

**ESTRATEGIA DE
COOPERACIÓN DE PAÍS
DE LA OPS/OMS
CON CHILE**

.....

2024-2028



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

OPS

ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN DE PAÍS DE LA OPS/OMS CON CHILE

.....

2024-2028



OPS

2025
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Santiago

PREFACIO

Es un honor presentar la Estrategia de Cooperación de País (ECP) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en Chile para el período 2024-2028. Este instrumento estratégico, alineado con el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025, titulado “La equidad, el corazón de la salud”, y con el decimotercer Programa General de Trabajo de la OMS, refleja nuestro compromiso continuo con la salud y el bienestar de la población chilena.

La ECP 2023-2028 ha sido desarrollada en estrecha colaboración con el Ministerio de Salud (MINSAL), las instituciones claves del Sistema Nacional de Salud y otros socios internacionales de cooperación en el país. El proceso de trabajo dinámico que ha seguido esta estrategia ha permitido evaluar la ECP anterior, así como realizar un análisis integral de la situación de salud del país y el alineamiento con las prioridades sanitarias del país. Por tanto, el presente documento establece las principales prioridades estratégicas en las que la OPS/OMS brindará su cooperación técnica para apoyar al país

en el desarrollo de un sistema nacional de salud resiliente por estar basado en la estrategia de la Atención Primaria de la Salud renovada

La ECP 2024-2028 es un instrumento de planificación estratégica para los próximos cinco años. Este documento, que se presenta con satisfacción, ha requerido un análisis cuidadoso y una consulta amplia para asegurar que responda a las necesidades y prioridades de Chile. Dentro de las seis prioridades estratégicas identificadas y sus respectivas áreas de enfoque, se contemplan acciones orientadas a apoyar al país en su determinación de superar los desafíos de la pandemia de COVID-19 además de fortalecer la preparación y respuesta ante las múltiples amenazas a la salud pública.

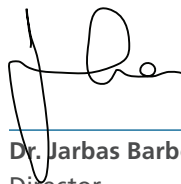
La presente ECP permitirá también implementar un enfoque integral de salud pública fundamentado en evidencia científica; adaptándose a las necesidades específicas del país además de promover la equidad y el acceso universal a servicios sanitarios de calidad. En su despliegue hará posible el fortalecimiento del

sistema nacional de salud, la oportuna atención a los determinantes sociales y ambientales de la salud, el fomento de la cooperación internacional, la respuesta ante emergencias, la implementación de la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, el apoyo a la investigación y la articulación con diversos actores del sector salud, todo ello bajo un sistema de monitoreo y evaluación para garantizar la efectividad de sus intervenciones.

Durante su implementación, la OPS/OMS utilizará la experiencia de más de 120 años, las capacidades técnicas y el liderazgo convocante para atraer el mayor número de instituciones nacionales y socios interesados en el objetivo común de mejorar la salud y el bienestar de la

población chilena. Además, se promoverá el intercambio de experiencias y lecciones aprendidas generadas en el país con otros Estados Miembros de la OPS y la OMS.

Confío en que esta estrategia será una herramienta valiosa para fortalecer la cooperación técnica y mejorar la salud en Chile. Agradezco a todos los involucrados por su compromiso y colaboración en este esfuerzo conjunto.

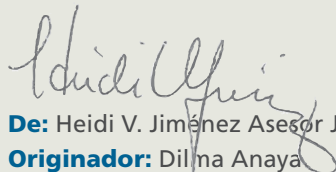


Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.

Director

Organización Panamericana de Salud

MEMORÁNDUM INTERNO DE LA OPS/OMS



De: Heidi V. Jiménez Asesor Jurídico

Originador: Dilma Anaya

Nuestra Ref: LEG/M/515/23

Fecha: 11 de octubre del 2023

Para: Los mencionados al calce *

ERP Ref:

Asunto: A/RC - Nota Estrategia de Cooperación con el País para 2024 -2028 entre la OPS/OMS y el Ministerio de Salud, República de Chile

Adjunto al presente sírvase encontrar copia del documento de la referencia debidamente suscrito por las partes. LEG mantendrá una copia en sus archivos para efectos de registro, en espera del original.

Fecha de vencimiento: 31 de diciembre del 2028

* DD

AD CSC

ERP PBE

FRM

FRM/FS

CDE

CIM

DHE EIH

HSS IMT

NMH

PHE RRF

PWR-CHL

NOTA ESTRATÉGICA

Estrategia de Cooperación con el País para 2024-2028 entre la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud, República de Chile

Establecida en 1902, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es reconocida como el organismo independiente especializado en salud del Sistema Interamericano, de conformidad con la Carta de la Organización de los Estados Americanos. Durante 120 años, la OPS ha desarrollado competencias y experiencia ampliamente reconocidas al brindar cooperación técnica a sus Estados Miembros para combatir las enfermedades transmisibles y no transmisibles y sus causas, fortalecer

los sistemas de salud y responder a situaciones de emergencia y desastres en toda la Región de las Américas.

En 1949 la OPS entró en un acuerdo por el cual pasó a ser la Oficina Regional para las Américas

de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un organismo especializado del sistema de las Naciones Unidas. Atendiendo a la doble personalidad jurídica de la OPS, la OPS continuará prestando cooperación técnica directa al Gobierno de la República de Chile, preservando su independencia como organismo Interamericano, mientras participa en el equipo de Naciones Unidas a nivel país como Oficina Regional para las Américas de la OMS.

En armonía con su mandato y condición independiente del Sistema de las Naciones Unidas, la OPS colabora con los gobiernos nacionales sobre la base de planes de trabajo bienales (PTBs) y presupuestos elaborados y acordados conjuntamente, los cuales son los principales instrumentos de rendición de cuentas entre la OPS y sus Estados Miembros y la base de los esfuerzos de movilización de recursos financieros y humanos de la OPS.

La Estrategia de Cooperación de País (ECP) entre la OPS/OMS y el Ministerio de Salud de la República de Chile (OPS/OMS-Chile) 2024-2028 orienta a los PTBs OPS/OMS-Chile resultantes y

los presupuestos asociados. La República de Chile (Chile) acumula décadas de continuidad democrática, mejora de indicadores de salud y un sistema de salud reconocido internacionalmente. El país focaliza esfuerzos hacia: (a) resolver las listas y reducir los tiempos de espera a niveles razonables y comparables con la mediana de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) mediante el aumento de la capacidad de producción de servicios a niveles por encima de los previos a la pandemia y mediante el aprovechamiento de la Atención Primaria de la Salud; (b) cerrar las brechas en salud mental implementando una estrategia con enfoque intersectorial y de derechos humanos; (c) garantizar el acceso y la cobertura universal comenzando por la universalización de la atención primaria y (c) escalar las intervenciones y acelerar los programas de prevención, control y eliminación de enfermedades incorporando tecnologías, innovaciones y abordaje territorial para resolver las crisis de arrastre previas o concomitantes a la pandemia.

La colaboración entre Chile y la OPS/OMS inicia con la creación de la Oficina Sanitaria Panamericana en 1902 y hay una oficina de representación de la OPS/OMS en el país desde 1960. La OPS/OMS renueva su compromiso con Chile a

través de una Estrategia de Cooperación de País 2024-2028 (ECP OPS/OMS-Chile 2024-2028 o Estrategia) en la que se describe la visión estratégica de mediano plazo que guía la cooperación técnica en apoyo de las prioridades nacionales de salud del país y para apoyar el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2030.

La Estrategia se instala en los marcos mundiales y regionales de planificación de la OPS/OMS para alcanzar los ODS y el Marco de Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible en Chile 2023-2026. En la elaboración de la ECP OPS/OMS-Chile 2024- 2028 participaron autoridades del gobierno de Chile, parlamentarios, embajadores y representantes de las misiones diplomáticas y organismos internacionales acreditados en Chile, miembros de la academia, directores de centros colaboradores de la OPS/OMS y funcionarios y consultores de la OPS/OMS.

En congruencia con sus normas, reglamentos, políticas y procedimientos, y sujeto a la disponibilidad de fondos, la OPS/OMS esboza la siguiente visión de mediano plazo de las Prioridades Estratégicas (PE) y Áreas de Enfoque (AE) que guiará la cooperación técnica entre la OPS/OMS y el Gobierno de la República de Chile para el período 2024-2028:

Prioridades estratégicas y áreas de enfoque

Prioridad estratégica 1: Promover la vida saludable abordando determinantes sociales y ambientales y el cierre de brechas en materia de equidad con enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad.

Las Áreas de Enfoque para esta Prioridad Estratégica son:

- 1.1** Desarrollo de políticas públicas y programas basados en evidencia, incluyendo la producida localmente.
- 1.2** Entornos saludables de trabajo, estudio, vivienda, y convivencia impulsando la comunicación y la participación para la adopción de comportamientos saludables con pertinencia cultural.
- 1.3** Priorización de poblaciones vulnerables incluyendo mujeres, niños, niñas y adolescentes, adultos mayores, integrantes de los colectivos LGTBQ+, personas con discapacidad, migrantes, personas privadas de libertad, pueblos originarios y campesinos y personas en situación de pobreza.

Prioridad estratégica 2: Garantizar el derecho a la salud, la cobertura y el acceso universal y equitativo a servicios de salud de calidad, sin dejar a nadie atrás transformando el sistema de salud con base en la APS.

Las Áreas de Enfoque para esta Prioridad Estratégica son:

- 2.1** Universalización de la Atención Primaria, incluyendo el diálogo de políticas, la participación social y el fortalecimiento de las capacidades de los niveles locales.
- 2.2** Modernización de las redes integradas de servicios de salud, incluyendo su transformación digital para mejorar la calidad y eficiencia, agilizando el acceso equitativo y mejorando la dignidad de la atención.
- 2.3** Abogacía para el incremento de la protección social en salud, mediante el financiamiento solidario y equitativo y el uso racional de los recursos.
- 2.4** Competencias del personal de salud para la transformación del sistema y opciones de políticas para mejorar la disponibilidad y distribución de los recursos humanos con enfoque territorial, en especial en zonas alejadas.

- 2.5** Capacidades de análisis, evaluación y generación de evidencias para el desarrollo de políticas públicas y la gestión de programas y servicios de salud, con base a sistemas de información comprensivos y eficientes.

Prioridad estratégica 3: Mejorar la salud mental, cerrar brechas y atender oportunamente las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.

Las Áreas de Enfoque para esta Prioridad Estratégica son:

- 3.1** Cierre de brechas de salud mental incluyendo desinstitucionalización, rediseño de las redes en atención primaria, fortalecimiento de los recursos humanos y sistemas de información.
- 3.2** Nuevas tecnologías para el registro, diagnóstico y tratamiento de las formas de cáncer más prevalentes en el país.
- 3.3** Prevención y manejo efectivo de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, sus factores de riesgo y sus secuelas.

Prioridad estratégica 4: Prevenir, controlar y eliminar enfermedades transmisibles con enfoque de territorialidad y poblaciones específicas y contención de la resistencia antimicrobiana.

Las Áreas de Enfoque para esta Prioridad Estratégica son:

- 4.1** Eliminación de enfermedades acelerando y escalando la acción Inter programática, la integración en de servicios, y la aplicación de nuevas tecnologías en el territorio con la participación de las comunidades.
- 4.2** Uso racional de antimicrobianos, educación comunitaria, vigilancia y registro de la resistencia y las infecciones asociadas a la atención en salud, y cumplimiento de la legislación para contener la RAM.

Prioridad estratégica 5: Vigilar y gestionar riesgos de emergencias sanitarias y desastres con pertinencia cultural y local.

Las Áreas de Enfoque para esta Prioridad Estratégica son:

- 5.1** Optimización de los sistemas de vigilancia, el sistema de emergencias prehospitalarias y las capacidades básicas del RSL
- 5.2** Preparación y respuesta con énfasis en la movilización oportuna de recursos durante la respuesta los niveles locales y la resiliencia de los servicios de salud.
- 5.3** Desarrollo e implementación de estrategias de comunicación de riesgo y promoción de

la salud mental con participación comunitaria y pertinencia cultural, en situaciones de emergencia.

Prioridad estratégica 6: Contribución a la planificación e implementación de las agendas de salud nacional, subregional, regional y global y a la agenda 2030 de desarrollo sostenible.

Las Áreas de Enfoque para esta Prioridad Estratégica son:

- 6.1** Liderazgo sectorial experto a la gobernanza y a la integración regional y global en articulación con el Ministerio de Relaciones Exteriores y con otros sectores en cuerpos de gobierno de OPS, OMS y otras instancias internacionales incluyendo la continuidad del liderazgo en la elaboración del instrumento pandémico y la revisión del RSI (2005).
- 6.2** Intercambio de buenas prácticas, lecciones aprendidas, transferencia de innovaciones



Ximena Aguilera Sanhueza
Ministra de Salud
Ministerio de Salud de Chile

basadas en evidencia y revisita interpaís de iniciativas que tornan relevancia como la atención de enfermedades raras, trastornos del neurodesarrollo y la neurodiversidad.

- 6.3** Activación y alineamiento de la movilización de recursos para la cooperación en salud en Chile incluyendo el Marco de Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible en Chile 2023-2026, la cooperación bilateral, la coordinación del trabajo con los cooperantes en el país y el Plan Estratégico de la OPS.

Con la firma de esta Nota Estratégica se consolidan las líneas de acción de la cooperación técnica en el país para apoyar sus políticas y estrategias en el campo de la salud y alcanzar los objetivos sanitarios trazados, en el marco del fortalecimiento de las capacidades nacionales, el cumplimiento de los acuerdos internacionales suscritos y la armonización con el sistema de cooperación internacional en Chile.

Washington D. C., 26 de septiembre de 2023



Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director
Organización Panamericana de Salud

AGRADECIMIENTOS

La OPS/OMS agradece a los integrantes del equipo que preparó este documento encabezado por la Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales del MINSAL y por la Oficina de Coordinación de Países y Subregiones de la OPS/OMS y al equipo de la OPS/OMS en Chile. Para las trabajadoras y los trabajadores de la salud, así como para las autoridades sanitarias, un especial reconocimiento en homenaje a su esfuerzo por preservar la vida y la salud de la población chilena.



**La presente ECP
permitirá también
implementar un
enfoque integral
de salud pública
fundamentado en
evidencia científica;
adaptándose a las
necesidades específicas
del país además de
promover la equidad
y el acceso universal a
servicios sanitarios de
calidad**

TABLA DE CONTENIDO

Prefacio	II		
Nota estratégica	V		
Agradecimientos	X		
Introducción	2		
1 Situación de Salud	5		
Contexto demográfico, económico y social	5		
Estado de Salud. Mortalidad	8		
Enfermedades transmisibles	11		
Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo	19		
Gestión del Riesgo de Emergencias sanitarias y desastres	26		
Situación de COVID-19 en el país	27		
Situación de Equidad, Género y			
Derechos para la Salud	29		
Sistema de Salud	31		
Agenda Nacional de Salud y Desarrollo. Reforma de Salud	31		
		2	
		Revisión de la cooperación técnica anterior. Líneas de cooperación más relevantes durante los bienios 2020-2021 y 2022-2023	35
		Logros sobresalientes	36
		Lecciones aprendidas	41
		3	
		Análisis del entorno de asociaciones	43
		4	
		Prioridades estratégicas para la cooperación técnica	45
		5	
		Implicaciones para la implementación de la ECP Chile 2024-2028	48
		Estado de Salud. Mortalidad	48
		Implicaciones para los diferentes niveles de la OPS/OMS	48
		6	
		Monitoreo y evaluación	50
		Bibliografía	52

INTRODUCCIÓN

La ECP Chile 2024-2028 constituye la visión de trabajo de mediano plazo de la OPS/OMS en y con Chile, basada en las prioridades de salud definidas por el país y coincidentes con las prioridades de la OPS y OMS definidas en el Plan Estratégico de la OPS 2020-2025, en el 13° Programa General de Trabajo 2019-2023 (extendido al 2025) de la OMS y la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA).

La ECP es una herramienta que contribuye a orientar el programa y presupuesto asignado en el marco de prioridades de cooperación técnica y que se implementa a partir de sus Planes de Trabajo Bianuales (PTB). Se trata de un instrumento de planificación que funciona además como un llamado a la acción de otras instituciones y socios interesados en el desarrollo sanitario regional y global.

El ejercicio de elaboración de la ECP Chile se adhirió a las pautas de la "Guía para la Formulación de la Estrategia de Cooperación con el País de la OMS" y del documento de "Orientaciones de la OPS para el uso de la Guía ECP 2020 de la OMS" que privilegia la apropiación del proceso

por los gobiernos y el apoyo al logro de los compromisos internacionales en salud, incluyendo la contribución al logro de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). La ECP Chile 2024-2028 será el punto de partida para la preparación de los PTBs que cubran el período de esta. Asimismo, la ECP armoniza la cooperación técnica de la OPS/OMS con el Marco de Complementariedad 2023-2026 del SNU (UNSDCF).

La construcción de la ECP Chile 2024-2028 fue liderada por la Oficina de la Representación de la OPS/OMS en Chile y contó el apoyo y orientación del nivel regional y global de la Organización. Preparada con un enfoque de país, la ECP se inició con un análisis integral del contexto del país, de su situación de salud y la forma en que sus instituciones organizan la respuesta a las prioridades identificadas en múltiples marcos de planificación estratégica, el cual generó una primera aproximación de las prioridades estratégicas y sus respectivas áreas de enfoque para la cooperación técnica de la OPS/OMS.

Los resultados del análisis fueron validados a través de una consulta abierta que incluyó a

las instituciones nacionales con mandatos y competencias en materia de salud y sus determinantes, agencias del Sistema de Naciones Unidas, y otros socios en el país. La consulta fue coordinada con las instancias del Ministerio de Salud.

De esta manera, la ECP identifica seis prioridades para la colaboración de la OPS/OMS en temáticas de salud en las que la OPS/OMS tiene una ventaja comparativa y puede dar un valor agregado a los esfuerzos del país. Cada una de las prioridades estratégicas se acompaña de “áreas de enfoque” en las que se especifica el ámbito de trabajo de la Organización y se complementan con un conjunto de modalidades en las que se dará la cooperación técnica.





CAPÍTULO UNO

Situación de Salud

Contexto demográfico, económico y social

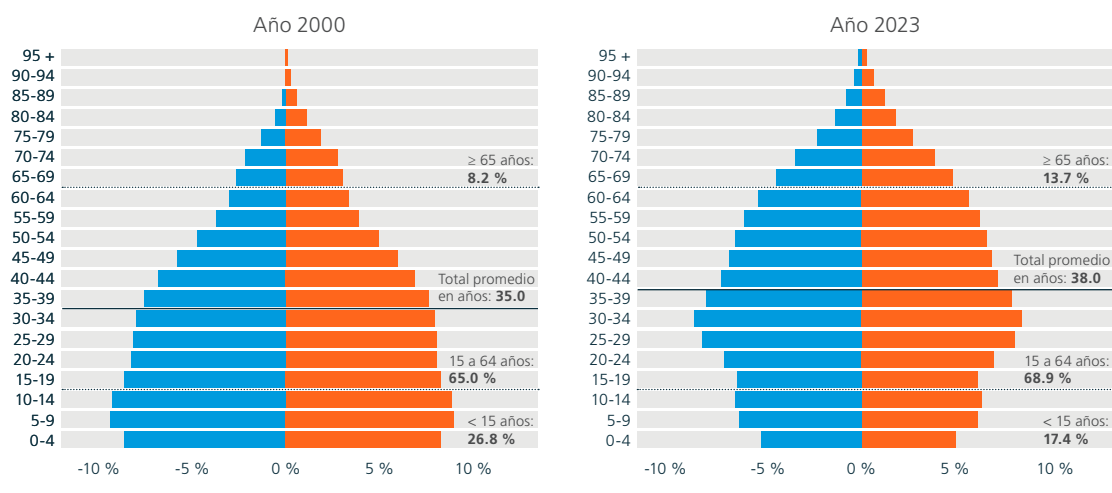
En el 2000, la población total de Chile era de 15 351 799 habitantes, y en 2023 había ascendido a 20 000 000, lo que representa un incremento del 30%. En cuanto al perfil demográfico del país, en 2023 la población de mayores de 65 años representaba 15,2% del total, lo que implica un aumento de 5,2 puntos porcentuales respecto del 2000 (figura 1). Asimismo, en 2023 se alcanzó una razón de 101,5 mujeres por cada 100 hombres y de 68,7 personas mayores (de 65 años o más) por cada 100 menores de 15 años. Si se considera la población de 15 a 64 años como potencialmente activa, es decir, susceptible de participar en actividades laborales, esta representó 76,7% de la población total del país en 2023, lo que equivale a 15 200 000 personas. Si a estos datos se agregan los relativos a la población potencialmente pasiva (3 597 848 menores de 15 años y 3 000 000

mayores de 65 años), se obtiene una relación de dependencia de 45,2 habitantes potencialmente pasivos por cada 100 habitantes potencialmente activos. Esta relación era de 53,4 en el 2000. Para el 2023, la esperanza de vida al nacer en Chile se incrementó a 81,88 años para mujeres y 77,16 años para hombres, con una media general de 79,52 años. Esta cifra es superior al promedio en América Latina. Este aumento refleja el continuo progreso en la salud y bienestar del país.

Entre 2004 y 2023, el promedio de años de escolarización en Chile aumentó significativamente, alcanzando 11,4 años de educación formal. La tasa de desempleo en 2023 se situó en 8,5% para el total de la población, con una brecha de género donde las mujeres registraron un 8,9% y los hombres un 8,2%. La tasa de alfabetización mantuvo su tendencia positiva, llegando al 98,2% en 2023, con una distribución equilibrada entre hombres (98,3%) y mujeres (98,1%). Un avance notable se observa en la reducción de la pobreza, que alcanzó 8,6% de la población en 2023 según la línea nacional, marcando una disminución sustancial desde el 36% registrado en 2000. En cuanto a la pobreza extrema, medida como el porcentaje

Figura 1.
Porcentaje de la población total por grupo de edad amplio, Chile, años 2000 y 2023

● Hombres ● Mujeres



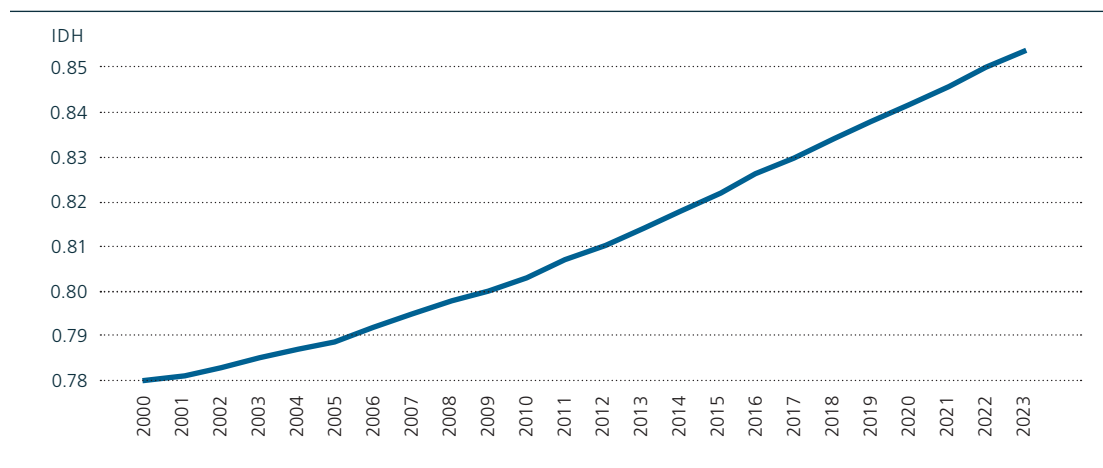
Fuente de datos: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2024. New York, United Nations 2024. Available at: <https://populstion.un.org/dataportal>

de la población con un ingreso menor a US\$ 1.90 por día, en 2023 solo el 0.4% de los chilenos se encontraba en esta situación, manteniéndose significativamente por debajo del promedio regional de 2.8%.

Durante el período 2000-2023, Chile ha mostrado un progreso sostenido en su índice de desarrollo humano (IDH), alcanzando una puntua-

ción de 0.89, lo que representa un incremento del 17.1% respecto al valor de 0.76 registrado en el año 2000. Este avance ha sido más pronunciado que el promedio de América Latina, que creció un 11.2% en el mismo período, y se mantiene cercano al incremento global del 15.8%. Esta mejora significativa posiciona a Chile entre los países de muy alto desarrollo humano, reflejando los avances sustanciales en

Figura 2.
Evolución del Índice de Desarrollo Humano en Chile (2000-2023)

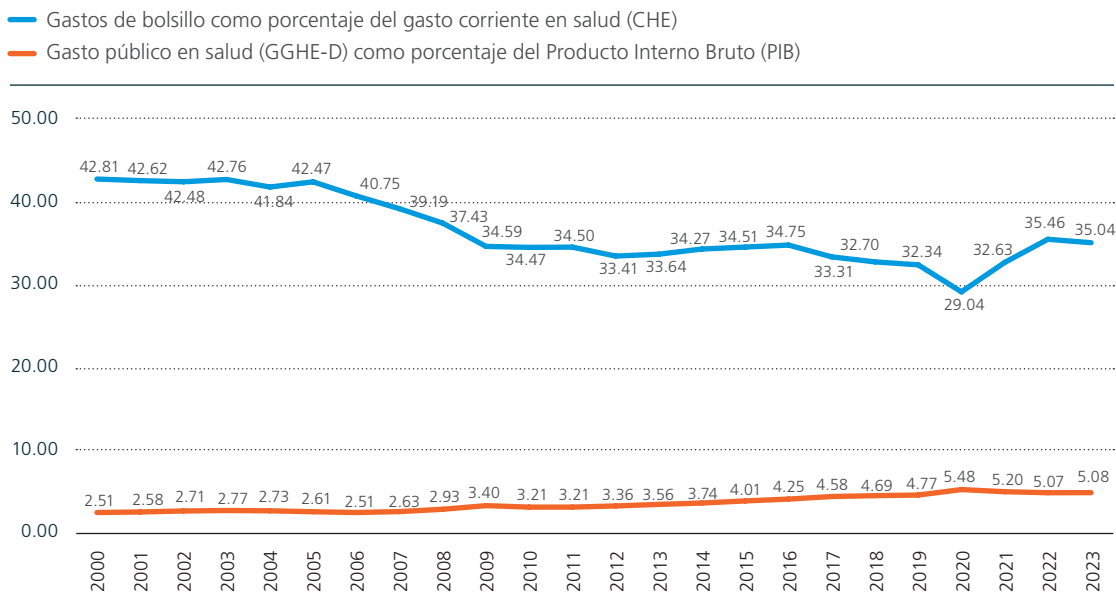


Fuente de datos: PNUD 2024. Disponible en <https://datosmacro.expansión.com/idh/Chile>

las dimensiones de salud, educación e ingresos que componen el índice. (figura 2).

El gasto público en salud en Chile ha experimentado un incremento sostenido y significativo, pasando de 3.4% del PIB en el año 2000 a 5.08% en 2023, evidenciando un aumento de 1.6 puntos porcentuales en este período. Este crecimiento fue particularmente notable durante la pandemia de COVID-19 (2015-2020), cuando se registró un incremento de 0.8 puntos porcentuales. A pesar de esta

evolución positiva, que refleja un mayor compromiso con el sector sanitario y responde a factores como el envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas y la expansión de programas de salud, Chile aún se mantiene por debajo del promedio de gasto en salud de los países de la OCDE (7.5% del PIB), aunque supera el promedio latinoamericano, lo que sugiere la necesidad de continuar fortaleciendo la inversión en el sector para enfrentar los desafíos futuros en materia de salud pública.

Figura 3.**Tendencias en el Gasto Público en Salud y el Gasto de Bolsillo en Chile**

Fuente de datos: Elaboración propia con base en datos del Global Health Expenditure Database (GHED). Organización Mundial de la Salud (OMS). <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/es>

Cobertura digital

En el 2020, el porcentaje de chilenos con conexión a Internet ascendía a 88%, cifra que representa un incremento considerable respecto del 2000, año en que el indicador arrojaba un valor de 17%.

Estado de Salud. Mortalidad

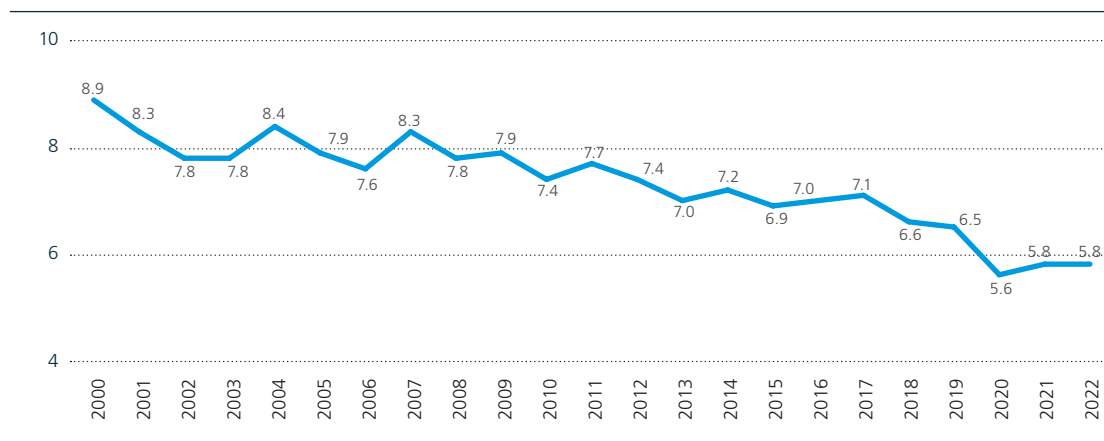
En 2023, la tasa ajustada de mortalidad prematura potencialmente evitable en Chile se situó en 126.5 muertes por 100,000 habitantes, representando una reducción del 36.8% respecto al año 2000. Esta cifra es 42.3% inferior al promedio

regional de las Américas. De estas muertes prematuras evitables, la tasa por causas prevenibles fue de 71.2 por 100,000 habitantes (45.1% menor que el promedio regional), mientras que las causas tratables alcanzaron 55.3 por 100,000 habitantes (frente a 84.2 regional).

La tasa de mortalidad general ajustada por edad descendió a 3.7 por 1,000 habitantes en 2023, evidenciando una reducción del 35.1% desde 2000. En la distribución por categorías

principales, la tasa de mortalidad ajustada por enfermedades transmisibles fue de 25.8 por 100,000 habitantes (32.4 en hombres y 20.1 en mujeres), las enfermedades no transmisibles registraron 315.6 por 100,000 habitantes (385.4 en hombres y 262.8 en mujeres), y las causas externas alcanzaron 34.2 por 100,000 habitantes (55.8 en hombres y 14.2 en mujeres). Entre las causas externas destacan los accidentes de transporte (11.8 por 100,000), homicidios (3.6 por 100,000) y suicidios (7.5 por 100,000).

Figura 4.
Tasa de mortalidad infantil por 10,000 nacidos vivos. Chile, 2000-2022



Fuente de datos: OPS 2023, elaboración propia en base a datos del Comité Nacional de Estadísticas Vitales, integrado por el Ministerio de Salud, el Servicio de Registro Civil e Identificación y el Instituto Nacional de Estadísticas. Chile. Registro continuo. Actualizado el 07 de septiembre de 2023. Disponible en: <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>.

La distribución porcentual actual (2023) muestra que las enfermedades no transmisibles representan el 86.3%, las transmisibles el 6.8%, y las causas externas el 6.9%, evidenciando una continua transición epidemiológica hacia el predominio de enfermedades no transmisibles.

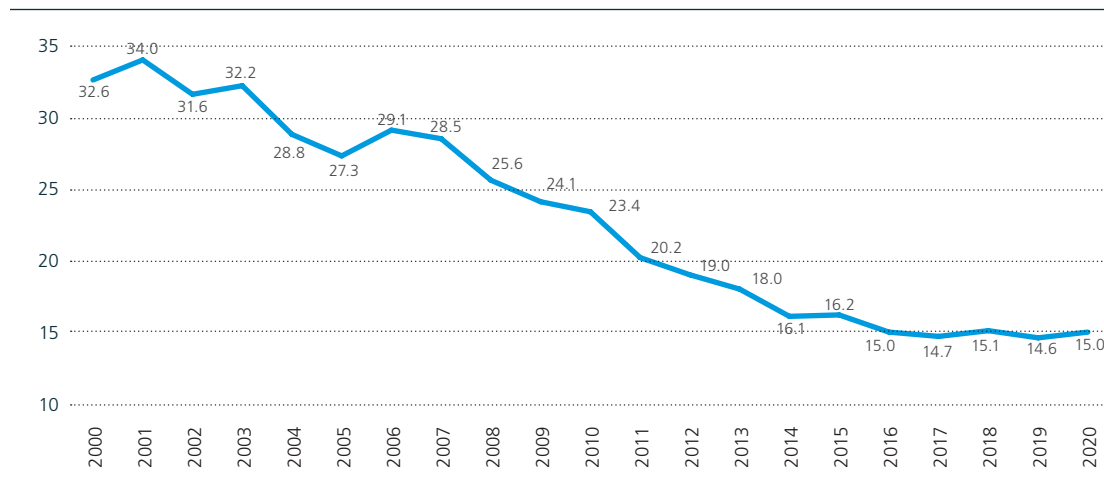
Entre el 2000 y el 2022, la mortalidad infantil en Chile se redujo de 8,9 a 5,8 por 1000 nacidos vivos, lo que implica una disminución del 34,83% (figura 4). Por su parte, el porcentaje

de nacimientos con peso bajo (menos de 2500 g) se incrementó de 5,6% a 6,9% entre el 2003 y el 2023.

La razón de mortalidad materna para el 2020 (último año disponible) se estimó en 15 por 100.000 nacidos vivos, lo que supone una reducción del 53,99% respecto del valor estimado para el 2000 (figura 5). En relación con la fecundidad, se calcula que, en el 2023, las mujeres tenían en promedio 1,3 hijos a lo largo de

Figura 5.

Razón de mortalidad materna estimada por 100,000 nacidos vivos. Chile, 2000-2020



Fuente de datos: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Trends in maternal mortality 2000 to 2020. Disponible en: <https://mmr2020.srhr.org/>. Consultado el 17 de mayo de 2023.

su vida reproductiva. En el caso específico de la fecundidad adolescente, se observa una reducción del 63,2%, si se compara la tasa de 61,3 nacidos vivos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años en el 2000 con la cifra de 22,5 en el 2023. Por otra parte, 99,9% de los partos fueron atendidos por personal capacitado en el 2023.

Enfermedades transmisibles

Chile ha tenido éxito en el control de enfermedades transmisibles, logrando la eliminación durante el siglo XX de la malaria 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%. in embargo, persisten desafíos importantes, como la Tuberculosis y el VIH/ SIDA, y otras enfermedades infecciosas de baja incidencia, 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. La siguiente tabla resume la situación que guarda algunas enfermedades transmisibles seleccionadas.

Enfermedad	Situación de país
Tuberculosis	<p>En 2021, la incidencia de tuberculosis fue de 16,6 por 100,000 habitantes en hombres y 10,1 en mujeres, incluyendo 82 casos en niños, la mayoría en la Región Metropolitana. Las tasas más altas se encontraron en el norte del país, con la Región de Arica y Parinacota registrando la más alta, 43,5 casos por 100,000 habitantes. El 79,4% de los casos fueron formas pulmonares. La mortalidad por todas las formas de tuberculosis en 2021 fue de 1,2 por 100,000 habitantes, un aumento de 0,3 puntos respecto a 2020, rompiendo la tendencia a la baja de años anteriores.</p> <p>Fuente: Informe de Tuberculosis 2021 https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/12/INFORME-TUBERCULOSIS-2021.pdf</p>
VIH/SIDA	<p>Se estima que al 31 de diciembre de 2021, 84.000 personas vivían con VIH, de los cuales el 89%) conocían su diagnóstico, el 77% se encontraban en tratamiento y de estas el 97% tenía carga viral indetectable.</p> <p>La prevalencia estimada en población general de 15 a 49 años es de 0,6%. En 2021, el número de casos confirmados por el ISP fue de 5.031.</p>

Enfermedad	Situación de país
	<p>Un 70,9% de los casos confirmados en 2021, tenía entre 20 y 39 años; 84,7% son hombres, superando en 5,6 veces los casos confirmados en mujeres y 56% son de nacionalidad chilena.</p> <p>Fuente: Lineamientos técnicos operativos para la implementación de la estrategia de autotesteo VIH https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/05/DECRETO-EXENTO-N%-C2%B0-25-SSP-2023-LINAMIENTOS-.pdf</p>
<p>Zoonosis y enfermedades vectoriales</p>	<p>Las zoonosis y enfermedades vectoriales se han mantenido controladas. 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). Respecto a las enfermedades transmitidas por mosquitos, el dengue es endémico en el territorio insular de Rapanui.</p> <p>Fuente: Estrategia Nacional de Salud 2022 https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf</p>
	<p>Hidatidosis. Entre los años 2017 y 2021 se registraron 1.593 casos de hidatidosis, observándose una disminución de un 55,1% de los casos notificados (441 en el año 2017 a 198 en el 2021), con distribución similar entre hombres y mujeres. La región de Aysén presentó la tasa más alta. El 10,6% (n=169) del total de casos fueron menores de 15 años.</p> <p>Fuente: INFORME EPIDEMIOLÓGICO HIDATIDOSIS 2017-2021 http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/10/Hidatidosis-31-07-2022_Final.pdf</p>
	<p>Enfermedad de Chagas. Durante 2020 se notificaron 691 casos de Enfermedad de Chagas (72% en mujeres), apreciándose una disminución de 56,5% con respecto a las notificaciones de 2019. La región de Atacama presentó la tasa más alta. En términos generales, la mortalidad atribuida a la Enfermedad de Chagas muestra un comportamiento al descenso en los últimos años, sin embargo, persiste alta en los adultos mayores y en ciertas regiones del país en las cuales triplica la tasa observada a nivel nacional.</p> <p>Fuente: Informe Epidemiológico Anual Enfermedad de Chagas http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Enfermedad_de_Chagas_2021_Epi.pdf</p>

Enfermedad	Situación de país
<p>Hepatitis B y C</p>	<p>Se estima menos de 0,5% de la población como portadores crónicos de hepatitis B y menos de 0,1% de niños con hepatitis B, en población de menores de 5 años. En 2021 se notificaron 609 casos, 12,6% más respecto al año anterior, alcanzando una tasa de 3,1 por cien mil habs. Los hombres concentraron cerca del 77%. Sin embargo, destacó un aumento del porcentaje correspondiente a gestantes, pasando de un 11,5 a 20,7% entre 2017 y 2021 (72,4% de las cuales registró nacionalidad extranjera). La mortalidad se mantuvo estable durante los años 2010 a 2019 con tasa menores de 0,2 por cien mil habitantes, con 138 defunciones en el período.</p> <p>En el mismo año se notificaron 330 casos de hepatitis C, un 87,5% más respecto al año anterior, alcanzando una tasa de 1,7 por cien mil habitantes. Los hombres concentraron cerca del 75% de las notificaciones, con y el 39,1% de las notificaciones se concentró en el grupo de 40 a 59 años. La mortalidad se ha mantenido estable durante la última década con tasas inferiores o iguales a 0,5 por cien mil habitantes. En el 2019 se reportaron 16 defunciones.</p> <p>Fuente: Informe Epidemiológico Anual Hepatitis B 2021 http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/09/Informe-Anual-Hepatitis-B-Chile-2021.pdf</p> <p>Informe Epidemiológico Anual Hepatitis C 2021 http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/09/Informe-Anual-Hepatitis-C-Chile-2021.pdf</p>
<p>Enfermedad Meningocócica</p>	<p>Durante el año 2021, se confirmaron 26 casos de EM, menor a lo esperado, según la mediana quinquenal (n=78 casos), con una tasa de incidencia de 0,1 por cien mil habitantes. En 2020 y 2021, años de pandemia por COVID-19, se presentaron letalidades de un 16,7% y 7,7% respectivamente, las más bajas de los últimos 10 años. Sin embargo, letalidad de la enfermedad desde 2012 hasta 2019 era entre un 20% a 30%, hasta alcanzar un 31,9% en el año 2019. En el grupo de menores de 1 año se observó una letalidad para los años 2017 y 2019, de 12,5% y 20,0% respectivamente, mientras que en los años 2020 y 2021 no hubo fallecidos en este grupo etario.</p> <p>Fuente: Informe de Menigitis 2021 http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/11/Informe-Anual-EM-2021-.pdf</p>
<p>VPH- Cáncer Cérvico uterino</p>	<p>De acuerdo con Globocan 2020, el Cáncer cervicouterino representó el 5,9% del total de casos de cánceres en mujeres de todas las edades y ocupa el 4to lugar de los cánceres más frecuentes en mujeres con un 2,8% de mortalidad.</p>

Enfermedad	Situación de país
	<p>Afecta principalmente a las mujeres más vulnerables, que pertenecen a estratos socioeconómicos más bajos y con poca escolaridad y se asocia en 99% con VPH lo que muestra una gradiente de desigualdad social importante.</p> <p>Fuente Globocan 2020 https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/152-chile-fact-sheets.pdf</p>
ETMI PLUS	<p>Con una cobertura de control Prenatal del 99%, la tasa de transmisión Materno Infantil de VIH en 2019, 2020 y 2021 fue de 2,5%; 1,9% y 1,8%, respectivamente, calculándose la tasa de transmisión Vertical de VIH en 2019, 2020 y 2021 en 0,047; 0,03; 0,03, respectivamente.</p> <p>La tasa de Sífilis Congénita 2019, 2020 y 2021 fue 0,271; 0,308; 0,4, lográndose un tratamiento inicial de Sífilis 91% de la gestante y 60% de las parejas sexuales y un tratamiento ARV del 99% en el embarazo y 94% en el Parto. https://diprece.minsal.cl/jornadas-etmi-plus/</p> <p>La transmisión vertical de Chagas del 2018 al 2021 fue en ascenso (245 a 321 hijos/as en proceso diagnóstico de transmisión vertical de enfermedad de Chagas). En el 2021 la cobertura de tamizaje fue de 83% en el área norte centro, y 52% en centro sur del país. https://www.ispch.cl/wp-content/uploads/2023/04/Presentacion-dia-mundial-2023.pdf</p> <p>En relación con Hepatitis B en gestantes, entre los años 2019 y 2022, se notificaron 133 casos, de ellos 39 correspondieron al año 2022, presentando un incremento respecto de los dos años anteriores.</p> <p>Fuente: Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud. Datos provisorios, en proceso de validación.</p>

Fuente de datos: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/Plan-de-Acompañamiento-Estrategia-PTV-final.pdf>
<http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/09/Informe-Anual-Hepatitis-B-Chile-2021.pdf>

Prevenibles por vacunación

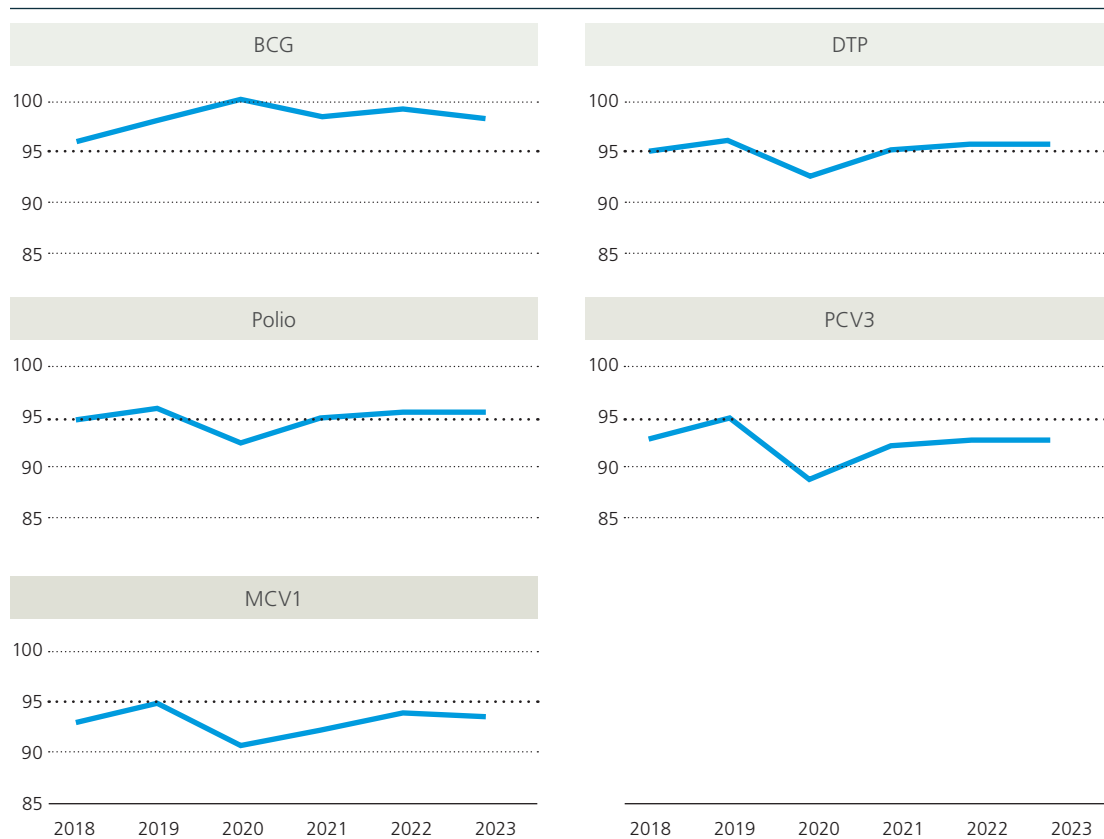
Vacunación programática

El Programa Nacional de Inmunizaciones se establece en Chile en 1978, cuatro años posterior a la creación del PAI en 1974, el que fue aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud. El funcionamiento del programa ha sido exitoso, contribuyendo a la erradicación de la viruela en 1950 (27 años antes que el resto del mundo). El último caso de poliomielitis por virus salvaje en Chile fue en 1975, logrando la certificación de erradicación en 1992. El año 2010, se promulga el decreto exento N°6 que dispone la obligatoriedad de la vacunación en Chile, el que se fue modificando a medida que se incorporaban nuevos productos a las estrategias de vacunación. El 2009, a través del decreto N°2028, se establece el Comité Asesor en Vacunas y Estrategias de Inmunización (CA-VEI), *“cuyo objetivo es el de asesorar a la Subsecretaría de Salud Pública en la formulación de políticas, en el diseño de programas y en la implementación de estrategias y prácticas de inmunización eficientes, seguras y coherentes con las necesidades de la población chilena”*.

Finalmente, el 2011, a través de la resolución exenta N°642, se crea el Departamento de Inmunizaciones, cuyo objetivo es *“de contribuir a la prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles causantes de morbilidad, muerte y discapacidad en la población, por medio de estrategias de inmunización colectivas y transversales, acorde a la situación epidemiológica y el desarrollo de tecnologías sanitarias”*.

En Chile, históricamente las coberturas han sido altas. Sin embargo, en el contexto de alerta sanitaria por pandemia por el virus SARS-CoV-2, los avances en cobertura disminuyeron durante el 2020. Sin embargo, la disminución no superó el 12% en el escenario menos favorable. La disminución de cobertura en vacunación de rutina durante pandemia permitió que el Departamento de Inmunizaciones avanzara en la definición de estrategias de puesta al día.

El siguiente gráfico muestra la cobertura 2018-2023 por año y por vacuna, reportadas por el país:

Figura 6.**Cobertura nacional de vacunación para el período 2010-2023, por año y vacuna**

Fuente de datos: Immunization coverage throughout the life course in the Americas, disponible en: <https://paho-cim.shinyapps.io/immunization-dashboard/#>

Vacunación contra la influenza:

En el contexto de pandemia por el virus SARS-CoV-2, la campaña de vacunación contra influenza fue reestructurada durante el 2020, observándose una gran demanda de vacunación. De esa forma, en un plazo no mayor de dos meses, se aumentó la disponibilidad de dosis de 6.799.800 dosis a 8.480.325 dosis garantizando el acceso a la vacunación por parte de los grupos de riesgo de manera gratuita.

Con fecha 31 de diciembre del 2020, el avance y cobertura de la campaña por grupo objetivo (total nacional) era de un 101,2%.

Datos recientes de la campaña de vacunación contra influenza 2023, extraídos del Registro Nacional de Inmunizaciones al 07 de enero a las 13:00 horas, dan cuenta que el avance y cobertura de la campaña por grupo objetivo (total nacional) era el siguiente:

Grupo objetivo	Avance		
	Vacunados	Población objeto	Avance
Personas de 65 años y más	1,733,815	2,664,128	65.1 %
Embarazadas	131,535	231,109	56.9 %
Niños de 5 a 6 años (1 ^{er} . dosis más únicas)	1,017,320	1,296,324	78.5 %
Escolares de 6 a 10 años (1 ^{er} . dosis más únicas)	1,097,930	1,264,185	86.8 %
Crónicos de 11 a 64 años	1,869,905	2,005,039	93.3 %
Personal de salud público	332,813	327,922	101.5 %
Personal de salud privado	119,959	108,759	110.3 %
Trabajadores de avícolas y criaderos de cerdos	36,715	38,831	94.6 %
Capullo para prematuros	17,013	44,271	38.4 %
Trabajadores de educación de pre kinder a 5 ^o . básica	271,097	247,775	109.4 %
Otras prioridades	612,125	656,358	93.3 %
Total vacunados	7,240,277	8,884,701	81.5 %
Promedio de vacunación últimos 3 días hábiles	1,475		
A igual período campaña anterior	836		

Fuente de datos: Ministerio de Salud. INFORME CAMPAÑA INFLUENZA 2020 – PRELIMINAR. Disponible en: https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/12/Informe-de-Campana-Influenza-2023-12-31_final.pdf

Vacunación contra el SARS- CoV-2

La campaña de vacunación contra el SARS-CoV-2 comienza en Chile el 24 de diciembre del 2020. La implementación de la campaña se realizó de forma gradual en base a las remesas recibidas. A la fecha de corte (4 de septiembre del 2023), se contaba con un avance de 18.125.073 personas con una primera dosis o una dosis única de vacuna lo que se traduce en un 91,45%. En cuanto a la cobertura de vacunación (segundas dosis y únicas), el porcentaje logrado es de un 89,48%. Con relación a la dosis de refuerzo el porcentaje alcanzado es de un 80,32% y para la cuarta dosis un 60,21%. Por último y con relación a la vacunación con dosis bivalente, se definió como meta la población de 60 años y más, alcanzándose una cobertura de un 58,5%. La vacunación se realizó en vacunatorios públicos y privados en convenio y en fases iniciales, para facilitar el acceso a la población, se dispusieron de puntos de vacunación extramurales, así como el uso de vacunatorios móviles, que se desplegaron a lo largo del país.

Transmitidas por vectores

Desde la erradicación del *Aedes aegypti* en 1961, Chile no ha tenido experiencia con brotes de enfermedades arbovirales. Con excepción de la Isla de Pascua donde el vector reaparece en el año 2000 y la reintroducción en la región

de Arica en 2016, en Chile no se había reportado el establecimiento permanente del *Aedes*, vector de dengue, chikunguña y Zika.

Con la detección reciente de huevos de *Aedes* en la comuna de Los Andes (Región de Valparaíso), sumándose a otros reportes en los últimos años (en la Región de Arica y Parinacota, la Región de Tarapacá y la Isla de Pascua), existe un riesgo creciente de extensión de las áreas de infestación del vector desde el norte hacia la zona central del país, particularmente en el borde costero de la Región de Valparaíso, y en la región Metropolitana, donde se encuentran grandes núcleos poblacionales todos susceptibles a la infección por dengue, Chikunguña y el Zika. La presencia de determinantes sociales y ambientales que facilitan la transmisión de estas enfermedades en las áreas de introducción del vector y los efectos del cambio climático (Calentamiento Global) incrementan el riesgo de transmisión de estas enfermedades para el país.

Similar situación ocurre en la región de Tarapacá, donde han permanecido áreas con *Anopheles* (mosquito vector de la malaria), que ha incrementado su dispersión geográfica y población en los últimos años, principalmente en la zona de la Quebrada de Tarapacá y en la comuna de Pica.

Debido a lo anterior, el Ministerio de Salud ha mantenido alertas sanitarias permanentes para apoyar la vigilancia de los vectores y ha priorizado la cooperación técnica en estas áreas, tanto desde el enfoque entomológico como desde la vigilancia de enfermedades y el diagnóstico ya tención clínica.

Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo

Chile reconoce una alta carga de enfermedad y factores de riesgo, con una estimación de 11 millones de adultos con enfermedades crónicas no transmisibles que requerirán atención médica y control de por vida, cifra en aumento en las últimas décadas a pesar de los esfuerzos de la autoridad sanitaria. Estas enfermedades dan cuenta del 83,9% de los Años de Vida Saludable perdidos en Chile, mayor al valor internacional y con una sostenida tendencia al alza, con un mayor incremento que el promedio de los países de la región (IHME). Cuestión particularmente preocupante en menores de 5 años, grupo en que estas patologías dan cuenta del 50,9% de los años de Vida Saludable perdidos, cifra 3 veces superior al valor internacional. Al mismo tiempo, se observa un aumento de las adicciones y otros problemas de

salud mental desde edades precoces. Y todas estas condiciones afectan desproporcionadamente a las personas con mayor vulnerabilidad social. Junto a esto, se observa una gran cantidad de hospitalizaciones evitables (CSCS: condiciones sensibles al cuidado ambulatorio), las cuales alcanzan el 11% de los egresos anuales del sistema, equivalente al 20% de los días-camas disponibles, dando cuenta de la necesidad de optimizar la estrategia de cuidados de la salud poblacional desde el sistema de salud. De hecho, el impacto es tal, que se estima que 1 de cada 3 personas que presenta una hospitalización por una CSCS, fallece durante el curso de esta.

En Chile, la prevalencia del consumo de tabaco entre las personas de 15 años o más para el 2023 fue de 33,3%. En relación con el sobrepeso y la obesidad en el mismo grupo etario, la prevalencia ascendió a 75% para el 2023. Asimismo, para el último año mencionado, aproximadamente el 40% de la población declaró practicar actividad física insuficiente.

En cuanto a la hipertensión arterial, en el 2023 se informó una prevalencia de 36% de personas de 18 años o más con presión sanguínea elevada. Por otra parte, la prevalencia de diabetes mellitus, que en el 2000 se hallaba en 8,7%, se situó en 9,5% en el 2023.



Mortalidad por Cáncer

Al observar la mortalidad por cáncer según el sitio tumoral, puede advertirse que durante el 2023 la población masculina presentó una tasa ajustada de mortalidad por cáncer de próstata de 21,5 por 100 000; de pulmón, de 18,6 por 100 000, y de colon y recto, de 13,5 por 100 000. En el caso de las mujeres, los valores fueron de 12,5 por 100 000 para cáncer de mama; de 10,2 por 100 000 para cáncer de pulmón, y de 10,1 por 100 000 para cáncer de colon y recto¹²³⁴.

La principal causa de muerte en Chile sigue siendo los tumores (malignos y benignos). En el año 2023 se produjo un total de 29.400 defunciones por tumores (25,4%) y 28.500 defunciones por enfermedades del sistema circulatorio (24,8%). Según los últimos datos de mortalidad validados del DEIS, durante el año 2023, la tasa bruta de mortalidad por tumores (malignos y benignos) por 100.000 habitantes es de 152,3 y fue la primera causa de muerte en diez regiones del país. Así, las regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Bio-bío, La Araucanía, Los Ríos, Los Lagos y Aysén, poseen la mayor mortalidad por esta patología, dejando en segundo lugar las enfermedades del sistema circulatorio. En cuanto a las proyecciones de mortalidad, según el Departamento de Epidemiología con información

aportada por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), cada año mueren más personas por cáncer y se espera que hacia el año 2023, el cáncer sea la primera causa de muerte en el país (tasa bruta) superando a las muertes por enfermedades cardiovasculares.

Los tumores que han causado más muertes por cada 100.000 habitantes tomando en cuenta el acumulado de los periodos desde el año 2009 al 2018, son: cáncer de próstata, cáncer de estómago, pulmón, mama, colon y vesícula y vías biliares, le siguen finalmente el cáncer de páncreas, cáncer de hígado y cáncer cervicouterino. Si bien las tasas de mortalidad por cáncer general han aumentado en el tiempo, ciertos tipos de cáncer como el cáncer de estómago, cáncer de vesícula, esófago, mama y cervicouterino han disminuido notoriamente. Otros tipos de cáncer han mostrado un aumento en la tasa de mortalidad, como el cáncer de colon, mientras que pulmón, próstata, recto, hígado, páncreas, riñón y leucemias permanecieron relativamente estables.

Se observa que la mortalidad por cáncer es mayor en los hombres para la mayoría de los tipos de cáncer excepto para el cáncer de vesícula y el cáncer de mama. En hombres la primera causa de mortalidad por cáncer según tasas ajustadas corresponde a cáncer de estómago, con

22,8 muertes por 100.000 hombres. En segundo lugar, se ubica el cáncer de próstata, tercero el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, cuarto el cáncer de colon con tasas de 21,1; 18,6 y 8,0 muertes por 100.000 hombres respectivamente.

En mujeres la primera causa de muerte por cáncer corresponde a cáncer de mama, con 11,8 muertes por 100.000 mujeres. En segundo, tercero y cuarto lugar se ubican respectivamente el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón con una tasa de 9,1, el cáncer de estómago con una tasa de 8,2 y el cáncer de vesícula con una tasa de 7,7 muertes por 100.000 mujeres.

La mortalidad por cáncer tiene variaciones a lo largo del territorio nacional. Las regiones que para ambos sexos obtuvieron las mayores tasas ajustadas de mortalidad para el periodo analizado (2009- 2018) por todos los tipos de cáncer corresponden a Antofagasta, Aysén y Magallanes con tasas de 138,0; 124,1 y 120,8 por 100.000 habitantes respectivamente. La región de Aysén concentra la mayor tasa de mortalidad para el cáncer de estómago y para cáncer de colon. Por su parte, la región de Antofagasta presenta la tasa de mayor mortalidad para el cáncer de pulmón mientras que, la región de los Ríos obtuvo la mayor tasa de mortalidad para el cáncer de vesícula. El cáncer de Próstata tiene su mayor tasa de mortalidad en las regiones del O'Hig-

gins, Biobío y Maule y el cáncer de mama en la región de Magallanes. Si se compara por sexo, en hombres la mayor tasa de mortalidad por todos los tipos de cáncer se obtuvo en la región de Antofagasta (179,0 por 100.000 habitantes) y para mujeres también en la región de Antofagasta (108,8 por 100.000 habitantes).

La mortalidad por cáncer y tipo de cáncer varía según grupo etario. En el grupo de 0 a 4 años predomina mortalidad por leucemia en ambos sexos, constituyendo un 44,8% de los cánceres en ese grupo de edad para hombres y un 41,8% para mujeres. Entre los 15 a 29 años, la mortalidad por leucemia constituye el mayor porcentaje de muertes por cáncer en hombres (24,5%) y mujeres (21,95%). El segundo lugar lo ocupa el cáncer de testículo con 21,9% y cervicouterino con 9,5% del total de cánceres en ese grupo de edad. En hombres entre 30 a 49 años, el cáncer de estómago es el responsable del 15,5% de las muertes por cáncer y del 18,7% en hombres entre 50 a 69 años. En mujeres, el cáncer de mama es responsable del 22,8 % y 14% de las muertes por cáncer en los grupos de edad 30-49 y 50-69 años, respectivamente. La principal causa de muerte por cáncer en el grupo de 70 años y más, recae en el cáncer de próstata en hombres y en el cáncer de estómago en mujeres con porcentajes de 22,9% y 10,9% del total de muertes por cáncer respectivamente.

El último informe del Departamento de Estadísticas “Vigilancia de Cáncer. Análisis de Mortalidad Prematura y AVPP por Cáncer. Década 2009-2018 analizó AVPP para cada tipo de cáncer, según región, grupo de edad y sexo para el periodo 2009-2018, desde menores de un año y como límite 80 años (esperanza de vida actual en Chile). Si se estudia las tasas de AVPP según el tipo de cáncer, el informe muestra que los cinco cánceres que generaron las mayores tasas de AVPP en Chile para la década 2009-2018 fueron cáncer de Estómago, cáncer de tráquea-bronquio-pulmón, cáncer de mama, cáncer cervicouterino, cáncer de próstata con tasas iguales a 200,3; 181,8; 127,9; 127,8 y 101,3 AVPP por 100.000 habitantes respectivamente.

Al analizar el número de años de vida potencial perdidos, para ambos sexos se ubican cáncer de estómago, de tráquea-bronquio-pulmón, de mama, de colon y de vesícula. En el caso del sexo masculino, se mantienen en primer y segundo lugar cáncer de estómago y de tráquea-bronquio-pulmón respectivamente. En tercero, cuarto y quinto lugar se ubican cáncer de próstata, leucemia y de colon respectivamente. Para el sexo femenino, en primer lugar, se ubicó cáncer de mama; se mantuvo cáncer de tráquea-bronquio-pulmón en segundo lugar y, en tercero, cuarto y quinto lugar se ubicaron

cáncer de vesícula, cervicouterino y de estómago respectivamente.

Salud Mental

Chile presenta una carga de enfermedad atribuible a trastornos mentales, neurológicos, consumo de sustancias y autolesiones (TMNS) del 21% del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y del 36% de los años de vida perdidos por discapacidad (APD). Según datos epidemiológicos, la población adulta presenta una prevalencia de 22,2% para cualquier trastorno mental. En el caso de niños, niñas y adolescentes, la prevalencia total para cualquier trastorno psiquiátrico más discapacidad psicosocial, es de 22,5%, con mayor frecuencia de trastornos disruptivos y trastornos ansiosos.

Los trastornos mentales comunes encabezan la frecuencia de problemas de salud mental en el país. La Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, señala que la prevalencia de síntomas depresivos en el último año fue de 17,2% en población general, significativamente mayor en mujeres (25,7%) que en hombres (8,5%), diferencias que se mantienen en los distintos estratos de edad. Los síntomas depresivos fueron significativamente mayores en el nivel educacional más bajo (20,8%). Otro estudio sobre necesi-

dades clínicas y psicosociales en mujeres que ingresan al programa de depresión en Chile encontró un alto porcentaje de mujeres que tenían el antecedente de un episodio depresivo anterior (60,7%), un escaso apoyo social (55,7%) y sufrían violencia en su vida de pareja (51,4 %). Estas últimas dos condiciones se asocian a una mayor intensidad del cuadro depresivo, demostrando una fuerte relación entre la complejidad del cuadro, el aislamiento y la violencia. Estos estudios demuestran la fuerte relación entre el ser mujer y la ocurrencia de depresión por variables del entorno sociocultural. Asimismo, estudios recientes muestran el impacto negativo de la pandemia por Covid-19 en la salud mental de las trabajadoras de la salud con mayores puntuaciones en depresión, ansiedad, insomnio y distrés.

Adicionalmente, el país presenta desafíos relevantes en la reducción del consumo de alcohol y sustancias, principalmente en la población adolescente. Los últimos datos de la encuesta a la población en edad escolar realizada por SENDA [20], muestran que un 24% de los y las adolescentes entre 8° básico y cuarto medio ha consumido alcohol en el último mes, un 18,8% marihuana, y un 9,5% tranquilizantes. Asimismo, se ha establecido que la deserción escolar aumenta el riesgo de trastorno por uso de sustancias en casi 7 veces.

Respecto a la prevalencia de trastornos mentales severos tales como esquizofrenia y trastorno bipolar, estos ascienden a un 2%, con una mayor frecuencia observada en hombres. Ambos diagnósticos se encuentran dentro de las Garantías Explícitas en Salud, lo cual ha permitido aumentar el acceso y asegurar un tratamiento oportuno. No obstante, se mantienen desafíos relevantes en procesos de rehabilitación e inclusión social, que mitiguen el impacto del estigma y promuevan una mayor equidad, principalmente en el ámbito laboral.

Es relevante considerar el impacto de la pandemia por Covid-19 en la salud mental a nivel nacional. El estudio Termómetro de la Salud Mental en Chile muestra como el 45,9% de las personas percibe que su estado de ánimo es peor o mucho peor que antes de la pandemia, el 32,8% sospecha de la presencia de un problema de salud mental y el 46,7% describe síntomas de depresión de leves a graves.

En el ámbito laboral, los trastornos de salud mental asociados al trabajo se han ido posicionando como la principal causa de ausentismo laboral. La Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) mostró que para el año 2012, las enfermedades de salud mental de origen laboral habían aumentado un 87% en los últimos 12 años, representando un 24% del total de las en-

fermedades profesionales acogidas en la ACHS en ese año. Además, se acumularon 12.726 días perdidos por reposo laboral en el mismo período, lo que representa el 48% del total de días perdidos por enfermedad profesional y el 40% de los costos curativos asociados a enfermedades profesionales correspondieron a enfermedades de salud mental ocupacional durante 2012. Las licencias médicas por patologías psiquiátricas vienen aumentando año a año. Desde el 2008 estas se sitúan en el primer lugar como causa de licencia médica curativa, representando en el 2010 el 14% de todas las licencias solicitadas en el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Se observa una tasa de suicidio en la población indígena de un 30,5% para el grupo entre 20 y 39 años, pero más allá de la variabilidad en la magnitud de estas tasas en las diversas áreas territoriales analizadas, lo significativo son las brechas con relación al resto de la población, alcanzado una mayor expresión en el área Mapuche-Williche, donde la población indígena tiene 3,3 veces más riesgo de cometer suicidio; le sigue el área Mapuche, con 1,8 veces más riesgo que el resto de la población; luego el área Aymara, con 1,5 veces; y, finalmente, el área Likanantay con un 1,1 es la población con menos brecha en relación al resto de la población [28].

En términos de gobernanza, Chile cuenta a la fecha con tres Planes Nacionales de Salud Mental (1993, 2000, 2017), estando vigente aquel destinado desde el 2017 al 2025 y siendo complementado por el Plan Construyendo Salud Mental que amplía sus estrategias. Estos han orientado el proceso de transformación de servicios desde un modelo de atención centrado en hospitales psiquiátricos hacia una red de dispositivos de base comunitaria. De esta manera, el país ha ido desarrollando una robusta respuesta sanitaria inserta dentro de la atención general de salud, con foco en acompañar el tránsito de las personas según nivel de gravedad y complejidad a través de los distintos niveles de atención. Los principales desafíos se mantienen en fortalecer la promoción, prevención y provisión de servicios en la atención primaria de salud (APS), propiciando una adecuada continuidad de cuidados para quienes requieran atención secundaria o terciaria, evitando la cronificación de las personas que enfrentan episodios agudos de enfermedad. Esto es particularmente relevante para las personas con un diagnóstico de esquizofrenia, las cuales representan un porcentaje alto (30%) de las personas que se hospitalizan en hospitales psiquiátricos.

Asimismo, dentro de los planes nacionales se ha establecido la relevancia del trabajo intersectorial para abordar el impacto de las deter-

minantes sociales de la salud mental, y la participación de personas con experiencia vivida y familiares para promover la inclusión social y reducir estigma. Estos últimos coinciden con los desafíos planteados para la Región de las Américas en la Nueva Agenda para la Salud Mental.

A pesar de la robusta respuesta del país a los problemas de salud mental, se calcula que la brecha de acceso a los servicios de salud mental en la Región de las Américas alcanza el 75%. En el país, el informe del WHO-AIMS (2014) [33] evaluó que el 100% de los establecimientos de la atención primaria al año 2021 contaba con profesional psicólogo, pero sólo entre un 10% y 20% de los médicos había recibido 2 días de capacitación en salud mental. Asimismo, menos del 25% de los centros de salud mental ambulatorios públicos, tanto centros de salud mental comunitarios como Centros de Especialidad (CDT, CRS y CAE) reconocían un acceso adecuado de usuarios de zonas rurales y menos del 8% para usuarios de minorías étnicas, religiosas y lingüísticas. Actualmente, las brechas de atención y formación en recursos humanos se ven agravadas por los requerimientos crecientes de atención de salud mental posterior a la pandemia y por la frecuencia de situaciones de emergencia y desastres, las cuales impactan con mayor gravedad a las poblaciones más vulnerables.

> <https://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000801121>

> https://www.achs.cl/portal/centro-de-noticias/Documents/Termometro_SM_version3.pdf

Gestión del Riesgo de Emergencias sanitarias y desastres

A lo largo de su historia, Chile ha estado expuesto a numerosas y distintas amenazas tales como sismos, erupciones volcánicas, tsunamis, sistemas frontales, sequías, entre otros. A ello se suman las enfermedades emergentes y reemergentes y amenazas originadas por la acción humana como incendios, accidentes industriales y similares. Agravando este panorama, han surgido en las últimas décadas los fenómenos asociados al Cambio Climático produciendo lluvias más intensas, períodos de sequía, olas de calor o frío más frecuentes.

En los últimos 15 años, Chile ha sido mayormente afectado por las siguientes emergencias sanitarias y desastres:

> Terremotos de los años 2010 (Biobío), 2014 (Iquique) y 2015 (Coquimbo).

- Inundaciones y aluviones en 2015 (zona norte) y 2023 (zona centro-sur).
- Incendios forestales zona sur en 2017 y 2023.
- Casos de AH1N1 en 2009, Fiebre Q (2017), COVID-19 (2019) y H5N1 en 2023
- Emergencia ambiental en la zona de Quintero - Puchuncaví en 2018
- Olas de calor en invierno y verano de los últimos años, resaltando temperaturas máximas históricas en junio y julio de 2023.
- Situación migratoria en la zona norte los años 2021 al 2023.

Situación de COVID-19 en el país

Durante el 2020, en Chile hubo un total de 608 973 casos de COVID-19, lo que representa 31 284 por millón de habitantes. En el 2021 los casos identificados ascendieron a 1 197 521, lo que equivale a 61 519 por millón de habitantes, mientras que, en 2022, el número de casos reportados fue de 2 769 119, siendo estos 142 256 casos por millón de habitantes. Por lo que se refiere a las muertes causadas de forma directa por la COVID-19, en el 2020 se registraron 16 608 muertes de personas con diagnóstico de COVID-19, es decir, 853 por millón de habitantes, mientras que en el 2021 se notificaron 22 507, lo que representa 1 156 muertes por millón de habitantes y 21 979 muertes totales para

2022, equivalentes a 1 120 muertes por millón de habitantes. En la Región de las Américas, Chile se ubicó en la posición siete en cuanto a cantidad de muertes por COVID-19 en el 2020, en tanto que en el 2021 se ubicó en la posición 20, y en 2022 se ubicó en la posición 2, con una cifra acumulada para los años de 3129,75 muertes por millón de habitantes (figura 7).

Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, el total de muertes en exceso en el 2020 ascendió a 14 575 casos, es decir, 75,5 por 100 000 habitantes. Para el 2021 se estimaron 24 122 muertes, que representan un exceso de mortalidad de 123,7 por 100 000 habitantes.

Según un informe publicado por el Ministerio de Salud, al 31 diciembre del 2021, el estado de avance de vacunación con 1as dosis equivalía a un 94,03%, mientras que, a igual fecha, la cobertura (2as dosis) equivalía a un 92,28%. Actualmente la vacunación está enfocada a la aplicación de esquemas primarios en población sana a partir de los 6 meses de edad y a esquemas primarios y dosis de refuerzo en población de riesgo. Según datos publicados por DEIS (vacunación de refuerzo SARS-COV-2 2023-2024) al 28 de octubre del 2024, la cobertura nacional de personas de 60 años y más vacunadas equivale a un 29,92%. La meta definida para esta campaña es alcanzar un 80% o más de co-

bertura en personas mayores de 60 años a nivel nacional.

La crisis sanitaria por la Pandemia de COVID-19 ha resaltado las desigualdades sociales y ha tenido un gran impacto en nuestra población, reflejando los déficits del sistema en cuanto a prevención, vigilancia y respuesta. A pesar de los grandes esfuerzos realizados, al evaluar el exceso de mortalidad durante la pandemia de COVID-19, según cifras de la OMS, Chile presenta la tercera cifra más alta de los países considerados de altos ingresos por el Banco Mundial. Junto a lo anterior, dada la alta demanda asistencial durante la pandemia, y la limitada capacidad del sistema de salud para mantener sus funciones esenciales, se produjo un importante desplazamiento en la atención de otro tipo de patologías, generando una importante cantidad de personas en espera de atención de sus problemas de salud. Entre estos, es posible destacar el descenso en servicios de atención del cáncer, los cuales se redujeron en un tercio durante el año 2020, principalmente en mujeres y personas afiliadas al FONASA, estimándose la pérdida del diagnóstico temprano en 5.132 personas en los cuatro tipos más frecuentes de cáncer en el país. De hecho, producto del retraso en el diagnóstico en 5 de los cánceres más prevalentes en Chile (mama, cuello uterino, colorrectal, próstata y estómago), se

estima un exceso de 3.542 muertes por cáncer entre 2022 y 2030, la mayor parte antes de 2025. Lo anterior, hace explícita la necesidad de optimizar el funcionamiento y resiliencia del sistema de salud para responder a futuras crisis y proteger a la población.

Entre los esfuerzos para dar respuesta a la pandemia, vale la pena destacar las siguientes iniciativas:

- > El fortalecimiento de la gobernanza del sistema de salud, con la participación de autoridades locales e instancias de consulta con expertos para la toma de decisiones oportunas y eficaces.
- > El desarrollo de una nueva versión del plan Paso a Paso, el cual establece las medidas de salud más apropiadas para las comunas y toma en consideración numerosos aspectos.
- > El fomento de la comunicación de riesgo y de las acciones intersectoriales, en particular con relación al sector de la educación y los espacios profesionales o laborales.
- > La continuidad del exitoso programa de vacunación de la población, la implementación de la plataforma web mevacuno.gob.cl y el uso del pase de movilidad.
- > La prosecución de los esfuerzos relacionados con diversos planes y programas clave, como el plan Fronteras Protegidas,⁵ entre otros.

- La priorización del abordaje de la atención de salud de las afecciones que no están vinculadas con la COVID-19 a través del fortalecimiento de las capacidades de la atención primaria y los hospitales, lo que se encuentra orientado a reducir las dificultades de acceso ocasionadas por la pandemia.

Situación de Equidad, Género y Derechos para la Salud

Las políticas públicas están enfocadas en la reducción de las desigualdades mediante un enfoque transversal que atraviesa diversas dimensiones. En materia de ingresos, por caso, se han planteado dos iniciativas que son dignas de mención: el aumento del salario mínimo y la creación de una pensión básica solidaria universal para las personas mayores.

Otro aspecto relevante para disminuir las desigualdades entre los diversos grupos de población tiene que ver con el enfoque de territorialización y el proceso de regionalización, lo que implica la transferencia de competencias y de financiamiento a los gobiernos regionales, como sucede, por ejemplo, en materia de transporte y movilidad, así como en infraestructura digital e Internet.

La disminución de las inequidades y las desigualdades en la salud atraviesa a todos los objetivos de la estrategia nacional, de una manera transversal e integral. La equidad se constituye, así como un eje clave de todas las políticas priorizadas en la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030. La transversalización se refiere a que cada prestación de servicios de salud, así como las políticas y/o estrategias priorizadas, dispongan de una garantía que permita mejorar el acceso, la oportunidad y la calidad de la atención de salud.

Otro antecedente relevante, ha sido la promulgación en el año 2021 de la Ley 21.331 sobre los Derechos en la Atención de Salud Mental, la cual prohíbe la apertura de nuevos hospitales psiquiátricos en el país, y protege a las personas de procesos coercitivos como la esterilización forzosa. Asimismo, la promulgación en el año 2022 de la Estrategia de Derechos Humanos y Salud Mental, plantea relevantes acciones a corto, mediano y largo plazo, poniendo énfasis en profundizar en el Plan de Desinstitucionalización de las personas que viven en hospitales psiquiátricos y clínicas en convenio con el Ministerio de Salud. Actualmente, el país se encuentra en la discusión legislativa sobre una Ley de Salud Mental Integral, la cual ha sido una de las brechas en gobernanza que se han relevado en los informes de evaluación del sistema de salud mental en Chile.

Sistema de Salud

El sistema de salud chileno se caracteriza por ser mixto, integrando el aseguramiento público a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el privado mediante las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). La obligatoriedad de aportar el 7% del salario para salud es un pilar fundamental del sistema. FONASA, clasifica a sus usuarios en cuatro grupos (A, B, C, y D) según nivel de ingresos, determinando el acceso y el costo de la atención en hospitales y consultorios públicos. Esta estructura busca garantizar el acceso a la salud, aunque enfrenta desafíos en la fragmentación administrativa, institucional y organizacional, lo que dificulta la coordinación y la equitativa distribución de recursos. La necesidad de fortalecer la atención primaria y romper con el enfoque “hospitalocéntrico” son reconocidos como cruciales para mejorar la eficiencia y cobertura del sistema.

Uno de los principales desafíos del sistema de salud chileno es la fragmentación, tanto en el financiamiento como en la provisión de servicios. Esta fragmentación genera una desigual disponibilidad de recursos para atender a la población, afectando la capacidad resolutive del nivel primario de atención. Para abordar este desafío, se requiere una gestión basada

en la capacidad resolutive de la atención primaria, tal como recomiendan la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otras agencias internacionales. El Ministerio de Salud reconoce la necesidad de romper con esta fragmentación y avanzar hacia una gestión más integrada y eficiente.

Además de la fragmentación, el sistema de salud chileno enfrenta el desafío de mejorar la participación ciudadana y la gobernanza. Aunque la institucionalidad sanitaria ha evolucionado, la participación ciudadana se mantiene en los espacios permitidos, existiendo una presión constante de grupos no gubernamentales por una gobernanza diferente. Se busca pasar de una reactividad participativa a una proactividad permanente, lo que requiere un diálogo continuo entre el Estado y la ciudadanía. La modernización del sistema de licencias médicas, la optimización de las listas de espera y la implementación de estrategias para mejorar la salud mental son también áreas clave para el futuro del sistema de salud en Chile.

Agenda Nacional de Salud y Desarrollo. Reforma de Salud

La Agenda Nacional de Salud y Desarrollo en Chile ha experimentado importantes avances

entre 2020 y 2023. En 2021, se lanzó la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030, que establece objetivos sanitarios para la próxima década. Esta estrategia se centra en mejorar la salud y el bienestar de la población, reducir las inequidades en salud, asegurar la calidad de la atención y promover entornos saludables. La elaboración de este plan incluyó una amplia participación ciudadana y la colaboración de organizaciones científicas, académicas y profesionales del sector salud.

Los ejes estratégicos de la Estrategia Nacional de Salud abarcan temas como el medio ambiente y entornos saludables, estilos de vida, enfermedades transmisibles y no transmisibles, funcionamiento y discapacidad, emergencias y desastres, y gestión, calidad e innovación. Durante este período, se han implementado diversas iniciativas para abordar estos temas, incluyendo la promoción de estilos de vida saludables y la mejora de la atención primaria de salud.

La Reforma de Salud en Chile ha sido un proceso continuo y desafiante entre 2020 y 2023. Uno de los principales objetivos de la reforma ha sido avanzar hacia la universalidad en la atención de salud, asegurando que todas las personas, independientemente de su ubicación o nivel socioeconómico, tengan acceso a servicios de salud de calidad. En 2023, se imple-

mentaron estrategias para ampliar la cobertura universal en la Atención Primaria de Salud (APS) en varias comunas del país.

La reforma también ha buscado mejorar las condiciones de vida que impactan en la salud, modernizar el sistema público de salud y fortalecer la seguridad social en salud. Sin embargo, el proceso ha enfrentado desafíos significativos, incluyendo la necesidad de superar la polarización política y lograr un consenso nacional en torno a las propuestas de cambio.

A pesar de estos desafíos, se han logrado avances importantes en la implementación de políticas y programas que buscan mejorar la equidad y la calidad de la atención en salud en Chile.

En 2023, el sistema de salud en Chile continuó enfrentando el desafío de lograr un consenso sobre la visión del sistema de salud necesario para el país, así como de impulsar las transformaciones necesarias para construir esa visión de manera progresiva y sostenible. Una propuesta de reforma al sistema de salud, impulsada por el Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile en 2023, tiene como objetivo avanzar hacia una agenda de transformaciones integrales e institucionales, otorgando acceso universal oportuno y de calidad a la salud, según las necesidades, condiciones y vulnerabilidades de las personas.

La propuesta de reforma del sistema de salud comprende cuatro ejes principales:

- Garantizar la cobertura universal de la Atención Primaria de Salud (APS), considerada como el centro de la reforma.
- Generar condiciones de vida saludable con equidad mediante el trabajo intersectorial, incluyendo la participación ciudadana y de la sociedad civil.
- Dignificar y modernizar el sistema público de salud, a través del fortalecimiento de la red asistencial, la reducción de los tiempos de espera y la mejora de la calidad y dignidad de los cuidados.
- Construir un nuevo sistema de seguridad social en salud para reducir los gastos de bolsillo en salud y fortalecer la función del financiamiento en términos de recaudación, administración y asignación de recursos necesarios para el acceso equitativo y de calidad de los servicios de salud.

La primera estrategia implementada a partir de 2023 es la cobertura universal en la Atención Primaria de Salud (APS). Inicialmente, se implementó en siete comunas del país, a las que se sumaron catorce nuevos territorios en 2024. En las primeras siete comunas (Canela, Alhué, Renca, La Cruz, Coltauco, Linares y Perquenco), se implementó telesalud, especialmente para pacientes de zonas remotas que no cuentan con un Centro de Salud Familiar (CESFAM) cercano, y se cubrió la conectividad con Internet satelital para llegar a las postas más alejadas.

Estas reformas buscan garantizar la cobertura universal de la Atención Primaria de Salud (APS), mejorar la equidad, disminuir las desigualdades en salud, garantizar una mayor protección financiera a los hogares y gestionar los recursos de salud de una forma más eficiente. También se pretende repensar el modelo de atención y el rol de la participación de la comunidad.



CAPÍTULO DOS

Revisión de la cooperación técnica anterior. Líneas de cooperación más relevantes durante los bienios 2020-2021 y 2022-2023

La cooperación técnica de la OPS/OMS con Chile se remonta a los orígenes de la OPS. Chile es uno de los once Estados Miembros fundadores de la OPS; su participación en la Primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, celebrada en Washington D.C. del 2 al 5 de diciembre de 1902, influyó para que el distinguido médico salubrista chileno, doctor Eduardo Moore, fuera integrante del

Primer Consejo Directivo de la “Oficina Sanitaria Internacional (la que a la postre se convirtió en la Oficina Sanitaria Panamericana) y para que en 1911 la V Conferencia Sanitaria Panamericana se llevara a cabo en Santiago de Chile.

La presencia de la OPS/OMS en Chile se formalizó a través del Acuerdo Básico sobre Asistencia Técnica entre el Gobierno de la República de Chile, las Naciones Unidas y sus Agencias Especializadas, suscrito en enero de 1957 y publicado en el Diario Oficial de la República de Chile en octubre de 1960 y posteriormente a través del Decreto 29, Convenio con la Organización Panamericana de la Salud para el establecimiento de una oficina de la OPS en Chile, promulgado en febrero del 2020 y publicado en mayo del 2022.

Con el propósito de hacer más efectiva y eficiente la cooperación técnica de la OPS manteniéndola enfocada a las necesidades específicas del país se han elaborado marcos estratégicos de cooperación, incluyendo las Estrategias de Cooperación de País para los periodos 2008-2011 y 2011-2014. Algunas de las líneas estratégicas de cooperación se han mantenido con

el tiempo. El resumen de la ECP de noviembre del 2022 incluye las siguientes prioridades estratégicas: Rectoría Sectorial; Evidencias para el diseño de políticas; No dejar a nadie atrás; y Cooperación bilateral y multilaterales.

Las respectivas ECPs se han operacionalizado a través de los correspondientes Programas de Trabajo Bienales (PTBs) en acuerdo con las normativas de la OPS. Para los fines de la preparación de la actual ECP en esta sección se describen las características, los logros y las lecciones aprendidas más sobresalientes de los últimos dos bienios.

La programación de los últimos dos bienios se ha dirigido a temas relacionados con el sistema y los servicios de salud del país; la prevención, el control y la atención de enfermedades transmisibles y las enfermedades no transmisibles y sus riesgos; el abordaje de determinantes sociales y la respuesta a emergencias sanitarias. En cada uno de los PTBs se han programado 18 y 42 productos y servicios, respectivamente, contribuyendo en promedio a 14 de los 26 Resultados Intermedios (RITs) del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 de naturaleza técnica. De las seis funciones básicas de la OPS/OMS, las tres más frecuentemente utilizadas han sido las relacionadas con el establecimiento de normas y pautas, presentar opciones de políticas éticas

y basadas en evidencia y el establecer la cooperación técnica, catalizar el cambio y crear capacidad institucional sostenible. El presupuesto asignado a la Oficina de País ha sido en promedio de tres millones de dólares, dedicándose alrededor del 75% para el pago de personal y el resto al financiamiento de actividades de cooperación técnica. La oficina de país ha contado además con el apoyo del nivel subregión y regional de la OPS.

Logros sobresalientes

Apoyo al fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. Se proporcionó asesoría técnica y se realizó abogacía promoviendo el diálogo con distintos actores clave para resaltar la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención, incluyendo un intercambio de experiencias entre Perú y Chile, todo en relación con la respuesta del primer nivel de atención a la pandemia.

Asimismo, se contribuyó al proyecto “Teletriage en APS” mediante el cual se estableció un modelo de priorización y selección de pacientes en el sistema de Atención Primaria en Chile (el primer nivel a cargo de las municipalidades), con utilización de telemedicina, en el contexto de emergencia por la COVID-19 en 10 centros de primer nivel de atención. Este modelo, sus

metodologías y herramientas ha sido afinado de modo que pueda expandirse en el resto del país y eventualmente en otros países.

Apoyo en la implementación de la política de Revitalizar la inmunización como un bien público para la salud universal: Anualmente se actualiza un plan de cooperación técnica desarrollado entre la Oficina OPS/OMS en Chile y la contraparte técnica basado en la política. Adicional a lo anterior, el 2023 se realizó un proceso de consulta a los países y territorios, dando origen el 2024 al Plan de Acción sobre Inmunización para la Región de las Américas 2030 (RIAP-2030) que guiará a los Programas de Inmunización en el cumplimiento de las metas. El RIAP-2030 prioriza seis líneas estratégicas de acción (LEdA). Actualmente el plan de cooperación de inmunizaciones cuenta con a lo menos 12 actividades de cooperación que se encuentran en actualización y que se basan en la política y los 13 componente del PAI.

Por otro lado, desde el 2020 a la fecha la oficina país no solo ha brindado apoyo desde la gestión y la asesoría a la contraparte técnica, sino que ha materializado el apoyo en actividades tales como:

➤ **Adquisición de equipamiento:** de cadena de frío (refrigeradores clínicos) para las

regiones del país, notebooks para las labores de registro de inmunizaciones y para el apoyo del análisis estadístico.

➤ **Evaluación e Investigación:** Estudio de impacto y modelamiento de escenarios futuros que informen la toma de decisión (COVID 19), estudio multicéntrico de efectividad de las vacunas contra el COVID-19, REVELAC (red para la generación de evidencia sobre las vacunas de influenza)

➤ **Documentación de experiencias y elaboración de material:** Documentación del desarrollo del registro nacional de inmunizaciones del Ministerio de Salud de Chile, sistematización de la experiencia acumulada del departamento de inmunizaciones en la vigilancia de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVI) en Chile; diseño, conducción, análisis de datos y presentación de resultado de una encuesta sobre necesidades de capacitación en los vacunatorios, servicios de salud y secretarías regionales ministeriales (SEREMI) del país, manual de bolsillo y flujograma para profesionales de la salud para la notificación de ESAVI.

➤ **Sistemas de Información:** Construcción de una Herramienta para la estandarización y automatización de los procedimientos de gestión de datos para la vigilancia de ESAVI. Se realizaron a lo menos tres misiones

en las cuales se realizó un entrenamiento para su uso y mantención, además de talleres de análisis para la toma de decisiones y talleres de análisis de causalidad, entre otros. Chile se destaca por ser el primer país en la región en implementar un sistema automatizado basado en el estándar HL7 FHIR* para el envío de casos de Eventos Supuestamente Atribuibles a Vacunación e Inmunización (ESAVI) desde el Instituto de Salud Pública (ISP) hacia la base de datos regional de la OPS.

- **Comunicación de riesgo en seguridad de vacunas:** Se apoyó al Instituto de Salud Pública en diagnóstico de situación, entrenamiento de habilidades comunicacionales, apoyo en la elaboración de un plan de CRSV y preparación ante una potencial crisis comunicacional.

Avances en las políticas públicas y de salud para el adulto mayor. Se proporciono asesoría técnica a la iniciativa de Atención Integral para la Persona Mayor (ICOPE) con participación de MINSAL, SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor), tema en el que Chile ha jugado un papel protagónico a nivel mundial.

Apoyo al control del VIH. Se proporciono asesoría técnica para dimensionar el tamaño de poblaciones clave para el control de la epidemia de

VIH avanzamos en el dimensionamiento y actualización de información respecto a poblaciones clave en contexto de pandemia por COVID-19, en particular se consideró al grupo de transfe-meninas logrando la mayor muestra para esa población realizada hasta el momento en el país.

En esta misma línea preventiva de VIH y otras ITS, es necesario destacar que la cooperación interagencial ONUSIDA, OIT y OPS con el apoyo de gendarmería de Chile, ministerio de salud y ministerio de justicia, ha hecho posible el inicio y consolidación del trabajo ejecutado por el Sindicato de mujeres trans, “Amanda Jofré”, en población LGTBIQA+ privada de libertad. A partir de la educación en medidas sanitarias, el diálogo con la población penal y con las autoridades nacionales, sensibilizan sobre el derecho a la salud, la importancia de adherencia a tratamiento antirretroviral, el testeo, el uso de preservativos y el autocuidado, lo anterior basado en las guías y recomendaciones de OPS/OMS. Por otra parte, se han abordado determinantes sociales intermedios de la salud, como lo es el trabajo, mediante la capacitación en oficios distintos al trabajo sexual, para otorgar una alternativa en su reinserción laboral futura. Asimismo, se busca incidir en una mejor calidad de vida y se valida el rol de las organizaciones sociales en el trabajo preventivo y en la disminución del estigma y la discriminación.

Apoyo al control del riesgo cardiovascular. Se proporciono asesoría técnica para la Evaluación del impacto de la iniciativa HEARTS en Chile. Incluyó la evaluación del efecto en (1) aumento en la dispensación de medicamentos relacionados a la intervención en consultorios que implementan el piloto, y (2) reducción en hospitalizaciones en pacientes que se atienden en consultorios intervenidos y que son elegibles para participar en el programa.

Además, se apoyó al Proyecto Aplicación móvil “Mi tratamiento PSCV Programa Salud Cardiovascular”, el cual apoya el tratamiento y monitoreo de personas con condiciones de riesgo cardiovascular y fomenta la pesquisa en potenciales pacientes por medio de una aplicación móvil. En este mismo sentido, se implementó la Ley de alimentación saludable que es modelo para otros países.

Apoyo al control de enfermedades transmitidas por vectores. Ante la amenaza del resurgimiento de *Aedes Aegypti* y *Anopheles* en las regiones de Arica y Parinacota y Tarapacá, se trabajó en forma conjunta con los equipos locales, y el nivel central de Chile en la generación de un Plan de Comunicación de Riesgos, entregando medidas de vigilancia y reducción de riesgos en las viviendas, aumento de capacidades en el laboratorio de entomología

local y apoyo técnico a las capacitaciones del Instituto de Salud Pública y MINSAL para el diagnóstico oportuno de las enfermedades asociadas.

Mejora del acceso a la atención de salud de la población migrante haitiana. Se desarrolló la capacitación virtual “Salud intercultural para migrantes haitianos en Chile” en el Campus Virtual de Salud Pública de la OPS, la cual considera aspectos culturales y epidemiológicos para mejorar el acceso a la salud de las personas migrantes haitianas en el país, y está dirigido a todos los profesionales de la salud que atienden población migrante en Chile, principalmente en la atención primaria de salud.

Resistencia Antimicrobiana. Se apoyó a los proyectos RAM UE y CDC en el fortalecimiento institucional y acompañamos el funcionamiento de la Mesa Nacional RAM, liderada por el Ministerio de Salud y conformada por los Ministerios de Economía, Agricultura y Ambiente; y con el nivel central del Ministerio de Salud e Instituto de Salud Pública, concretando la implementación de las 4 líneas de acción priorizadas para proyecto RAM UE 2021. Por otro lado, Chile se ha incorporado al piloto de fortalecimiento de la vigilancia de resistencia antimicrobiana en establecimientos de salud, financiado por CDC, junto a Argentina, y se

encuentra en proceso de implementación de capacidades a nivel nacional.

Salud mental. Las acciones de cooperación en salud mental se han enfocado en apoyar los esfuerzos del país para ampliar el acceso equitativo a servicios de salud mental integrales y de calidad que aborden la prevención, la vigilancia, la detección temprana, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos de los trastornos de salud mental. De esta manera, la cooperación técnica actual se brinda a las siguientes prioridades del país:

Cooperación Técnica a la *Estrategia de Mejoramiento y Rediseño de la atención de salud mental en la Atención Primaria de Salud* para fortalecer los procesos de evaluación y monitoreo de implementación, reducción de brechas mediante el Plan de Acción Mundial para la superación de brechas en salud mental (mhGAP), y formación de competencias mediante el acceso a los recursos del Campus Virtual de OPS.

➤ Cooperación técnica a la *Estrategia de Derechos Humanos y Salud Mental* (MINSAL, 2022), incluyendo acciones de mediano plazo asociadas al Plan de Desinstitucionalización de personas viviendo en hospitales psiquiátricos y clínicas en convenio con el Ministerio de Salud, en el desarrollo técnico

co y adaptación de instrumentos para caracterización y evaluación de necesidades, y evaluación de calidad de servicios con perspectiva de derechos, en base a la formación en la herramienta Quality Rights. Se proyecta también la cooperación en las acciones asociadas a la Ley de Salud Mental Integral.

➤ Cooperación técnica en la implementación de la Ley 21545, que establece la promoción de la inclusión, la atención integral, y la protección de los derechos de las personas con trastorno del espectro autista en el ámbito social, de salud y educación, mediante la implementación del programa Caregiver Skills Training (CST) (Capacitación en habilidades para cuidadores), enfocado en formar habilidades cotidianas de cuidado en padres y cuidadores para el apoyo de niños con problemas del desarrollo, discapacidad, y con trastornos del espectro autista, para el alcance de su desarrollo pleno.

Control del Cáncer Cérvico Uterino. Se apoyo a la elaboración del manual de implementación de test molecular de Virus de Papiloma Humano y a la campaña comunicacional del Programa de Cáncer Cervicouterino, cuyo propósito fue sensibilizar a mujeres de riesgo a tomarse el PAP y el test de VPH en tiempos de Pandemia de COVID-19 en Chile y en la revisión recomendacio-

nes internacionales trabajo comunitario, intra e intersectorial, para la prevención de cáncer cervicouterino adaptadas al contexto nacional según características sociodemográficas, con enfoque de derechos, de género e interculturalidad chilena y basadas en modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.

Apoyo a la respuesta a desastres y emergencias sanitarias. Se contribuyó a la mejora de la respuesta a desastres y emergencias sanitarias apoyando al Departamento de Gestión del Riesgo de Emergencias y Desastres, los equipos de epidemiología y Reglamento Sanitario Internacional poniendo a disposición la cooperación técnica y financiera en diversas áreas de prioridad, en todo el ciclo del riesgo, destacándose la implementación de la iniciativa de Hospitales Seguros ante Desastres, lo que ha evolucionado con las estrategias de “SMART Hospitals”; la implementación de la estrategia de Equipos Médicos de Emergencia (EMT por su sigla en inglés), llegando a más de 500 profesionales capacitados en la estrategia, quienes incluso ya han sido movilizados a diversas emergencias a nivel nacional; implementación de las capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional. Además, se contribuyó al desarrollo de capacidades de vigilancia de enfermedades emergentes y reemergencias, red de hospitales, centros de atención primaria y

laboratorios centinela de IRAG y ETI. Durante la emergencia por COVID-19, la OPS/OMS apoyó al país en la implementación de los diez ejes del plan de acción a la respuesta de la emergencia por COVID-19.

Lecciones aprendidas

El desarrollo sanitario de Chile demanda una cooperación técnica diferenciada de la OPS/OMS. Simultáneamente a los avances de salud en el país y la riqueza de sus instituciones, el contexto cambiante, las presiones al sistema de salud de los cambios demográficos, sociales y económicos del país, generan nuevos desafíos para cuya respuesta las capacidades de la OPS/OMS y sus Estados Miembros pueden contribuir. La emergencia sanitaria por COVID-19 dejó de manifiesto que por muy bien preparado que este un sistema nacional de salud se requiere de la cooperación internacional para dar una respuesta efectiva y oportuna a este tipo de desafíos.

La cooperación entre la OPS/OMS y Chile debe darse con la participación de los tres niveles de la OPS y de la OMS. Los recursos asignados a la Oficina de País de Chile son limitados. Por tanto, la coordinación entre los niveles regional, subregional y de país de la OPS es necesaria para

una mejor cooperación técnica en el país, lo que se hizo más evidente durante la respuesta a la emergencia sanitaria por COVID-19. Ante la imposibilidad de viajar y de cubrir con el equipo de la Oficina de País, la alta demanda de cooperación técnica durante la pandemia por COVID-19, obligó a un uso más intenso de la tecnología de comunicación. Con esto se mejoró la efectividad de la cooperación técnica teniendo en el día a día la presencia virtual de los directores de departamentos regionales, de la directora e inclusive colegas de la sede de la OMS.

La coordinación de la OPS/OMS con otras agencias, programas y fondos del Sistema de Naciones Unidas, otros socios y las instituciones nacionales potencializa la cooperación técnica de la Organización. La identificación de los ámbitos de actuación en los que la OPS/OMS da un valor agregado a las capacidades

institucionales del país y en donde tiene una ventaja comparativa sobre otros interesados en el tema de salud permite ser más efectiva y eficiente la cooperación de la OPS/OMS. La necesidad de incidir en sectores más allá del sanitario quedó demostrada durante la respuesta a la Pandemia por COVID-19.

Chile requiere de mayor presencia en el país.

A pesar de las acciones tomadas para hacer más eficiente la gestión de la cooperación técnica en el país, incluyendo la transferencia de funciones administrativas a la Oficina de País de Brasil, la reasignación de funciones generó mayor estrés en el equipo de trabajo. Las reconocidas capacidades del país y su interés por temas de interés regional y subregional representan una oportunidad para ubicar recursos humanos regionales descentralizados en la Oficina de OPS/OMS en Chile.

CAPÍTULO TRES

Análisis del entorno de asociaciones

La OPS/OMS interactúa con múltiples socios en la implementación de su cooperación técnica en Chile. De acuerdo con el análisis de relacionamiento estratégico realizado con motivo de la preparación de esta ECP más de 80 socios relevantes para la cooperación de la OPS/OMS fueron identificados (figura 7). El análisis refleja que la OPS/OMS en Chile se relaciona predominantemente con entidades gubernamentales, seguida de instituciones académicas y organizaciones de la sociedad civil.

Las agencias, programas y fondos del Sistema de Naciones Unidas son otro grupo importante de socios de la Oficina de OPS/OMS en Chile. Esto se explica en parte por la fuerte presencia de Naciones Unidas en el país (19 instancias), incluyendo la sede de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

La OPS/OMS en Chile también hace alianzas con asociaciones científicas en el país, con los siete Centros Colaboradores de la OPS/OMS activos con sede en Chile y con los cuerpos legislativos del país. De acuerdo con el análisis, actualmente se da poco trabajo colaborativo con instancias municipales, organizaciones internacionales y con embajadas de otros países en Chile y no se interactúa con el sector privado, partidos políticos ni con organizaciones de base religiosa.

Figura 7.
Resultados del mapeo de relacionamiento estratégico según tipo de socios



Fuente de datos: Elaboración propia en base a datos del mapeo.



CAPÍTULO CUATRO

Prioridades estratégicas para la cooperación técnica

En adherencia a las Guías de la OMS para la preparación de ECPs 2020 y con la finalidad de asegurar el enfoque de país, el proceso de identificación de prioridades estratégicas y respectivas áreas de enfoque de la ECP Chile se llevó a cabo en forma sistemática, partiendo del análisis de situación, el contexto y la organización del sistema de salud del país, complementado con el análisis de los marcos de planificación estratégica nacionales, incluyendo la Estrategia Nacional de Salud 2022, la Estrategia de Implementación de la Agenda 2030, el Plan de Gobierno. Posteriormente se revisaron los marcos de planificación estratégica de la OPS y OMS, incluyendo la Agenda

de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, el Plan Estratégico de la OPS 2020-2025, el 13o. Programa General de Trabajo de la OMS los cuales a su vez quedan enmarcados en la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030 y sus respectivos Objetivos de Desarrollo Sostenible. Con el fin de identificar las áreas de cooperación en los que la OPS/OMS podría brindar valor agregado o tenga una ventaja comparativa, el análisis incluyó una revisión de la cooperación previa de la Organización, un ejercicio para la identificación de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, y un mapeo de relacionamiento estratégico con socios clave.

Como resultado de este complejo análisis se identificó en una primera aproximación un conjunto de temas, sin un orden jerárquico, el cual se sometió a revisión y posterior validación tanto por socios de la cooperación como por las instituciones del país a través de una consulta amplia y altamente participativa. Las prioridades estratégicas y sus respectivas áreas de enfoque se presentan a continuación.

Prioridad estratégica	Áreas de enfoque
Promover la vida saludable abordando determinantes sociales y ambientales y el cierre de brechas en materia de equidad con enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad	<p>1.1 Desarrollo de políticas públicas y programas basados en evidencia, incluyendo la producida localmente.</p> <p>1.2 Entornos saludables de trabajo, estudio, vivienda, y convivencia impulsando la comunicación y la participación para la adopción de comportamientos saludables con pertinencia cultural.</p> <p>1.3 Priorización de poblaciones vulnerables incluyendo mujeres, niños, niñas y adolescentes, adultos mayores, integrantes de los colectivos LGTBIQ+, personas con discapacidad, migrantes, personas privadas de libertad, pueblos originarios y campesinos y personas en situación de pobreza</p>
Garantizar el derecho a la salud, la cobertura y el acceso universal y equitativo a servicios de salud de calidad, sin dejar a nadie atrás transformando el sistema de salud con base en la APS	<p>2.1 Universalización de la Atención Primaria, incluyendo el diálogo de políticas, la participación social y el fortalecimiento de las capacidades de los niveles locales.</p> <p>2.2 Modernización de las redes integradas de servicios de salud, incluyendo su transformación digital para mejorar la calidad y eficiencia, agilizando el acceso equitativo y mejorando la dignidad de la atención.</p> <p>2.3 Abogacía para el incremento de la protección social en salud, mediante el financiamiento solidario y equitativo y el uso racional de los recursos.</p> <p>2.4 Competencias del personal de salud para la transformación del sistema y opciones de políticas para mejorar la disponibilidad y distribución de los recursos humanos con enfoque territorial, en especial en zonas alejadas.</p> <p>2.5 Capacidades de análisis, evaluación y generación de evidencias para el desarrollo de políticas públicas y la gestión de programas y servicios de salud, con base a sistemas de información comprensivos y eficientes.</p>
Mejorar la salud mental, cerrar brechas y atender oportunamente las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo	<p>3.1 Cierre de brechas de salud mental incluyendo desinstitutionalización, rediseño de las redes en atención primaria, fortalecimiento de los recursos humanos y sistemas de información.</p> <p>3.2 Nuevas tecnologías para el registro, diagnóstico y tratamiento de las formas de cáncer más prevalentes en el país.</p> <p>3.3 Prevención y manejo efectivo de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, sus factores de riesgo y sus secuelas.</p>

Prioridad estratégica	Áreas de enfoque
<p>Prevenir, controlar y eliminar enfermedades transmisibles con enfoque de territorialidad y poblaciones específicas y contención de la resistencia antimicrobiana</p>	<p>4.1 Eliminación de enfermedades acelerando y escalando la acción interprogramática, la integración en de servicios, y la aplicación de nuevas tecnologías en el territorio con la participación activa de las comunidades. AE</p> <p>4.2 Uso racional de antimicrobianos, educación comunitaria, vigilancia y registro de la resistencia y las infecciones asociadas a la atención en salud, y cumplimiento de la legislación para contener la RAM.</p>
<p>Vigilar y gestionar riesgos de emergencias sanitarias y desastres con pertinencia cultural y local</p>	<p>5.1 Optimización de los sistemas de vigilancia, el sistema de emergencias prehospitalarias y las capacidades básicas del RSI.</p> <p>5.2 Preparación y respuesta con énfasis en la movilización oportuna de recursos durante la respuesta los niveles locales y la resiliencia de los servicios de salud.</p> <p>5.3 Desarrollo e implementación de estrategias de comunicación de riesgo y promoción de la salud mental con participación comunitaria y pertinencia cultural, en situaciones de emergencia.</p>
<p>Contribución a las planificación e implementación de las agendas de salud nacional, subregional, regional y global y a la agenda 2030 de desarrollo sostenible</p>	<p>6.1 Liderazgo sectorial experto a la gobernanza y a la integración regional y global en articulación con el Ministerio de Relaciones Exteriores y con otros sectores en cuerpos de gobierno de OPS, OMS y otras instancias internacionales incluyendo la continuidad del liderazgo en la elaboración del instrumento pandémico y la revisión del RSI (2005).</p> <p>6.2 Intercambio de buenas prácticas, lecciones aprendidas, transferencia de innovaciones basadas en evidencia y revisita inter-país de iniciativas que toman relevancia como la atención de enfermedades raras, trastornos del neurodesarrollo y la neurodiversidad.</p> <p>6.3 Activación y alineamiento de la movilización de recursos para la cooperación en salud en Chile incluyendo el Marco de Cooperación de las Naciones Unidas para el AE</p> <p>6.4 Desarrollo Sostenible en Chile 2023-2026, la cooperación bilateral, la coordinación del trabajo con los cooperantes en el país y el Plan Estratégico de la OPS.</p>

CAPÍTULO CINCO

Implicaciones para la implementación de la ECP Chile 2024-2028

Modalidades de cooperación técnica

Para la implementación de la ECP Chile 2024-2028, la OPS/OMS habrá de tener en consideración el nivel de desarrollo sanitario del país, las fortalezas de sus instituciones, la capacidad e interés del país en compartir sus experiencias y lecciones aprendidas y la presencia en el país de otras agencias, fondos y programas del Sistema de Naciones Unidas, así como la de otros cooperantes interesados en salud. Por tanto, además de proveer de cooperación, técnica directa, procurando el trabajo Inter programático, para el desarrollo sanitario sostenible y ejercitar su liderazgo en temas específicos; fortalecerá y creará alianzas con otras institucio-

nes, promoviendo la formalización de sus relaciones a través de convenios de cooperación; fomentará la cooperación sur-sur y triangular utilizando los instrumentos de cooperación entre países para el desarrollo sanitario (CCHD, por sus siglas en inglés); promoverá el fortalecimiento y eventual creación de nuevos Centros Colaboradores de la OPS/OMS y Centros especializados en temas en los que el país destaque, así como la asignación de profesionales nacionales; en plena coordinación con el nivel nacional dará cooperación técnica descentralizada a regiones y territorios del país que hayan sido seleccionados por su vulnerabilidad y necesidades de cooperación; y promoverá el uso de mecanismos solidarios para la adquisición de medicamentos, vacunas y otros insumos médicos como el Fondo Estratégico y el Fondo Rotatorio de Vacunas de la OPS.

Implicaciones para los diferentes niveles de la OPS/OMS

Algunos de los aspectos que se prevé tendrán que ser ajustados por parte de la organización incluyen los siguientes:

La Oficina de País de la OPS/OMS en Chile habrá que ser reforzada con recursos técnicos adicionales. Además de las oportunidades que el análisis de presencia de país y el respectivo re-perfilamiento de la Oficina de País puedan generar para esta oficina, otras modalidades de asignación de personal como la descentralización de asesores regionales con la posibilidad de crear un centro o “hub” multipaís y la asignación (en comodato) de expertos de instituciones nacionales e internacionales. Adicionalmente, los niveles subregional, regional y global habrán de renovar su compromiso para respaldar las capacidades de la Oficina de País a través de misiones Inter programáticas, movilización de recursos financieros e institucionales para cubrir las brechas. En particular, los otros niveles de la Organización habrán de

favorecer la identificación de oportunidades para el intercambio de experiencias entre Chile y otros Estados Miembros de la OPS y OMS.

Para el análisis de re-perfilamiento de la Oficina de País, dadas las prioridades estratégicas y las modalidades de cooperación identificadas, las competencias para fortalecer y crear alianzas y movilizar recursos habrán de ser tomadas en cuenta. En este sentido, además de las competencias técnicas de la oficina de País, las funciones habilitadoras (tanto administrativas como estratégicas), deberán de incluirse en el análisis. Esto será de especial relevancia para la implementación de la prioridad estratégica relacionada con la contribución de Chile a las agendas de salud subregional, regional y global.

CAPÍTULO SEIS

Monitoreo y evaluación

El seguimiento y evaluación de la implementación de la ECP Chile 2024-2028 se hará de acuerdo con los procesos corporativos de la OPS/OMS. El progreso se medirá usando los indicadores de los Resultados Intermedios (RITs) a los que contribuyan las respectivas áreas de enfoque de la ECP. Siendo que el periodo de la ECP comprenderá tres presupuestos por programa (bienio 2024-2025; bienio 2026-2027 y primer año del bienio 2028-2029), las revisiones del cuarto semestre de cada uno de los bienios servirán de insumo para apreciar el avance en la implementación de esta. Adicionalmente, se contempla realizar una evaluación intermedia en el transcurso del tercer año de la ECP. Esta evaluación intermedia permitirá ajustar la ECP, si fuera necesario, a los cambios que pudieran surgir tanto en el contexto del país como hacia dentro de la Organización en acuerdo a los contenidos del nuevo plan

estratégico de la OPS. Al término de la ECP se realizará la evaluación final, cuyos resultados servirán como insumo para la preparación de un nuevo ciclo de ECP. La evaluación de medio término tiene como finalidad determinar los progresos realizados en los ámbitos de actuación de la ECP y el identificar los obstáculos y posibles riesgos para su implementación. Los resultados de la evaluación de medio término orientan para decidir si se requiere hacer ajustes a la ECP. La evaluación final es más exhaustiva, se centra en la identificación de factores que facilitaron o impidieron la implementación de la ECP y en identificar la contribución de la ECP al desarrollo sanitario del país, identificando medidas que puedan aplicarse en el subsiguiente ciclo de ECP

Tanto la evaluación intermedia como la evaluación final se harán utilizando las guías con las que cuenta la OPS/OMS con estos fines. Ambos procesos se adherirán a la política de evaluación de la OPS y a los principios básicos de la ECP.

- Mantener el enfoque de país, es decir, tener el liderazgo en el Representante del

país y su equipo; basar la evaluación en documentos del país, y que la evaluación responda a las necesidades del país.

- Hacer un proceso simple y práctico, anclado en la cooperación técnica y enfocado en la rendición de cuentas.
- Mantener el principio participativo, no es una sola persona que realiza la evaluación, sino que involucra a todo el equipo de la oficina, tanto para los componentes interno y externo de la evaluación. La participación implica también incorporar a las autoridades nacionales y otros socios que hayan participado en la elaboración e implementación de la ECP. La participación de toda la oficina requiere además el liderazgo y coordinación de un equipo para facilitar los componentes (interno y externo) de la evaluación y documentar los procesos adelantados.
- Usar al máximo los instrumentos corporativos disponibles evitando agregar cargas de trabajo y desarrollo de mecanismos paralelos para monitoreo y evaluación de la cooperación técnica



BIBLIOGRAFÍA

1. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 - Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región, OPS/OMS. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49169/CSP296-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Estrategia de Cooperación de País OPS/OMS 2011-2015 – Bolivia. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/165610?locale-attribute=es>
3. Estrategia de Cooperación de País OPS/OMS 2022-2027 – Brasil. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56315>
4. Estudio de Cuentas en Salud 2018-2019, Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia.
5. Evaluación de medio término y actualización de la Estrategia de Cooperación en el País República Dominicana 2013-2017, OPS/OMS. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33896>
6. Guía 2020 Estrategia de Cooperación País OMS - Implementando el Decimotercer General Programa de trabajo para impulsar el impacto en todos los países.
7. Informe de seguimiento y evaluación del desempeño (PMA) 2018-2019, OPS/OMS.
8. Informe de seguimiento y evaluación del desempeño (PMA) 2020-2021, OPS/OMS.
9. Marco de Preparación para una Gripe Pandémica. Segundo plan de aplicación de alto nivel de la contribución de partenariado para la preparación 2018-2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54842>
10. Norma de Procedimientos de salud ocupacional. 2020. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1jJK3LkSNvqpsCAfOXmEvQZpra_olGK4F/view
11. Orientaciones de la OPS para el uso de la guía de la OMS del 2020 sobre las ECP.
12. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025 - Equidad, el corazón de la salud, WDC, 2020. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52717/9789275373613_spa.pdf?sequence=5
13. Presupuesto por Programas OPS 2022-2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd59od363-presupuesto-por-programas-organizacion-panamericana-salud-2022-2023>

14. Salud en las Américas 2022, WDC, PAHO/WHO. Panorama de la Región de las Américas en el contexto de la Pandemia de Covid 19. Disponible en:
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/56471>
15. 13° Programa general de trabajo 2019-2023. Disponible en:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328843/WHO-PRP-18.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=La%20OMS%20establecer%C3%A1%20prioridades,y%20promover%20poblaciones%20m%C3%A1s%20sanas>
16. Informe de Tuberculosis 2021. Disponible en:
<https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/12/INFORME-TUBERCULOSIS-2021.pdf>
17. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018.
18. Lineamientos técnicos operativos para la implementación de la estrategia de autotesteo VIH. Disponible en:
<https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/05/DECRETO-EXENTO-N%C2%B0-25-SSP-2023-LINAMIENTOS-.pdf>
19. Estrategia Nacional de Salud 2022. Disponible en:
<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf>
20. INFORME EPIDEMIOLÓGICO HIDATIDOSIS 2017-2021. Disponible en:
http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/10/Hidatidosis-31-07-2022_Final.pdf
21. Informe Epidemiológico Anual Enfermedad de Chagas. Disponible en:
http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Enfermedad_de_Chagas_2021_Epi.pdf
22. Epidemiológico Anual Hepatitis B 2021. Disponible en:
<http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/09/Informe-Anual-Hepatitis-B-Chile-2021.pdf>
23. Informe Epidemiológico Anual Hepatitis C 2021. Disponible en:
<http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/09/Informe-Anual-Hepatitis-C-Chile-2021.pdf>
24. Informe de Meningitis 2021. Disponible en:

- <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/11/Informe-Anual-EM-2021-.pdf>
25. Globocan 2020. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/152-chile-fact-sheets.pdf>
 26. Plan Nacional del Cáncer 2022-2027, Ministerio de Salud, Departamento Agencia Nacional del Cáncer. Disponible en: <https://leydelcancer.minsal.cl/documentos/Marco-general-del-Plan-Nacional-de-Cancer-2022-2027.pdf>
 27. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. *Am J Psychiatry*. 2006 Aug;163(8):1362-70. doi:
 28. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. *Am J Psychiatry*. 2006 Aug;163(8):1362-70. doi: 10.1176/ajp.2006.163.8.1362. PMID: 16877648.
 29. Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R. Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Rev Med Chil*. 2012 Apr;140(4):447-57.
 30. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
 31. Alvarado, Ruben, Ramirez, Jorge, Lanio, Italo, Cortés, Margarita, Aguirre, Antonia, Bedregal, Paula, Allel, Kasim, Tapia-Muñoz, Thamara, Burróna, María Soledad, Cuadra-Malinarich, Gonzalo, Goycolea, Rodrigo, Mascayano, Franco, Sapag, Jorge, Schilling, Sara, Soto, Gonzalo, Traub, Carolina, Villaroel, Sebastián & Alarcón, Sebastián. El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores en Chile: datos iniciales de The Health Care Workers Study. *Revista Médica de Chile*. 2021;149:1205-1214. Disponible en: https://www.ucentral.cl/ucentral/site/docs/20211105/20211105140529/revista_medica_de_chile.pdf
 32. Urzúa, Alfonso, Samaniego, Antonio, Caqueo-Urizar, Alejandra, Zapata Pizarro, Antonio, & Irarrázaval Domínguez, Matías. Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. *Revista médica de Chile*, 2020;148(8):1121-1127. doi: 10.4067/S0034-98872020000801121. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000801121>
 33. Observatorio Chileno de Drogas. 14º Estudio Nacional Drogas en Población Escolar.

- 34.** Pontificia Universidad Católica de Chile. Termómetro de la Salud Mental en Chile ACHS-UC. PUC: Santiago (2021). Disponible en:
https://www.achs.cl/portal/centro-de-noticias/Documents/Termometro_SM_version3.pdf
- 35.** Seminario Desafíos para Avanzar hacia la Salud Universal en Chile: El Rol de la APS y la Sostenibilidad Financiera. Disponible en:
<https://www.cepal.org/es/eventos/seminario-desafios-avanzar-la-salud-universal-chile-rol-la-aps-la-sostenibilidad-financiera>
- 36.** Reforma de Salud en Chile 2010. Disponible en:
https://www.estudiospnud.cl/wp-content/uploads/2020/04/undp_cl_pobreza_Reforma_salud_2010.pdf
- 37.** Especialistas analizan la reforma de salud más allá de la ley corta. Disponible en:
<https://saludpublica.uchile.cl/noticias/216869/especialistas-analizan-la-reforma-de-salud-mas-alla-de-la-ley-corta>
- 38.** Salud y Constitución en Chile 2023. Disponible en:
<https://www.ochisap.cl/wp-content/uploads/2023/12/Salud-Constitucion-Chile-2023.pdf>
- 39.** Contexto de la Reforma de Salud en Chile: Municipios junto al Ministerio de Salud y OPS/OMS trabajan en conjunto. Disponible en:
<https://www.paho.org/es/noticias/24-5-2023-contexto-reforma-salud-chile-municipios-junto-ministerio-salud-opsoms-trabajan>
- 40.** Chile avanza hacia una cobertura de salud primaria universal y resiliente con el apoyo del Banco Mundial. Disponible en:
<https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2023/12/06/chile-moves-towards-universal-and-resilient-primary-health-coverage-with-support-from-the-world-bank>
- 41.** Informe de la OPS sobre la situación de salud en las Américas 2023. Disponible en:
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34509>



OPS