
- Ministerio de Salud/División de Atención Primaria/ Carolina Lara
- Ministerio de Salud/División de Gestión de la Red Asistencial/Departamento de Gestión Hospitalaria/ María Francisca Molina
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana/Alejandro Aguayo
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Oficina Prevención del Consumo de Tabaco/Constanza Moreno
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Enfermedades No Transmisibles/Carla Benavides
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento Ciclo Vital/Carla Bonatti
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Discapacidad y

Rehabilitación/Raúl Valenzuela
- Secretaría Regional Ministerial de salud de Los Lagos/ Gabriela González
- Servicio de Salud Metropolitano Norte/Enfermedades Respiratorias Crónicas/Nilza de la Parra
- Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias/ Laura Mendoza

TRASTORNOS BUCODENTALES

- Asociación Chilena de Enseñanza de la Odontología/ Geraldine Vives
- Colegio de Cirujano Dentistas/Duniel Ortuño
- Colegio de Cirujano Dentistas/Gaetano Abiuso
- Colegio de Cirujano Dentistas/Patricio Moncada
- Ministerio de Salud/Dirección Nacional de Odontología/Mario Villalobos
- Ministerio de Salud/División de Atención Primaria/ Soledad Carrasco
- Ministerio de Salud/División de Gestión de la Red Asistencial/Departamento de Odontología/José Rosales
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Salud Bucal/ Carolina Mendoza
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Salud Bucal/Paula Silva
- Ministerio de Salud/Gabinete Subsecretaría de Salud Pública/ David Jankelevich
- Secretaría Regional Ministerial de Salud Región del Biobío/Javiera Nazal
- Servicio de Salud Reloncaví/Vivian Turra
- Sociedad Chilena de Odontopediatría/Maria Alejandra Aljaro
- Sociedad Chilena de Odontogeriatría de Chile/Soraya León
- Sociedad Chilena de Salud Pública Oral/Karla Gambetta
- Sociedad Chilena de Salud Pública Oral/Marco Cornejo

TRASTORNOS MENTALES

- Instituto Nacional de la Juventud/ Natalia Silva
- Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad/Alex Behn
- Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad/Claudio Martínez
- Coordinadora de Organizaciones de Familiares, Usuarios y Amigos de personas con afecciones de Salud Mental /Miguel Rojas
- Ministerio Desarrollo Social y Familia/Mejor Niñez/ Claudia Zamora
- Ministerio de Salud/División de Atención Primaria/ Álvaro Campos
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento Ciclo Vital/Alejandro Gallegos
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana/Carmen Gonzalez
- Ministerio de Salud/División de Gestión de la Red Asistencial/ Departamento GES y Redes Complejas/ Felipe Salinas
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Salud Mental/ Cynthia Zavala
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Salud Mental/ Rodrigo Zarate
- Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes/Álvaro Langer
- Secretaría Regional Ministerial de Salud Región de Antofagasta/Juan Astudillo Arias
- Servicio de Salud de Atacama/Esteban Ricke
- Servicio Nacional de la Discapacidad /Diana Sandoval
- Servicio Nacional del Adulto Mayor/Dirección Nacional/Dominique Jana
- Servicio Nacional del Adulto Mayor/Dirección Nacional/ Muriel Abad
- Sociedad de Salud Mental Comunitaria de Chile/Álvaro Aravena
- Universidad de Chile/Escuela de Salud Pública /Olga Toro

VIOLENCIA

- Fondo de Población de las Naciones Unidas/Mariela Cortés
- Fundación Colunga/Arturo Celedon
- Fundación Colunga/Paulina Rojas
- Fundación Colunga/Paz Garces
- Instituto Nacional de la Juventud/Felipe Esbir
- Ministerio de Justicia/Martin Morales
- Ministerio de la Mujer y Equidad de Género/Gabinete Ministra/Clarisa Reichhard
- Ministerio de Salud/División de Atención Primaria/ Milena Pereira
- Ministerio de Salud/División de Gestión de la Red Asistencial/Departamento de Gestión Hospitalaria/ Claudio Torres
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento Ciclo Vital/Alejandro Gallegos
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Salud Mental/ Cynthia Zavala
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Salud Mental/ Rodrigo Zarate
- Ministerio de Salud/Gabinete de Ministro/ Departamento de Derechos Humanos y Género/ Macarena Gre
- Ministerio de Salud/Gabinete de Ministro/ Departamento de Derechos Humanos y Género/ Miryam Donoso
- Organización no Gubernamental Paicabí/Área de Gestión Técnica/Valeria Arredondo

EJE 5 FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD

DESARROLLO INTEGRAL INFANTIL

- Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación Psicosocial (CEDEP)/ Marta Edwards
- Colegio de Terapeutas Ocupacionales/ Leonardo Vidal
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)/ Fernando González
- Hospital Carlos Van Buren/ Unidad de Medicina Física y

Rehabilitación/ Verónica Delgado
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia/ Subsecretaría de la Niñez/Chile Crece Contigo/ Ministerio Claudia Zamora
- Ministerio de Salud/Gabinete de Ministro/ Departamento de Derechos Humanos y Género/María Ignacia Rojas
- Ministerio de Salud/Gabinete de Ministro/ Departamento de Derechos Humanos y Género/Teresa Soto
- Ministerio de Salud/ División de Atención Primaria/ Chile Crece Contigo/ Claudia Lara
- Ministerio de Salud/ División de Atención Primaria/ Programa de Infancia/ Dayann Martinez
- Ministerio de Salud/ División de Atención Primaria/ Oficina Salud Mental/ Verónica Véliz
- Ministerio de Salud/ División de Gestión de Redes Asistenciales/ Pamela Gallardo
- Ministerio de Salud/ División de Gestión de Redes Asistenciales/ Paulina Torrealba
- Ministerio de Salud/ División de Políticas Públicas y Promoción de la Salud/ Departamento de Salud Intercultural y Pueblos Indígenas/ Graciela Cabral
- Ministerio de Salud/ División de Prevención y Control de Enfermedades/ Departamento de Ciclo Vital/ Programa Nacional de Salud de la Infancia/ Nicole Garay
- Ministerio de Salud/ División de Prevención y Control de Enfermedades/ Departamento Salud Mental/Cecilia Zuleta
- Ministerio de Salud/ División de Prevención y Control de Enfermedades/ Departamento de Discapacidad y Rehabilitación/Cristóbal Castro
- Pontificia Universidad Católica/Departamento de Salud Pública/ Paula Bedregal
- Pontificia Universidad Católica/Escuela de Psicología/ Chamarrita Farkas
- Sociedad Chilena de Enfermería del Niño y del Adolescente (SOCHENA)/ Francisca Márquez
- Sociedad Chilena de Medicina Familiar/ Carla Castañón Santibáñez
- Sociedad Chilena de Pediatría (SOCHIPE)/ Macarena Moya Inzunza
- Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y adolescencia (SOPNIA)/ Joanna Borax
- Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y adolescencia (SOPNIA)/ Verónica Burón
- Universidad del Desarrollo/ Escuela de Medicina/ Luisa Schonhaut

ESPECTRO AUTISTA

- Colegio de Terapeutas Ocupacionales/Leonardo Vidal
- Federación de Autismo/Keyla Carrasco
- Fundación Amasperge/Leonardo Farfán
- Hospital Gustavo Fricke/Programa de Autismo/Valeria Rojas
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia/Subsecretaría de la Niñez/Programa Chile Crece Contigo/Claudia Zamora
- Ministerio de Educación/División de Educación General/Departamento de Educación Especial/ Débora Barrera
- Ministerio de Educación/División de Educación General/Departamento de Educación Especial/ Patricio Carvajal
- Ministerio de Salud/División de Atención Primaria/ Chile Crece Contigo/Carla Castro
- Ministerio de Salud/División de Atención Primaria/ Chile Crece Contigo/Claudia Lara
- Ministerio de Salud/División de Gestión de la Red Asistencial/Leslie Mackay
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Ciclo Vital/Maria Paz Medel
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Rehabilitación y Discapacidad/Cristóbal Castro
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Salud Mental/ María Paz Araya
- Sociedad Chilena de Pediatría/Comité Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales/Macarena Lizama
- Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y adolescencia/Sandra Venegas
- Universidad Católica/Programa de Autismo/Elisa Medeiros
- Universidad de Chile/Escuela de Terapia Ocupacional/ Sebastián Gallegos
- Universidad de Chile/Facultad de Medicina/ Departamento de Fonoaudiología/Marcela Vega
- Universidad de Chile/Programa de Autismo Clínica Psiquiátrica/Ricardo García
- Universidad de la Frontera/Escuela de Psicología/ Margarita Cancino
- Universidad de la Frontera/Escuela de Psicología/ Escuela de Psicología/Paula Alarcón
- Vocería Norte Autismo/Constanza Román
- Vocería Norte Autismo/Jeanine Rivera
- Vocería Sur Autismo/María Loreto Kemp

ALTERACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS

- Asociación Chilena para el Estudio del Dolor/Maria Oyanedel
- Asociación de Mutuales/Guillermo Farmer
- Colegio de Terapeutas Ocupacionales/Leonardo Vidal
- Colegio de Terapeutas Ocupacionales/Macarena Hernández
- Corporación Fibromialgia Chile/Ximena Galleguillos
- Ministerio de Salud/ Gabinete Subsecretaría de Salud Pública/Departamento de Coordinación Nacional de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez/Daniel Cornejo
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana/Alejandro Aguayo
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de Salud Ocupacional/Esteban Varas
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento Ciclo Vital/María Gallardo
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento Ciclo Vital/René Guzmán
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Discapacidad y

Rehabilitación/Marianela Ríos
- Ministerio del Trabajo/Ángelo Garrido
- Ministerio del Trabajo/Pedro Osorio
- Mutual de Seguridad CChC/Ana María Osorio
- Mutual de Seguridad CChC/Luis Fuentealba
- Servicio Nacional del Adulto Mayor/Estefanía Henríquez
- Sociedad Chilena de Kinesiología del Dolor/Carla Fuentes
- Sociedad Chilena de Medicina Física y Rehabilitación/ Delia Ruiz
- Superintendencia de Seguridad Social/Ricardo Soto

ARTRITIS REUMATOIDEA

- Fundación Me Muevo/ Cecilia Rodríguez
- Ministerio de Salud/ División de Atención Primaria/ Departamento de Gestión del Cuidado/ Nathalie Silva
- Ministerio de Salud/ División de Gestión de Redes Asistenciales/ Departamento de Garantías Explícitas en Salud y Líneas Programáticas/ Unidad de Rehabilitación/ Claudia Celedón
- Ministerio de Salud/ División de Planificación Sanitaria/ Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud/ María Teresa Soto
- Ministerio de Salud/ División de Prevención y Control de Enfermedades/ Departamento de Discapacidad y Rehabilitación/ Ximena Neculhueque
- Sociedad Chilena de Medicina física y Rehabilitación/ Loreto Vergara
- Sociedad Chilena de Reumatología/ Viviana Maluje
- Sociedad Chilena de Reumatología/ Annelise Goecke

ENFERMEDADES RARAS O POCO FRECUENTES

- Asociación de Instituciones de Salud Previsional de Chile/ Gonzalo Bustos
- Asociación de Instituciones de Salud Previsional de Chile/ Matías Avendaño
- Asociación de Instituciones de Salud Previsional de Chile/ Milcíades Contreras
- Cámara de la Innovación Farmacéutica (CIF)/ Francisca Rodríguez
- Cámara de la Innovación Farmacéutica (CIF)/ Verónica Ortúzar
- Clínica las Condes/ Centro de Enfermedades Raras/ Macarena Díaz
- Federación Chilena de Enfermedades Raras/ Luis Zapata
- Federación de Enfermedades Poco Frecuentes (FENPOF)/ Jessica Cubillos
- Federación de Enfermedades Poco Frecuentes (FENPOF)/ Victor Rodriguez
- Fondo Nacional de Salud (FONASA) / Verónica Veloz
- Fondo Nacional de Salud (FONASA)/ Wanda Alegría
- Hospital San Juan de Dios/ Centro de diagnóstico de screening neonatal/ Gabriel Lobo
- Hospital San Juan de Dios/ Centro de diagnóstico de screening neonatal/ Susana Valdebenito
- Hospital Clínico Universidad de Chile/Sociedad Chilena de Pediatría/ Rama de Genética/ Centro de Enfermedades Raras/ Rosa Pardo
- Instituto Nacional de Tecnología de Alimentos (INTA)/ Carolina Arias
- Instituto Nacional de Tecnología de Alimentos (INTA)/ Juan Francisco Cabello
- Ministerio de Salud/ División de Planificación Sanitaria/ Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia/ Dino Sepúlveda
- Ministerio de Salud/ División de Planificación Sanitaria/ Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia/ Natalia Celedon
- Ministerio de Salud/ División de Planificación Sanitaria/ Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia/ Pamela Burdiles
- Ministerio de Salud/ División de Prevención y Control de Enfermedades/ Departamento ciclo vital/ María Ines Romero
- Ministerio de Salud/ División de Prevención y Control de Enfermedades/ Departamento de Garantías Explícitas en Salud y Redes Complejas/ Esteban Vergara
- Ministerio de Salud/ División de Prevención y Control de Enfermedades/ Departamento de Discapacidad y Rehabilitación/ Camilo Águila
- Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y adolescencia (SOPNIA)/ Felipe Méndez

ACCIDENTES DE TRÁNSITO

- Asociación de Mutuales/ Cecilia Urzúa
- Asociación de Mutuales/ Ernesto Evans
- Asociación de Mutuales/ Luis Alberto Stuven
- Asociación de Mutuales/ María Paz Águila
- Carabineros de Chile/ Juan Igor Muñoz
- Comisión nacional de Seguridad de Tránsito, Ministerio de Transporte y Telecomunicaciones/ Carla Medina
- Ministerio de Educación/División Educación General/ Ana María Ramirez
- Ministerio de salud/ División de Políticas Públicas Saludables y Promoción Ministerio de Salud / Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana/ Geraldine Torrens
- Ministerio de salud/ División de Prevención y Control de Enfermedades Ministerio de Salud /Departamento de Discapacidad y Rehabilitación/ Raúl Valenzuela
- Ministerio de salud/ División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento Ciclo Vital/ Natalia Tamblay
- Ministerio de salud/ La División de Gestión de Redes Asistenciales Ministerio de Salud /Departamento Integración Proyectos Hospitalarios/ Susana Fuentealba
- Ministerio de salud/Gabinete del Ministro/ Departamento DD HH y Género/ Bárbara Torres
- Servicio Nacional de la Discapacidad/ Dirección Nacional/Coordinación Intersectorial/ Andrea Rojas
- Sociedad Chilena de Medicina de Urgencia/ Carla Rey Navarro

DEPENDENCIA SEVERA

- Asociación Chilena de Municipalidades/Maria Luz Bozo
- Asociación de Cuidadores: yo cuido/Carolina Cartagena
- Asociación de Instituciones de Salud Previsional de Chile/Gonzalo Bustos
- Asociación de Instituciones de Salud Previsional de Chile/Matías Avendaño
- Asociación de Instituciones de Salud Previsional de

Chile/Milcíades Contreras
- Asociación de Mutuales/Andrea Cares
- Asociación de Mutuales/Cecilia Urzúa
- Asociación de Mutuales/Ernesto Evans
- Asociación de Mutuales/María Paz Águila
- Corporación Profesional Alzheimer y otras Demencias/ Paulina Opazo
- Fondo Nacional de Salud/Paola Aguilera
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia/Subsistema Nacional de Apoyo y Cuidados/Mónica Gamin
- Ministerio de Salud/División de Atención Primaria/ Carolina Lara
- Ministerio de Salud/División de Gestión Asistencial de la Red/Claudia Celedon
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Ciclo Vital/Natalia Tamblay
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Ciclo Vital/René Guzmán
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Discapacidad y Rehabilitación/Cristóbal Castro
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Discapacidad y Rehabilitación/Raúl Valenzuela
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Salud Mental/ Daniela Gonzalez
- Secretaría Regional Ministerial de Salud Antofagasta/ Departamento de Derechos Humanos y Género/Juan Astudillo
- Servicio Nacional del Adulto Mayor/Dirección Nacional/ Claudia Covarrubias
- Servicio Nacional del Adulto Mayor/Programa Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores/Marilyn Pereira
- Servicio Nacional de Discapacidad/Dirección Nacional Coordinación Intersectorial/Magdalena Guerrero
- Sociedad Chilena de Medicina física y Rehabilitación/ Rina Carvallo
- Sociedad Científica de Enfermería Familiar y Comunitaria de Chile/Marcela Faúndez

EJE 6 EMERGENCIAS Y DESASTRES

CAMBIO CLIMÁTICO

- Ministerio de Agricultura/ Servicio Agrícola y Ganadero/ Beatriz Comas
- Ministerio de Educación/ División Educación General Formación Integral y Convivencia Escolar/ Oscar Molina
- Ministerio de Educación/ Octavio Gajardo
- Ministerio de Salud/ División de Gestión de la Red Asistencial/ Departamento Integración de Proyectos Hospitalarios/ Israel Estelle
- Ministerio de Salud/ División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/ Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana/ Alejandro Aguayo
- Ministerio de Salud/ División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/ Departamento de Salud Ambiental/ Walter Folch
- Ministerio de Salud/ División de Prevención y Control de Enfermedades/ Departamento de Ciclo Vital/ Felipe Hansen
- Ministerio de Salud/ Gabinete de Ministro/ Departamento de Gestión de Riesgo, Emergencias y Desastres/ Julio Montreal
- Ministerio de Salud/ Gabinete de Ministro/ Departamento Derechos Humanos y Género/ María Rojas
- Secretaria Regional Ministerial de Salud Arica y Parinacota/ Departamento de Gestión de Riesgo, Emergencias y Desastres/ Ximena Muñoz
- Ministerio de Salud/ Servicio de Salud Maule/ Patricio Cornejo
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública/ Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior/ División de Protección Civil/ Unidad de Análisis, Estudios y Cambio Climático/ Andrea Rivera
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública/ Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior/ División de Protección Civil/ Unidad de Análisis, Estudios y Cambio Climático/ Fernando Díaz
- Ministerio del Medio Ambiente/ Oficina Cambio Climático/ Priscilla Ulloa

COMPRENSIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES

- Ministerio de Salud/División de Atención Primaria/ Camilo Cea
- Ministerio de Salud/División de Gestión de la Red Asistencial/Karina Guzman
- Ministerio de Salud/División de Inversiones/Claudia Jimenez
- Ministerio de Salud/División de Inversiones/Yocelyn Price
- Ministerio de Salud/División de Planificación Sanitaria/ Departamento Economía de la Salud/Josefina Silva
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Gabriel Vega
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Alejandro Riquelme
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Patricia Contreras
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Paulina Torres
- Ministerio de Salud/Gabinete de Ministro/ Departamento de Comunicaciones y Relaciones Públicas/ Pablo Solis
- Ministerio de Salud/Gabinete de Ministro/ Departamento de Emergencias y Desastres/Paola Pontoni

GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES

- Ministerio de Defensa Nacional/Estado Mayor Conjunto/Héctor Pellegrini
- Ministerio del Interior/Oficina Nacional de Emergencia/ Dafne Núñez
- Ministerio de Salud/División de Atención Primaria/ Camilo Cea
- Ministerio de Salud/División de Gestión de la Red Asistencial/Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria/Karina Guzman
- Ministerio de Salud/División de Gestión y Desarrollo de las Personas/Departamento de Salud Ocupacional y Gestión Ambiental/Ivette Lorca

- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/Departamento de políticas, regulaciones farmacéuticas, de prestadores de salud y medicinas complementarias/Constanza Gamboa
- Ministerio de Salud/Gabinete de Ministro/ Departamento de Emergencias y Desastres/Paola Pontoni

RESILIENCIA A DESASTRES

- Asociación Chilena De Municipalidades/Javier Hernández
- Central Nacional de Abastecimiento/Javiera Rodriguez
- Central Nacional de Abastecimiento/Nicolás Concha
- Instituto de Salud Pública/Isel Cortés
- Instituto para la Resiliencia Ante Desastres/Macarena Pérez
- Ministerio del Interior/Oficina Nacional de Emergencia/ Academia de Protección Civil/Consuelo Cornejo
- Ministerio de Salud/División de Finanzas y Administración Interna/Andrea Hidalgo
- Ministerio de Salud/División De Inversiones/Claudia Jimenez
- Ministerio de Salud/División De Inversiones/Yocelyn Price
- Ministerio de Salud/Gabinete de Ministro/ Departamento de Emergencias y Desastres/Paola Pontoni
- Ministerio de Transporte Y Telecomunicaciones/ Marcela Espinosa
- Ministerio de Vivienda y Urbanismo/Bernardita Paul

EJE 7 GESTIÓN, CALIDAD E INNOVACIÓN

GESTIÓN DEL PERSONAL

- Colegio de Enfermeras/ Verónica Medina
- Colegio Matronas y Matrones de Chile/ Dixia Videla
- Colegio Médico/ Carlos Becerra Verdugo
- Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipal/ Gabriela Flores
- Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipal/ Laura San Martin
- Federación Nacional de Trabajadores de Salud/ Karina Valenzuela Veas
- Ministerio de Salud/ División de Finanzas y Administración Interna/ Andrea Ampuero
- Ministerio de Salud/ División de Finanzas y Administración Interna/ Andrea Hidalgo
- Ministerio de Salud/ División de Finanzas y Administración Interna/ Virginia Sánchez
- Ministerio de Salud/ División de Gestión y Desarrollo de las Personas/ Departamento de Gestión de Recursos Humanos/ Verónica Marín
- Ministerio de Salud/ División de Gestión y Desarrollo de las Personas/ Rodrigo Castro
- Ministerio de Salud/ División de Prevención y Control de Enfermedades/ Departamento de Ciclo Vital/ Herman Alarcón
- Ministerio de Salud/ Gabinete de Ministro/ Departamento de Derechos Humanos y Género/ Evelyn Meneses

INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

- Asociación Gremial de Dispositivos Médicos de Chile/ Gabriela Garnham Moccetti
- Instituto de Salud Pública/Administración y Finanzas/ Eduardo Céspedes
- Ministerio de Obras Públicas/ Dirección de Arquitectura/Unidad de Hospitales de la DGC/ Mauricio Márquez
- Ministerio de salud/ División de Gestión y Desarrollo de las Personas/Departamento Estudios, Planificación y Control de Gestión Área de las Personas/ Juan Carlos Castro
- Ministerio de salud/ División de Políticas Públicas Saludables y Promoción Ministerio de Salud / Departamento de Políticas y Regulaciones Farmacéuticas, de Prestadores de Salud y Medicinas Complementarias/ Constanza Gamboa
- Ministerio de salud/ División de Políticas Públicas Saludables y Promoción Ministerio de Salud /Departamento de Pueblos Indígenas e Interculturalidad/ Javier Silva
- Ministerio de salud/ La División de Gestión de Redes Asistenciales /Departamento Integración Proyectos Hospitalarios/Pamela Perez
- Ministerio de salud/ Ministerio de Salud / Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario/ Marcela Poblete
- Ministerio de salud/ Ministerio de Salud /División de Finanzas y Administración Interna/ Patricio Herrera
- Ministerio de salud/ Ministerio de Salud /Gestión Presupuestaria/ Helvecia Zavala
- Ministerio de salud//División de Finanzas y Administración Interna/ Andrea Hidalgo
- Ministerio de salud/División de Atención Primaria Ministerio de Salud / Marco Calvo
- Ministerio de salud/División de Inversiones/ Departamento de Estudios Preinversionales Hospitalarios/ Ignacio Morales
- Ministerio de salud/División de Inversiones/ Departamento de Proyectos Hospitalarios/ Macarena Castro
- Ministerio de salud/División de Inversiones/ Departamento de Proyectos Hospitalarios/ Pablo Canales
- Ministerio de salud/División de Inversiones/Unidad de Estudios Preinversionales/ Juan Alvarez
- Ministerio de salud/Gestión Presupuestaria/ Andrea Caro
- Ministerio de salud/La División de Gestión de Redes Asistenciales Ministerio de Salud /Departamento Calidad y Seguridad de la Atención/ Pamela Flores
- Ministerio de Vivienda y urbanismo/División de Desarrollo Urbano/ Jorge Alcaino
- Ministerio del Medio Ambiente/ Leticia Rivas
- Subsistema Nacional de Apoyo y Cuidados/ Ministerio Desarrollo Social y Familia/ Constanza Cabrera

TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN PARA LA SALUD

- Asociación Chilena de Empresas de Tecnologías de Información/Andres Segovia
- Asociación Chilena de Empresas de Tecnologías de Información/Rene Prieto

- Asociación Chilena de Informática en Salud/Marcelo Retamal
- Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud/ Sonia Espinosa
- Instituto de Salud Pública/Gonzalo Clasing
- Ministerio de Ciencias/Carlos Ávila
- Ministerio de Salud/División de Atención Primaria/Juan Pablo Contreras
- Ministerio de Salud/División de Finanzas y Administración Interna/Andrea Hidalgo
- Ministerio de Salud/División de Planificación Sanitaria/ Departamento de Estadísticas e información en salud/ Andrea Vergara
- Ministerio de Salud/División de Planificación Sanitaria/ Departamento de Estadísticas e información en salud/ Patricio Aguilera
- Ministerio de Salud/Gabinete de Ministro/ Departamento Tecnología de la Información y Comunicaciones/Fernando Chesta
- Ministerio de Salud/Subsecretaría de Redes Asistenciales/Departamento de Salud Digital/Unidad Modelo de Estrategias Digitales/Maria Gabriela Villavicencio

FINANCIAMIENTO DEL SECTOR

Asociación Chilena de Municipalidades/ Estrella Arancibia
- Asociación Chilena de Municipalidades/ Ximena Meyer
- Asociación de Instituciones de Salud Previsional de Chile/ Gonzalo Simón Bustos
- Asociación de Instituciones de Salud Previsional de Chile/ Matías Avendaño Araneda
- Asociación de Instituciones de Salud Previsional de Chile/ Milcíades Contreras
- Fondo Nacional de Salud/ Benjamín Ahumada
- Fondo Nacional de Salud/ Francisco León
- Fondo Nacional de Salud/ Juan Cristóbal
- Fondo Nacional de Salud/ Verónica Veloz
- Ministerio de Hacienda/Coordinación de Políticas Sociales/ Sebastián González
- Ministerio de salud/ División de Gestión y Desarrollo de las Personas/Departamento de Gestión/ Gabriela Carvajal
- Ministerio de salud/ División de planificación sanitaria/ Departamento de Economía de la salud/ Andrea Arenas
- Ministerio de salud/ La División de Gestión de Redes Asistenciales Ministerio de Salud /Departamento Integración Proyectos Hospitalarios/ Pamela Perez
- Ministerio de salud/División de Atención Primaria Ministerio de Salud / Marcela Navarro
- Ministerio de salud/División de Finanzas y Administración Interna/ Andrea Hidalgo
- Ministerio de salud/División de Finanzas y Administración Interna/ Patricio Herrera
- Ministerio de salud/División de Finanzas y Administración Interna/Departamento Gestión Presupuestaria/ Andrea Caro
- Ministerio de salud/División de Finanzas y Administración Interna/Departamento Gestión Presupuestaria/ Andrea Domínguez
- Superintendencia de Salud/ Marta Tapia

PARTICIPACIÓN SOCIAL

- Alianza Chilena de Agrupaciones de Pacientes/ Elena Rocuant
- Federación de Enfermedades Poco Frecuentes/ Caterina Trabuco
- Federación de Enfermedades Poco Frecuentes/ Marcela Gonzalez
- Fondo Nacional de Salud/ División de Experiencia al Usuario/ Haydee Navarrete
- Ministerio de Salud/ División de Atención Primaria/ Pamela Muñoz
- Ministerio de Salud/ División de Atención Primaria/ Ricardo Hernández
- Ministerio de Salud/ División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/ Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana/ Cecilia Guzmán
- Ministerio de Salud/ División de Prevención y Control de Enfermedades/ Departamento de Ciclo Vital/ Felipe Hansen
- Ministerio de Salud/ Gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales/ Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario/ Fernanda Belmar
- Ministerio de Salud/ Gabinete de Ministro/ Departamento de Derechos Humanos y Género/ Mauricio Landaeta
- Ministerio Desarrollo Social y Familia/ Hugo Cabrera
- Ministerio Desarrollo Social y Familia/ Ransel Espinoza
- Superintendencia de Salud/ Johanna Pozo Bravo

SALUD DIGITAL

- Alianza Chilena de Agrupaciones de Pacientes/Cecilia Rodríguez
- Asociación Chilena de Empresas de Tecnologías de Información/Didier de Saint Pierre
- Asociación Chilena de Empresas de Tecnologías de Información/Martin Kozak
- Asociación Chilena de Informática en Salud/Emma Chávez
- Asociación Gremial de Dispositivos Médicos de Chile/ Gabriela Garnham
- Asociación Gremial de Dispositivos Médicos de Chile/ Mario Cuevas
- Asociación Gremial de Dispositivos Médicos de Chile/ Veronica Diaz
- Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud/ Alejandra García
- Colegio Médico de Chile/Alexander Recabarren
- Fondo Nacional de Salud/Erika Quiroz
- Fondo Nacional de Salud/Francisco León
- Ministerio de Salud/División de Atención Primaria/ Maria Fernanda Gallardo
- Ministerio de Salud/División de Gestión de la Red Asistencial/Departamento de Gestión Hospitalaria/ Carlos Arapob
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Discapacidad y Rehabilitación/Ximena Neculhueque
- Ministerio de Salud/Unidad de Control de gestión y Análisis de la información/Departamento de Salud Digital/Vezna Sabando
- Red Universitaria de Telemedicina Chile/Antonio José Rienzo
- Sociedad Chilena de Medicina Familiar/Pablo Olmos
- Sociedad Científica de Enfermería Familiar y Comunitaria de Chile/Carol Hullin

- Superintendencia de Salud/Ricardo Cuevas
- Universidad Andrés Bello/Instituto de Salud Pública/ Rony Lenz
- Universidad de Concepción/Unidad de Telemedicina/ Angélica Avendaño

DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

- Asociación de Dializados y Trasplantados de Chile/ Beatriz Moscoso
- Asociación de Dializados y Trasplantados de Chile/ Miguel Vargas
- Colegio Médico/Ana María Arriagada
- Fondo Nacional de Salud/Verónica Medina
- Instituto de Salud Pública/Marcelo López
- Ministerio de Hacienda/Coordinación de Políticas Sociales/Sebastián González
- Ministerio de Justicia/Martin Morales
- Ministerio de Salud/División de Gestión de la Red Asistencial/Departamento de Donación, Procuramiento y Trasplante/Carolina Oshiro
- Ministerio de Salud/División de Gestión de la Red Asistencial/Departamento de Donación, Procuramiento y Trasplante/Juan Eduardo Sanchez
- Ministerio de Salud/División de Políticas Públicas Saludables y Promoción/ Departamento de Políticas y Regulaciones Farmacéuticas, de Prestadores de Salud y Medicinas Complementarias/María Elena Winser
- Ministerio de Salud/División de Prevención y Control de Enfermedades/Departamento de Ciclo Vital/María Ines Romero
- Ministerio de Salud/División Jurídica/Catalina López
- Sociedad Chilena de Trasplante/Álvaro Kompatzki

SEGURIDAD Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN

- Alianza Chilena de Agrupaciones de Pacientes/ Gonzalo Tobar
- Asociación Chilena de Municipalidades/ Roberto Morales
- Asociación Industrial de Laboratorios Farmacéuticos/ Elmer Torres
- Asociación Industrial de Laboratorios Farmacéuticos/ Julio Jiménez
- Cámara de la Innovación Farmacéutica/ Bernardita Garín
- Cámara de la Innovación Farmacéutica/ Francisca Rodriguez
- Cámara de la Innovación Farmacéutica/ Mariela Formas
- Central Nacional de Abastecimiento/ Cecilia Venegas
- Central Nacional de Abastecimiento/ Jaime Espina
- Colegio de Enfermeras/ Verónica Torres
- Colegio de Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile/ Jorge Cienfuegos
- Colegio Matronas y Matrones de Chile/ Cristina Aguirre
- Colegio Matronas y Matrones de Chile/ Ingrid Castro
- Colegio Médico de Chile/ Begoña Yarza
- Fondo Nacional de Salud/ María Figueroa
- Instituto de Salud Pública/ Eduardo Céspedes
- Ministerio de Salud/ División de Atención Primaria/ Marcela Rodríguez
- Ministerio de Salud/ División de Gestión de la Red Asistencial/ Departamento de Calidad y Seguridad en la Atención/ Mauro Orsini
- Ministerio de Salud/ División de Políticas Saludables y Promoción/ Departamento de Políticas y Regulaciones Farmacéuticas, de Prestadores de Salud y Medicinas Complementarias/ Constanza Gamboa
- Ministerio de Salud/ Gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales/ Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario/ Fernanda Belmar
- Ministerio de Salud/ Gabinete de Ministro/ Departamento de Derechos Humanos y Género/ Nelly Alvarado
- Sociedad Chilena de Calidad Asistencial/ Giovanna Gutiérrez
- Sociedad Científica de Enfermería Familiar y Comunitaria de Chile/ David Valle
- Sociedad Científica de Enfermería Familiar y Comunitaria de Chile/ Mónica Gatica
- Superintendencia de Salud/ Carmen Monsalve