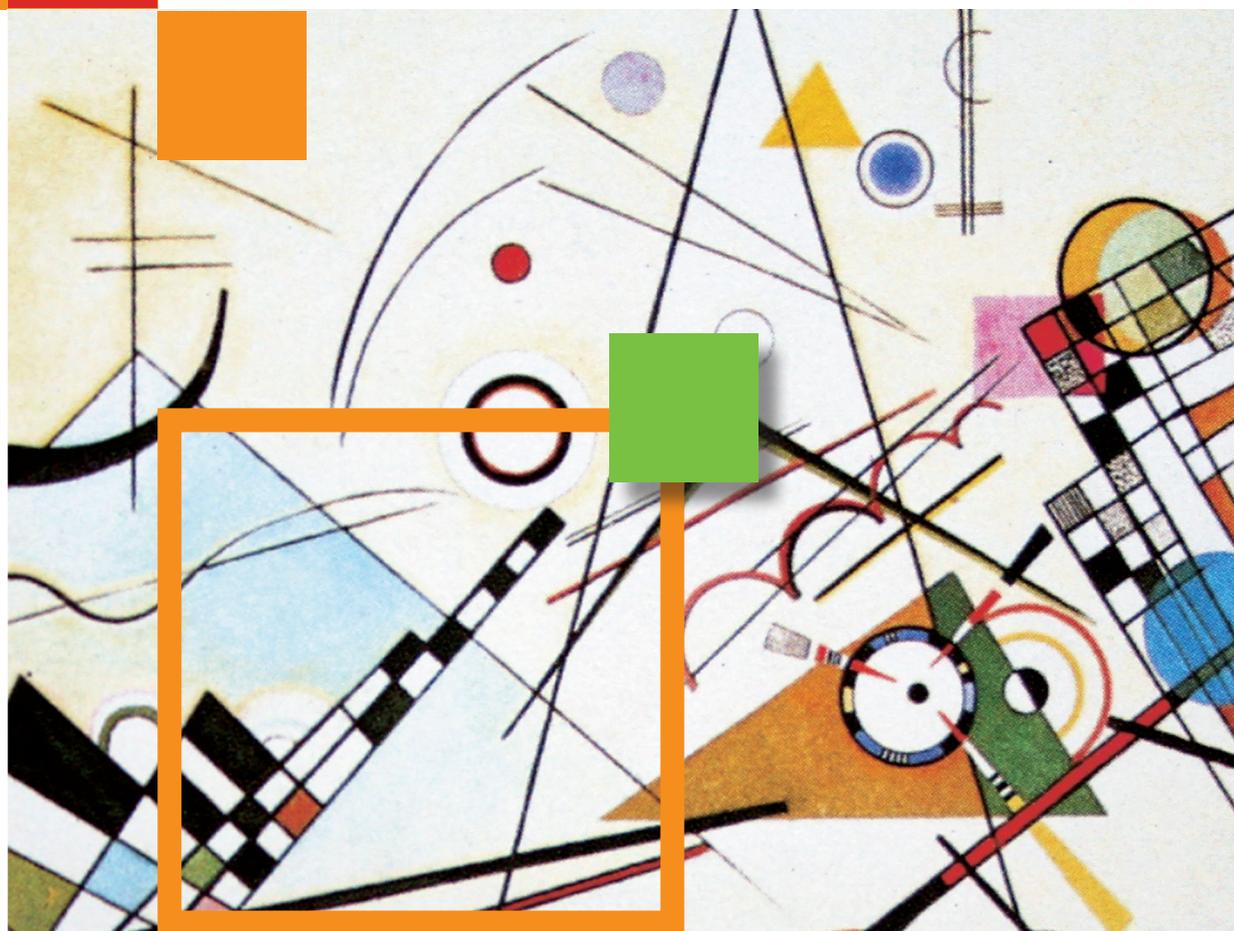




GOBIERNO DE
CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010

Evaluación final del período



Grado de cumplimiento de objetivos de impacto

LOS OBJETIVOS SANITARIOS DE LA DÉCADA 2000-2010

EVALUACIÓN DE FINAL DE PERIODO

OBJETIVOS DE IMPACTO



GOBIERNO DE
CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Elaboraron este documento:

Del Departamento de Epidemiología: Alejandra Burgos Bizama, Andrea Guerrero Ahumada, Ximena Sgombich Mancilla, Patricia Frenz Yonechi y Claudia Gonzalez Wiedmaier; de la SEREMI Atacama: Cristina Aguirre Ocaranza; los consultores: Iris Delgado Becerra, Liliana Jadue Hund y Juan Carlos Perez Pulgar, en el capítulo de Evaluación del OS III: Mortalidad Infantil y esperanza de vida.

Colaboraron aportando documentos para la elaboración de este informe:

Nancy Dawson, Departamento AUGE de la División de Gestión de Redes Asistenciales. Lea Derio, Marta Prieto, Unidad de Cáncer. Johanna Silva Departamento Enfermedades No Transmisibles. Marisol Acuña Unidad de Tabaco. Olaya Fernández, Carolina del Valle Dpto. de Salud Bucal. Santiago Mansilla Depto. de Salud Ocupacional. Irma Rojas Depto. de Salud Mental. Julio Monreal Depto. de Salud del Ambiente. Carlos Pavletic Unidad de Zoonosis y Vectores. Cecilia Morales División de Prevención y Control de Enfermedades. Andrea Olea, Janepsy Díaz, Maritza García, Alejandra Dünner, Viviana Sotomayor, Doris Gallegos, Unidad de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles, Departamento de Epidemiología. Edith Ortiz CONASIDA. Lorena Rodríguez Depto. de Alimentos y Nutrición. Nora Donoso Departamento de Participación. Judith Salinas Depto. de Promoción de la Salud. Danuta Rajs, Dpto. de Estadísticas e Información en Salud. Marisol Rivera Dpto. de Enfermedades Transmisibles. Christian García, Programa Tuberculosis. René Castro Programa de la Mujer. Carlos Becerra Depto. de Ciclo Vital. Miguel Cordero, Sistema Intersectorial de Protección Social Chile Crece Contigo. Viviana Díaz, Departamento de Control de Gestión. Nora Donoso V., María Eliana Díaz S. y Claudia López E. de la Unidad de Participación Social y Trato al Usuario de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Roberto Tegtmeier, Superintendencia de Salud. Isabel Matute, Pedro Zitko Melo, Unidad de Estudios y VENT, Departamento de Epidemiología.

Consultor:

Sr. Julio Salas: Estudio de Mortalidad.

Documento disponible en formato electrónico en: <http://epi.minsal.cl>

Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010 Evaluación de final del período, Grado de cumplimiento de los objetivos de Impacto.

MINISTERIO DE SALUD

Subsecretaría de Salud Pública / División de Planificación Sanitaria / Departamento de Epidemiología

©Ministerio de Salud Mac Iver 541

Derechos reservados I.S.B.N. Nº 978-956-8823-32-0

Impreso en Santiago de Chile

Primera Edición

Índice

| | |
|---|-----------|
| PRÓLOGO | 7 |
| INTRODUCCIÓN | 9 |
| ANTECEDENTES GENERALES DEL PROCESO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS SANITARIOS 2000-2010 | 10 |
| Diseño y formulación de metas | 10 |
| Seguimiento y evaluación a mitad del período | 11 |
| EVALUACIÓN DE FINAL DEL PERÍODO | 13 |
| Material y metodología de la evaluación de los objetivos de impacto | 14 |
| Cuadros resumen: Grado de cumplimiento en metas seleccionadas de Los Objetivos Sanitarios de impacto para la década 2000-2010 | 17 |
| ACTUALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN DEMOGRÁFICA | 21 |
| Estructura de la población por edad y sexo | 22 |
| a. Fecundidad | 23 |
| b. Mortalidad | 25 |
| c. Migración | 27 |
| d. El panorama regional | 28 |
| CAPITULO I: MEJORAR LOS LOGROS SANITARIOS ALCANZADOS | 29 |
| SALUD INFANTIL | 31 |
| a. Mortalidad infantil | 31 |
| b. Anomalías congénitas | 33 |
| c. Infecciones Respiratorias Agudas | 34 |
| d. Promoción del desarrollo integral del niño | 34 |
| e. Enfermedades Crónicas en niños | 36 |
| SALUD DE LA MUJER | 38 |
| a. Mortalidad materna | 38 |
| b. Embarazos no deseados | 39 |
| c. Mortalidad Fetal Tardía | 41 |
| d. Calidad de la atención obstétrica | 42 |

| | |
|---|-----------|
| e. Morbimortalidad asociada al cáncer de cuello uterino | 43 |
| f. Climaterio | 43 |
| ENFERMEDADES INFECCIOSAS | 44 |
| a. Tuberculosis | 44 |
| b. Enfermedades Emergentes | 46 |
| - Malaria | 46 |
| - Chagas | 47 |
| - Dengue y Fiebre Amarilla | 48 |
| - Cólera, Hantavirus y otras Emergentes | 49 |
| - Rabia | 49 |
| - Hidatidosis | 49 |
| c. Enfermedades Inmunoprevenibles | 50 |
| - Poliomieltis | 50 |
| - Difteria | 50 |
| - Tétanos y Tétanos Neonatal | 51 |
| - Sarampión | 51 |
| - Rubéola y SRC | 52 |
| d. Otras inmunoprevenibles | 52 |
| e. Otras Enfermedades Infecciosas | 53 |
| - Enfermedad Meningocócica | 53 |
| f. Enfermedades entéricas | 54 |
| - Fiebre Tifoidea y Paratifoidea | 54 |
| - Hepatitis A | 55 |
| CAPITULO II: | 59 |
| ENFRENTAR LOS DESAFIOS DERIVADOS DEL ENVEJECIMIENTO Y DE LOS CAMBIOS DE LA SOCIEDAD | 59 |
| DETERMINANTES DEL ESTADO DE SALUD | 61 |
| a. TABAQUISMO | 61 |
| b. OBESIDAD | 64 |
| c. SEDENTARISMO | 71 |
| d. CONDUCTA SEXUAL | 72 |
| e. CONDICIONANTES AMBIENTALES | 75 |
| f. DETERMINANTES ASOCIADOS A LAS CONDICIONES DE TRABAJO | 76 |
| g. DETERMINANTES PSICOSOCIALES | 77 |
| I.1. REDUCIR LAS MUERTES Y LA DISCAPACIDAD | 77 |
| a. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES | 77 |
| b. CÁNCER | 80 |
| c. ENFERMEDADES MENTALES | 83 |

| | |
|--|------------|
| d. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS | 85 |
| e. TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS | 86 |
| f. DIABETES MIELLITUS | 88 |
| g. VIH/SIDA | 89 |
| h. ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES | 91 |
| i. CUIDADOS PALIATIVOS | 92 |
| j. SALUD BUCAL | 95 |
| CAPITULO III: DISMINUIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD | 97 |
| a. MORTALIDAD INFANTIL | 99 |
| b. ESPERANZA DE VIDA | 103 |
| c. AÑOS DE VIDA POTENCIAL PERDIDOS | 105 |
| CAPÍTULO IV: | 109 |
| PROVEER SERVICIOS ACORDES A LAS EXPECTATIVAS DE LA POBLACIÓN | 109 |
| FINANCIAMIENTO DEL SECTOR EN CHILE | 111 |
| a. Reducir la proporción del ingreso disponible de los hogares que se destina al gasto de bolsillo o pago directo en salud | 112 |
| b. Aumentar la progresividad en el pago de la salud | 114 |
| ATENCIÓN A LAS EXPECTATIVAS LEGÍTIMAS DE LA POBLACIÓN | 117 |
| a. Participación Social en Salud | 130 |
| b. Derechos ciudadanos | 131 |
| c. Gestión Pública Participativa | 133 |
| d. Consejos Consultivos, de Desarrollo, Comités Locales de Salud | 133 |
| e. Consejos de Participación Social de las Direcciones de Servicios de Salud | 134 |
| f. Consejos Integradores de la Red Asistencial (CIRA) | 134 |
| g. Consultas ciudadanas | 134 |
| 1. Cuentas Públicas Participativas | 134 |
| 2. Presupuestos Participativos | 134 |
| h. Instalación de capacidades para la participación ciudadana | 135 |
| i. Fortalecimiento de la Sociedad Civil | 135 |
| j. No discriminación y Respeto a la Diversidad | 135 |
| CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD | 136 |
| CONCLUSIONES | 141 |
| ANEXOS | 143 |



Prólogo

La misión que le fuera encomendada al sector salud a inicios de esta década que termina, fue poner la salud de la población y sus necesidades de atención, en el centro de su quehacer. Para ello fue necesario realizar un ejercicio que identificara esas necesidades, poniendo la primera piedra para la construcción de las estrategias que el país requería, lo que se tradujo en Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. Este esfuerzo permitió retomar la tradición histórica de la salud pública chilena, de enfrentar la salud desde una visión integral, que permitiera llevarla a la situación ideal, fijando para ello objetivos con gran contenido sanitario, pero también político y social.

De este modo se inicia en el año 2000, una serie de iniciativas de evaluación y análisis técnico-sanitarios, junto a la exploración y validación de instancias de participación ciudadana, que le dieron cuerpo a una importante transformación del sector, en una reforma de salud que da una nueva estructura a la autoridad sanitaria en el país y la organización del sistema de salud en Chile. También incorporó otro pilar fundamental en la forma de mirar la atención de salud, dando espacio a las expectativas de los usuarios, con foco en la calidad de los servicios.

A partir de ello se evidenció la necesidad de contar con información que permitiese formular metas acordes con la realidad de los chilenos, lo que se midió a través de encuestas poblacionales y estudios de gran envergadura, cuya utilidad trascendió la reforma, instalándose un sistema de vigilancia de la salud, que se fortalece año a año.

En respuesta a esta nueva realidad conocida, surgen responsabilidades que derivarían luego en la generación de un sistema de protección de derechos otorgados por ley, a través del sistema de Garantías Explicitas en Salud, entregando acceso equitativo y universal a servicios priorizados según una serie de argumentos políticos, económicos, sociales y sanitarios, con base en el mismo proceso de diagnóstico.

Estos objetivos prevalecieron con mayor o menor éxito durante la década, trascendiendo las distintas administraciones, apoyados por el esfuerzo de mantener actualizados los indicadores que medían el progreso en la consecución de las metas y que se materializaron en ejercicios de transparencia, como la evaluación de mitad de periodo, buscando identificar ámbitos que era necesario profundizar y perfeccionar, poniendo a disposición de los actores internos y externos al sector, las herramientas básicas para mantenerse atentos a esos objetivos planteados, estimulando de ese modo la adherencia conciente y voluntaria a ellos.

El documento que aquí se presenta recoge las principales estrategias implementadas por el sector en aras del cumplimiento de los objetivos de la década, así como el grado de cumplimiento de los mismos. Cabe señalar, que muchas de ellas han sido graduales y tienen efectos a largo plazo que, posiblemente, no muestren su real potencialidad en esta evaluación; así como también existe un importante número de metas cuyo logro escapa al alcance de la estructura sanitaria, con lo que se muestra uno de los más importantes desafíos a enfrentar los próximos años, la intersectorialidad de las estrategias.

Es innegable el carácter ambicioso que tuvo esta iniciativa, si a ello se suma lo innovador de su desarrollo y la solidez técnica en su elaboración y seguimiento, transformándose en una buena herramienta de participación de todos quienes deben conducir las acciones para mejorar la salud de la población. El desarrollo de los Objetivos Sanitarios se generó consenso en torno hacia donde queríamos llegar, con lo cual elegir el camino sería más fácil. Esto último, será lo que involucre los esfuerzos del sector en los próximos años, en la certeza de que el proceso previo es perfectible pero conocido, y deberemos generar renovadas competencias que permitan elegir el mejor camino.

Dr. Jaime Mañalich Muxi
Ministro de Salud



Introducción

Los Objetivos Sanitarios para la década 2000 - 2010 (OS) dan cuenta de los resultados que el sistema de salud chileno buscaba alcanzar durante el decenio. En el marco de la Reforma de la Salud, el disponer de una definición de OS “claros, medibles y practicables” constituyó un componente esencial de la reorientación de las políticas públicas en salud de Chile y hasta ahora, pueden considerarse una herramienta de gestión y la referencia fundamental al momento de establecer intervenciones y acciones prioritarias para el sistema de salud.

Su formulación fue el producto de un trabajo extenso, que incluyó el estudio de la experiencia internacional, el análisis de la situación de salud del país y la reflexión conjunta de los equipos técnicos del Ministerio de Salud y los integrantes de las mesas de discusión de la Reforma. Este trabajo culminó en la definición de cuatro grandes objetivos que establecían la base de la planificación sanitaria del decenio y orientan, hasta hoy, las acciones sectoriales. Estos son:

| | |
|--|--|
| I | II |
| Mejorar los logros sanitarios alcanzados | Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y los cambios de la sociedad |
| III | IV |
| Disminuir las inequidades en salud | Proveer servicios acordes a las expectativas legítimas de la población |

La formulación, monitoreo y evaluación de los OS ha sido coordinada e impulsada desde el Departamento de Epidemiología de la División de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud, con la colaboración de los equipos técnicos de las Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales, y los organismos autónomos, especialmente FONASA y la Superintendencia de Salud. En el año 2005 se llevó a cabo la evaluación del estado de avance en el cumplimiento de las metas y objetivos explicitados en los OS.

En este contexto, finalizando la década, se realiza la evaluación final del logro de los objetivos de impacto y desarrollo propuestos para el decenio. Cabe señalar, que la evaluación de final de periodo se inicia en 2009, dada la importancia de sus resultados para la planificación y diseño de los objetivos del próximo decenio, sin perjuicio de que se pueda actualizar este análisis una vez que se cuente con la información de la década completa.

El proceso teórico, técnico y político que acompaña los OS distingue tres fases:

- (1) La fase de Diseño y formulación en la que se estableció la línea base para la definición de los objetivos y metas.
- (2) El Seguimiento y evaluación de los avances a la mitad del período.
- (3) La Evaluación del final del periodo.

Este último consiste en el análisis del cumplimiento de las metas programadas, el funcionamiento de los OS como herramienta de planificación y los lineamientos para definir nuevos desafíos para la próxima década. Estas fases se organizan como se indica en el siguiente diagrama:



El presente documento tiene como finalidad de actualizar la situación demográfica del país así como el grado de cumplimiento de las metas de impacto.

Antecedentes generales del proceso de seguimiento y evaluación de los Objetivos Sanitarios 2000-2010

Diseño y formulación de metas

En su fase inicial, los OS de la década fueron formulados a partir de 4 grandes líneas de trabajo:

- i. Revisión de la experiencia internacional, que aportaba un marco referencial para la definición de objetivos sanitarios en Chile.
- ii. Estudios para determinar la situación de salud del país y las nuevas necesidades y demandas de la población hacia el sistema de salud, a partir de la revisión y análisis de diversos estudios, entre ellos, los más importantes fueron:
 - Estudio de carga de enfermedad, calculada sobre la información de 1993.
 - Estudio de tendencias en la mortalidad (1985- 1999) y proyecciones de la mortalidad a 2010.
 - Encuesta de opinión y estudio cualitativo de la Comisión de la Reforma de la Salud.
- iii. Información disponible sobre efectividad de intervenciones seleccionadas.

- iv. Generación de un proceso de discusión participativo con técnicos y expertos en salud de los organismos estatales (MINSAL, FONASA, Superintendencia de ISAPRE), académicos y actores sociales. El proceso fue canalizado por una Comisión del Ministerio de Salud, en la cual estuvieron representadas las distintas instancias ministeriales, incluyendo la Comisión de Reforma.

El resultado de este proceso analítico fue el consenso técnico y político sobre los grandes desafíos, así como los objetivos específicos de impacto y desarrollo que deberían alcanzarse. Las metas relacionadas se definieron a partir de la situación de salud del país, determinada según la información disponible en ese momento.

Seguimiento y evaluación a mitad del período

A cinco años de la formulación de los OS, se consideró fundamental dar seguimiento a los progresos en el cumplimiento de los objetivos de impacto y desarrollo, lo que derivó en la Evaluación de Objetivos Sanitarios a mitad de período (2005). Esta evaluación estableció un sistema de monitoreo, que consistía en un proceso de análisis del sistema de indicadores, la revisión de las fuentes de información, los flujos de ésta y la recopilación de los datos. El sistema de monitoreo convocó al conjunto de programas de salud, unidades técnicas y otras instancias del Ministerio de Salud, para el cálculo de los indicadores específicos y la evaluación de los progresos en las metas.

Desde la formulación de los OS, el Ministerio de Salud realizó un conjunto de estudios y encuestas poblacionales que proporcionan información, constituyendo parte de las fuentes de información del sistema de monitoreo:

- Encuesta Nacional de Salud
- Encuestas de Calidad de Vida y Salud
- Encuestas Mundiales de Salud Escolar (Chile)
- Encuestas de Mundiales de Tabaquismo en Jóvenes (Chile)
- Encuesta de Satisfacción y Gasto en Salud
- Estudio de actualización de las tendencias de mortalidad.

La evaluación a mitad del período permitió:

- Contar con una primera aproximación con respecto al grado de avance en el cumplimiento de los OS de impacto y desarrollo planteados para el año 2010.
- Conocer el estado de implementación de las estrategias y acciones destinadas a lograr el cumplimiento de los objetivos.

Los resultados de este proceso se plasmaron en los documentos Objetivos Sanitarios: Evaluación de Mitad de Período (2005)* y sus resultados han sido diseminados y discutidos en instancias técnicas y políticas del sector salud, incluyendo los Servicios de Salud y las Autoridades Sanitarias Regionales.

La evaluación de mitad de período para cada uno de los OS de la década arrojó importantes resultados, los que se sintetizan a continuación:

* Disponibles en <http://epi.minsal.cl>

| | | |
|-----|---|---|
| I | Mejorar los logros Sanitarios alcanzados. | <ul style="list-style-type: none">● Se observaron importantes avances en salud materna e infantil.● Se constató un preocupante estancamiento de los indicadores de tuberculosis.● En los restantes ámbitos que comprende este objetivo no se observaron cambios sustantivos, por lo que muchas estrategias se han reforzado con el fin de mejorar los indicadores para la evaluación de la década. |
| II | Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y los cambios de la sociedad. | <ul style="list-style-type: none">● Un escaso avance en los determinantes asociados a cambios culturales y estilos de vida.● Lo anterior contrasta fuertemente con los avances que dicen relación con disminuir las muertes y discapacidad, directamente asociados a la atención de salud, en que se observaron importantes avances.● Cabe señalar que las metas en mortalidad y morbilidad aún no reflejaban el impacto del régimen de garantías explícitas en salud (GES), que aborda gran parte de los problemas de salud priorizados en los OS. |
| III | Disminuir las desigualdades en salud | <ul style="list-style-type: none">● Una mejora sustancial en la situación general de la mortalidad infantil, expectativa de vida y Años de Vida Potencial Perdidos.● No obstante, se observó una clara gradiente social y un aumento de la brecha entre los grupos sociales extremos y entre los residentes de distintas zonas geográficas.● También se constató que, si bien han aumentado las brechas, los grupos más desfavorecidos representaban cada vez una menor proporción de la población del país, como resultado del efecto del notable progreso económico, social y los avances de las políticas sociales |
| IV | Proveer servicios acordes a las expectativas legítimas de la población. | <ul style="list-style-type: none">● Presentó avances en la creación de sistemas de medición, para aspectos emergentes para el sector como el financiamiento, la satisfacción y la calidad de los servicios.● Se observaron importantes avances en la introducción de buenas prácticas en el sector salud, especialmente relacionadas con la operación de las Oficinas de Información y Reclamos. |

Este proceso de seguimiento y evaluación dejó en evidencia algunas limitantes como la falta de información sistemática y confiable para un número importante de objetivos de impacto. En consecuencia, se planteó la importancia de establecer un sistema permanente de monitoreo y seguimiento de los objetivos.

Evaluación de final del período

El proceso de evaluación en curso, no sólo pretende analizar el cumplimiento de las metas, sino además recoger antecedentes que sirvan de insumo para formular los nuevos desafíos y las metas sanitarias para el próximo decenio.

El objetivo general es evaluar el grado de cumplimiento de los Objetivos Sanitarios establecidos por el Ministerio de Salud para la década 2000 – 2010.

Los objetivos específicos son:

1. Evaluar el grado de cumplimiento de las metas de impacto y el progreso de los objetivos de desarrollo establecidos para el decenio.
2. Evaluar los OS como herramienta de planificación sanitaria.
3. Identificar nuevos desafíos para la planificación sanitaria de la siguiente década.

Para el logro de estos objetivos se consideran los siguientes sub productos:

- a. Estudio de tendencias de mortalidad (2000 – 2007), con el fin de establecer el grado de cumplimiento de las metas y analizar su tendencia hacia el futuro.
- b. Análisis de la actualización de la situación demográfica del país de acuerdo a las proyecciones del censo 2002.
- c. Análisis de información disponible a 2009, recogida a través de estudios y vigilancia de enfermedades determinantes de salud y factores de riesgo. (ENCAVI; Estudio de carga de enfermedad; Estudio de preferencias sociales en salud; Encuestas de Tabaco, etc.)
- d. Análisis de la información sobre programas y estrategias relacionadas con objetivos de impacto y desarrollo, informes que han sido proporcionados por las unidades técnicas y programas de las Divisiones del Ministerio de Salud
- e. Estudios sobre Inequidades en salud: Mortalidad Infantil, Esperanza de Vida y Desigualdades Geográficas (AVPP comunales)
- f. Análisis de grado de cumplimiento de objetivos relacionados con financiamiento del sector, satisfacción de las expectativas de la población, y calidad de la atención.
- g. Revisión y sistematización de la literatura disponible sobre experiencias internacionales en formulación e implementación de objetivos o metas sanitarias.
- h. Análisis de la influencia de los OS como herramienta de planificación sanitaria, a través de estudio cualitativo basado en entrevistas a informantes clave.

El presente documento tiene como finalidad reportar del grado de cumplimiento de las metas de impacto.

Material y metodología de la evaluación de los objetivos de impacto.

Se presenta a continuación una actualización de la situación demográfica del país, así como el grado de cumplimiento de los objetivos de impacto comprometidos para 2010, es decir, de aquellas metas relacionadas directamente con indicadores de salud del país. El documento se estructura siguiendo los cuatro objetivos sanitarios, en el orden en que aparecen en el documento de formulación, consignando el objetivo y su meta, para luego realizar la evaluación correspondiente, de acuerdo al indicador utilizado.

Los indicadores se pueden agrupar en distintos tipos, dependiendo de la naturaleza del evento de salud que se desea medir, dentro de los cuales se distinguen:

1. Indicadores de mortalidad¹: se analizaron las causas de muerte, tanto específicas como agrupadas, según edad, sexo y región. No obstante, para el presente informe sólo se presenta el análisis del fenómeno para algunas causas agrupadas, algunas específicas, considerando todas las edades (excepto algunos casos específicos) y el total nacional. El procedimiento realizado, a grandes rasgos implicó:

- Homologación CIE9 Y CIE10
- Reclasificación de las muertes a codificación Murray (Global Burden of Diseases 2006)
- Reasignación de muertes provenientes de códigos mal definidos y basura.
- Agrupación de defunciones en grupos de edad seleccionados
- Cálculo de la mortalidad por causa específica
- Ajuste de tasas por edad
- Proyección de tasa ajustadas

Es importante señalar que, tanto en la formulación de Los Objetivos Sanitarios Para la Década 2000-2010, como para la evaluación de mitad de periodo (2005) se ajustó la mortalidad usando población chilena de 1992, sin embargo, en esta oportunidad se ajusta a la población chilena de 2002 (INE), lo que puede provocar diferencias en las tasas reportadas con anterioridad.

Existen 26 metas asociadas a indicadores de mortalidad, dentro de los objetivos sanitarios de impacto. Se incluyen aquí también otros indicadores cuantitativos que utilizan datos del sistema de estadísticas vitales, tales como la natalidad y fecundidad.

2. Indicadores complejos: Se calcularon algunos indicadores complejos como Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP), con desagregación comunal y regional y Esperanza de Vida Temporal (EVT)

¹ Ver detalles de la metodología en Anexo 1: Estimación de la mortalidad

Para el caso de AVPP, se utilizaron las bases de datos de mortalidad y población por comunas y regiones de los años 1990 a 2007. Los AVPP y tasas fueron calculados en el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, según la siguiente fórmula:

$$AVPP_j = \sum_{x=0}^L (L - X_{ij})$$

Donde: $AVPP_j$ = Años de Vida Potenciales Perdidos de la comuna j
 L = edad límite potencial de la vida (80 años)
 X_{ij} = edad de la defunción del sujeto i , de la comuna j

Se definió un límite potencial a la vida de 80 años, para ambos sexos, y se incluyeron en el análisis todas las muertes entre 0 y 79 años.

Asimismo, se calculó **la Esperanza de Vida al nacer y temporaria** de los adultos de 20 a 69 años de edad según sexo y tramos de escolaridad. Para este cálculo además de las bases de datos de defunciones se utilizaron las proyecciones de población INE-CELADE, en base al último censo 2002. Complementariamente, se estimó la población según los distintos tramos de escolaridad por sexo y para cada uno de los años observados (1999 al 2003). Este último estudio fue elaborado por Iris Delgado y Liliana Jadue del Centro de Epidemiología y Política de Salud Pública de la Universidad del Desarrollo.

- 3. Indicadores relacionados con prevalencia e incidencia** de daño en salud, factores determinantes y de riesgos para la salud, en grupos específicos o población general. Para recopilar esta información se utilizaron fuentes de información tales como encuestas y estudios, de diferentes organismos públicos, incluido el MINSAL. Existen 34 metas asociadas a indicadores de este tipo, dentro de los objetivos sanitarios de impacto.
- 4. Indicadores relacionados con calidad de vida** en grupos específicos, para los que también se utilizan fuentes de información provenientes de encuestas y estudios. Existen 7 metas asociadas a indicadores de este tipo, dentro de los objetivos sanitarios de impacto.
- 5. Indicadores relacionados con cobertura de servicios o actividades preventivo-promocionales**, para los que se utilizan registros del MINSAL o de otros organismos públicos. Existen 17 metas asociadas a indicadores de este tipo, dentro de los objetivos sanitarios de impacto.

La recopilación y análisis de estos indicadores, así como su utilización para la evaluación del grado de cumplimiento de las metas de impacto, fue un trabajo conjunto de las distintas unidades técnicas del MINSAL y el Departamento de Epidemiología. Participaron:

División de Políticas Públicas Saludables y Promoción: los Departamentos de Salud Ocupacional, Nutrición y Alimentos, Promoción de la Salud y Participación Ciudadana, Salud Ambiental

División de Prevención y Control de Enfermedades: CONASIDA, Departamentos de Enfermedades Trasmisibles, de Ciclo Vital, de Salud Bucal, de Salud Mental y de Enfermedades No Trasmisibles.

División de Planificación Sanitaria: Departamentos de Epidemiología, de Economía de la Salud y de Estadísticas e Información en Salud.

División de Gestión de Redes Asistenciales: Departamento de Calidad de Prestadores.

Departamento de Control de Gestión del Gabinete del Sr. Ministro de Salud.

Finalmente, se recurrió a consultorías externas para algunos componentes del objetivo III, Disminuir Las Desigualdades en Salud, en lo relacionado con las brechas de mortalidad infantil y esperanza de vida).

Se presentan cuadros para cada objetivo, clasificando el grado de cumplimiento en la metas de la siguiente manera:

- **Cumplido:** se refiere al cumplimiento total de la meta o la superación de la misma.
- **Con avance discreto:** se refiere a aquellas metas que no han sido cumplidas, pero que muestran ciertos avances en su consecución, aunque no permiten establecer que se cumplirá la meta en el mediano o largo plazo.
- **Con avance importante:** se refiere a aquellas metas que no han sido cumplidas, pero que muestran un avance tal que permite estimar que es posible cumplirlos en el futuro mediano.
- **No cumplido:** se refiere a aquellas metas u objetivos que no muestran ninguna modificación respecto de la situación al momento de la formulación.
- **No cumplido, con retroceso:** se refiere a aquellos objetivos que no sólo no se cumplen o no presentan algún grado de avance, sino que además se observa un deterioro en su indicador.
- **No evaluable:** aquellos objetivos y metas que no es posible evaluar, ya sea por falta o insuficiencia de información o que la evidencia actualmente disponible indica que la meta se contrapone con el beneficio que se requiere en determinada materia.

El análisis de los objetivos de desarrollo, es decir, aquellos relacionados con estrategias o procesos destinados a cumplir metas sanitarias, así como de los otros sub productos de esta evaluación serán objeto de un próximo informe.

Este proceso de evaluación ha estado a cargo del Departamento de Epidemiología de la División de Planificación Sanitaria del MINSAL.

**Evaluación grado de avance de Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010.
Metas seleccionadas Objetivo I: Mejorar los logros sanitarios alcanzados**

| OBJETIVOS DE IMPACTO | Meta 2010 | Inicial | Evaluación |
|--|--|---|---|
| 1. SALUD INFANTIL | | | |
| 1.1. MORTALIDAD | | | |
| Disminuir en un 25% la mortalidad infantil a nivel nacional: de en 2000 a 7,5 en 2010 | Disminuir en un 25% | 10,1 por mil NV | 8,3 por mil NV (reducción 17,5%) |
| 1.2. PROMOCIÓN DEL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO | | | |
| Reducir el daño dental (índice COPD a los 12 años) | Disminuir índice COPD a los 12 años en 44%: de 3,42 a 1,9 | 3,4 (1999) | 1,9 (2007) |
| 1.3. ENFERMEDADES CRONICAS | | | |
| Reducir las muertes por cáncer en niños | No cuantificada | 8 por 100,000 (1998) | 6,5 por 100,000 (2007) |
| Reducir la incidencia de SIDA pediátrico | No cuantificada. | tasa notificación 2000 = 0,37 por 100,000 | tasa notificación 2008 = 0,38 por 100,001 |
| 2. SALUD DE LA MUJER | | | |
| 2.1 MORTALIDAD | | | |
| Disminuir la mortalidad materna en un 50%: de 1,9 en 2000 a 1,2 en 2010 | 1,2 por 10.000 nacidos vivos. | 1,9 por 10,000 NV (2000) | 1,8 por 10,000 NV (2007) |
| a. Embarazos no deseados | | | |
| Reducir embarazo en adolescentes: Reducir en un 30% los embarazos no planificados en adolescentes, bajando la tasa de fecundidad de 65,4 a 46 por mil mujeres de 15 a 19 años. | Tasa de fecundidad de 46 por mil mujeres de 15 a 19 años | 65 por 10,000 NV | 53,4 por 10,000 NV |
| Reducir mortalidad materna relacionada con aborto en un 50%. De 0,5 muertes por 10.000 n.v. en 2000 a 0,25% al 2010. | 0,25 muertes por 10.000 n.v. | 0,50 por 10,000 NV (2000) | 0,17 por 10,000 NV (2007) |
| 2.2. MORBIMORTALIDAD CANCER DE CUELLO UTERINO | | | |
| Disminuir la mortalidad por cáncer cervicouterino | Disminuir mortalidad estandarizada en un 40% | 10,78 por 100,000 (1998) | 7,24 por 100,000 (2007) (disminuye 32,8%) |
| 3. ENFERMEDADES INFECCIOSAS | | | |
| 3.1 TUBERCULOSIS | | | |
| Alcanzar la fase de eliminación avanzada: al 2008 tasa de morbilidad de 10 por 100.000 habitantes. | Al 2008 tasa de morbilidad de 10 por 100.000 habitantes. | 18,4 por 100,000 en 2001 | 14,7 por 100,000 en 2008 |
| 3.2 EMERGENTES | | | |
| b. CHAGAS | | | |
| Eliminar Chagas congénito | No cuantificada | | 4 casos en 2009 |
| Mantener eliminación de transmisión vectorial | 0 casos nuevos de Chagas autóctono | | no se han detectado casos en las encuestas serológicas a < 5 años |
| d. COLERA, HANTAVIRUS Y OTRAS EMERGENTES | | | |
| Mantener el país libre de cólera | 0 casos de cólera autóctono | | Alcanzado |
| e. RABIA | | | |
| Mantener erradicación en humanos | 0 casos de rabia humana por virus canino | | Alcanzado |
| 3.3 INMUNOPREVENIBLES | | | |
| a. POLIO | | | |
| Mantener erradicación (poliomielitis pos virus salvaje) | 0 casos de poliomielitis por virus salvaje | | Alcanzado |
| c. TETANOS Y TNN | | | |
| Mantener eliminación y control: mantener incidencia de tétanos | Mantener incidencia de tétanos y 0 casos de tétanos neonatal | | Alcanzado |
| d. SARAMPION | | | |
| Erradicar | 0 casos | | Alcanzado. |
| 3.4 OTRAS INFECCIOSAS | | | |
| a. Enfermedad Meningocócica | | | |
| Mantener letalidad bajo el 10% | Letalidad <10% | | Alcanzado. |

Metas seleccionadas Objetivo II : Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad

| OBJETIVOS DE IMPACTO | Meta 2010 | situación inicial | Grado Cumplimiento 2009 |
|--|---|-------------------------------------|-------------------------|
| 1.DETERMINANTES ASOCIADOS A CAMBIOS CULTURALES Y DE ESTILO DE VIDA | | | |
| 1. Determinantes asociados a cambios culturales y de estilos de vida | | | |
| A. TABAQUISMO | | | |
| Reducción del consumo de tabaco en población general | Reducción del 25% | Prevalencia 40% en pobl. General. · | Estancamiento. |
| B. SOBREPESO Y OBESIDAD | | | |
| Reducción de la prevalencia de obesidad en escolares de 1° básico (16 a 12%) | Reducción en 25%, del 16% al 12% | 16% | Quiebre de tendencia |
| C. SEDENTARISMO | | | |
| Reducción de la prevalencia de sedentarismo en población > 15 años | Reducir en un 8%: 91% a 84% | 91% | leve descenso |
| D. CONDUCTA SEXUAL | | | |
| Reducir el embarazo no planificado en adolescentes. | Bajar fecundidad de 65,4 a 46 por 1000 (15-19 años); | 65,4 por 1.000 mujeres | 53,4 |
| | bajar a 0 la fecundidad en menores de 14 años; | 1,7 por 1.000 menores de 14 años | 2,2 |
| | retrasar la edad de inicio de actividad sexual en < de 15 años | sin línea de base | No evaluable |
| 2. CONDICIONANTES AMBIENTALES | | | |
| Mejorar la cobertura de agua potable en áreas rurales | Aumentar de 80 a 100% en zona rural concentrada (aumento del 25%) | 80% | Cumplida |
| 3. DETERMINANTES ASOCIADOS A LAS CONDICIONES DE TRABAJO | | | |
| Disminuir la morbimortalidad asociada a las condiciones del trabajo | Disminuir gravedad accidentes | sin línea de base | No evaluable |
| | Disminuir accidentes laborales con resultado de muerte, | 8,2 por 100,000 en 2005 | 7,8 en 2008 |
| | Reducir discapacidad y muerte por enf. Profesionales | sin línea de base | No evaluable |
| Disminuir la inequidad en la protección de los trabajadores | Aumentar cobertura ley 16.744 a grupos desprotegidos | | Cumplida |

Metas seleccionadas Objetivo II : Enfrentar los desafío derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad

| 2. REDUCIR LAS MUERTES Y LA DISCAPACIDAD | | | |
|---|--|-------------------------|--|
| OBJETIVOS DE IMPACTO | Meta 2010 | inicial | Grado Cumplimiento 2009 |
| 1. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES | | | |
| Disminuir la mortalidad por enfermedades isquémicas | Reducir mortalidad estandarizada en un 30% | 63,3 | Reducción en 24% |
| 2. CANCERES | | | |
| Mantener la tendencia de la mortalidad del grupo | mantener tasa de 1999 | 125,8 | Reducción en 9% |
| Disminuir la mortalidad por cáncer CU | Disminuir mortalidad estandarizada en un 40% | 9,22 | Reducción de 33% |
| 3. ENFERMEDADES MENTALES | | | |
| Reducción de la tasa de mortalidad por suicidios | Reducir mortalidad estandarizada en un 10%: 9,7 a 8,7 | 7 por 100,000 (1999) | 11,2 (2007) aumento del 60% |
| 4. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO | | | |
| Reducir la tasa de mortalidad por IRA baja en el adulto mayor | Reducción de mortalidad estandarizada en un 20% | | disminuye 51% en grupo de 50 a 79 años y en 72% en mayores de 80 años |
| 5. TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS | | | |
| Quebrar la tendencia al ascenso de la mortalidad por accidentes de tránsito | Mantener la tasa estandarizada de 1999 | 11,6 por 100,000 (1999) | 12,8 (2007) aumento del 16% |
| 6. DIABETES MELLITUS | | | |
| Frenar el aumento de la mortalidad | Mantener la tasa estandarizada de 1999 | 16,8 por 100,000 (1999) | 19,1 (2007) reducción del 17% |
| 7. VIH/SIDA | | | |
| Quebrar la tendencia ascendente de la mortalidad | Mantener la tasa estandarizada de 1999 | 3,7 por 100,000 (1999) | 2,3 (2007) reducción del 27% |
| 8. ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES | | | |
| Reducción de la discapacidad y dolor crónico (en 25%) | Reducir la proporción de enf. Con artritis, artrosis y osteoporosis con discapacidad y dolor crónico en un 25% | No se ha medido | Sin información. Avances en proceso |
| 9. CUIDADOS PALIATIVOS | | | |
| Reducción de la prevalencia de dolor en pacientes terminales | Reducción, sin cuantificar | | Cumplido |
| 10. SALUD BUCAL | | | |
| Cobertura de atención odontológica en el menor de 20 años | Alcanzar 50% en ese grupo | | La cobertura de atención en los menores de 20 en el año 1999 era de 22% y en el año 2008 fue de 22,5%. |

Metas Objetivo III : Disminuir las desigualdades en salud

| OBJETIVOS DE IMPACTO | Meta 2010 | Grado Cumplimiento 2005 |
|--|--|---|
| Reducir la brecha de mortalidad infantil , entre hijos de madres de grupos educacionales extremos. | Reducir brecha en 10% de 2,6 veces a 2,34 | La mortalidad disminuye en todos los grupos pero aumenta la brecha a 3,0. |
| Aumentar en 2 años la esperanza de vida temporaria en los grupos más desposeídos | Aumentar en 2 años EV en hombres y mujeres sin educación | Aumenta sólo 0,8 años hombres y 1,6 años mujeres sin educación |
| AVPP | Reducir en un 30% brecha de AVPP entre comunas | Tendencia a descenso del AVPP per aumenta la brecha entre comunas un 2% |

Metas Objetivo IV : Proveer servicios acordes con la expectativas de la población

| OBJETIVOS DE IMPACTO | Meta 2010 | Situación inicial | Grado Cumplimiento 2009 |
|--|---------------------------|---|--|
| 1. FINANCIAMIENTO DEL SECTOR EN CHILE | | | |
| Reducir la proporción del ingreso disponible de los hogares que se destina al gasto de bolsillo, o pago directo de salud | Reducir, sin cuantificar | Sin información de base | La evidencia no es concluyente, no obstante, aumenta el gasto promedio por hogar, con diferencias importantes por quintil de ingreso de los hogares |
| Aumentar la progresividad en el pago de la salud | Aumentar, sin cuantificar | Sin información de base | "La evidencia no es concluyente, no obstante, tomando como fuente las V y IV EPF, tanto los niveles reales del gasto de bolsillo en salud como la tasa de participación de éste sobre el gasto total, aumenta para todos los quintiles". |
| 2. SATISFACER LAS EXPECTATIVAS LEGÍTIMAS DE LA POBLACIÓN | | | |
| Aumentar el grado de satisfacción con su sistema de salud | Aumentar, sin cuantificar | Según CASEN, disminuye la satisfacción en el sector público (si bien es alta) , en el privado se mantiene | Estudio SIS: disminuye la satisfacción |

Actualización de la Situación Demográfica

La población chilena ha sufrido profundas transformaciones, especialmente, a partir de la segunda mitad del siglo XX, en que se consigue una importante reducción de la mortalidad en todos los grupos de edad, pero especialmente, en los menores de 5 años, al mismo tiempo que se reduce fuertemente la fecundidad, lo que pone a Chile dentro de los países en fase avanzada del proceso de cambio demográfico.

Las acciones de tipo económico, social y cultural llevadas a cabo por la población, tienen un efecto sobre el tamaño, localización territorial y las características de la población, especialmente en la estructura por sexo y edad.

La demografía, que analiza la composición de la sociedad, su estructura y dinámica, proporciona información pertinente y acorde con la realidad de la población objetivo de las políticas y programas públicos.

La evolución que muestre la fecundidad, la mortalidad y las migraciones internacionales e internas en cada país influyen en el crecimiento y la distribución por sexo y edades de la población, dando lugar a la disminución, estancamiento o expansión de distintos grupos, lo que trae consecuencias para la planificación del sistema de salud y el sistema de protección social.

En Chile, hasta el último censo de población (2002)², la migración internacional no había constituido un proceso demográfico importante, con lo que los cambios demográficos se explicarían en gran medida por la evolución en el crecimiento natural de la población, es decir la natalidad menos la mortalidad. No obstante, no se cuenta con datos más actualizados que permitan afirmar que esta tendencia al saldo migratorio neutro se mantenga.

“Familias pequeñas. Más recién nacidos que logran sobrevivir. Parejas que deciden postergar la llegada de los hijos. Mujeres que utilizan crecientemente métodos modernos para evitar el embarazo. Avances que permiten que un mayor número de hombres y mujeres lleguen con holgura a los ochenta, noventa y más años. Individuos y familias que migran para buscar oportunidades en las grandes ciudades o en otros países”.

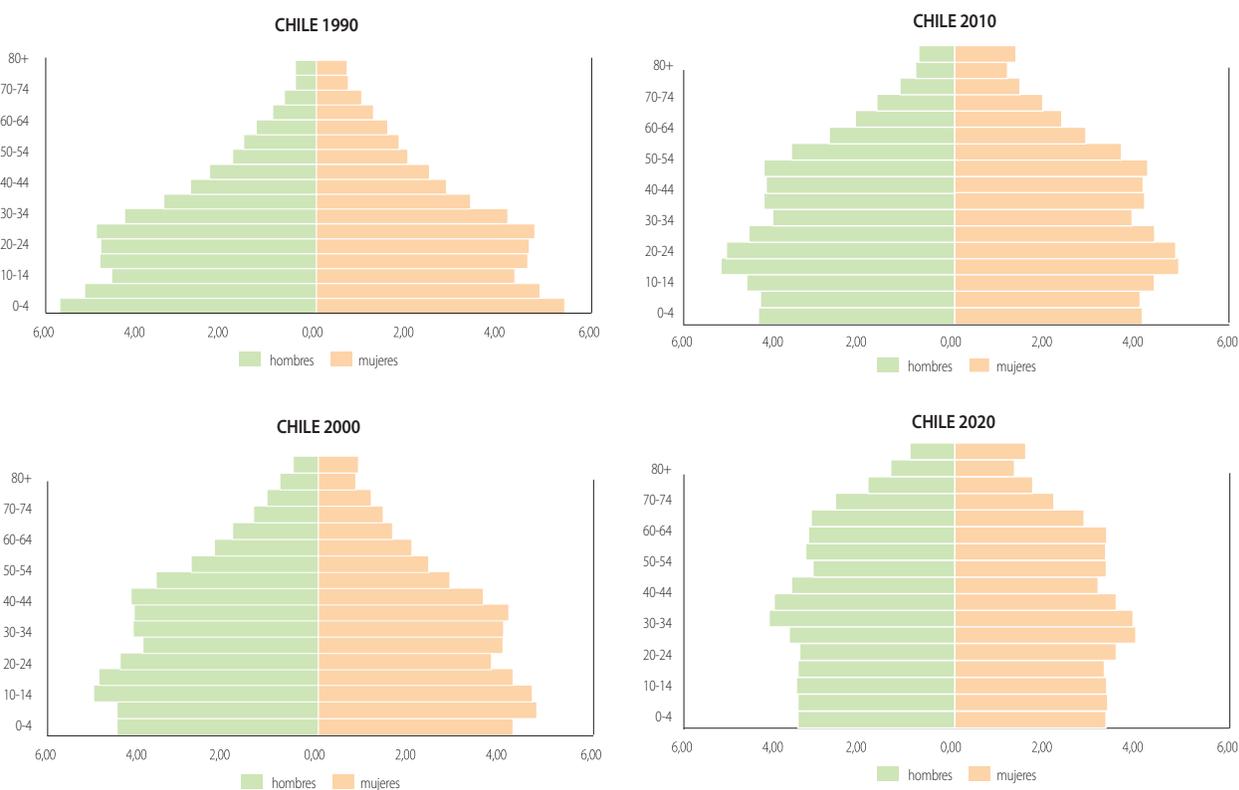
² Dado que para la estimación del saldo migratorio sólo se dispone de las proyecciones elaboradas a partir del censo de población 2002, es posible que estas cifras se encuentren subestimadas.

Estructura de la población por edad y sexo

La evolución de los fenómenos demográficos ha tenido consecuencias notables en la distribución de la población por edades. Entre ellos el aumento de la supervivencia a expensas de la disminución de la mortalidad³, que ha llevado a la población chilena a que la esperanza de vida en las mujeres sobrepase los 81 años y en los hombres los 75 (periodo 2004-2006)⁴, lo que evidencia la feminización del proceso de envejecimiento en Chile.

El índice de envejecimiento, es decir, el cociente entre la población de 65 y más años y la menor de 15, sintetiza esta dinámica, pasando de 20 personas mayores por cada 100 niños y adolescentes en 1990 a 40 en 2010, estimando que a 2020 llegará a una cifra cercana a 60.

Figura 1: Pirámides de población. Chile, 1990, 2000, 2010 y 2020.



Asimismo, el índice de dependencia, que permite establecer el peso de la población "dependiente" (menores de 15 y mayores de 65 años) sobre el grupo de población adulta, muestra un descenso progresivo entre los años observados, desde 56 en 1990 a 47 por cada cien adultos de 16 a 64 años en 2010. Esto se ha denominado bono demográfico, dado que en una perspectiva de futuro, implica que existe una proporción creciente de recursos generados por la población adulta potencialmente trabajadora, que contribuiría a un mayor desarrollo. Dada esta relativa holgura económica, permitiría orientar recursos a la inversión social y la reducción de la pobreza (CELADE 2005). Este fenómeno es irrepetible, dado que las proyecciones indican que esta baja en la relación de dependencia se revertirá en el mediano plazo. En efecto,

³ Registro de defunciones, DEIS-MINSAL

⁴ Iris Delgado. Los Objetivos Sanitarios de equidad en salud en Chile. MINSAL, Chile 2009

según las proyecciones del último censo, a 2020 ya se observaría un repunte de la dependencia de mayores (>de 65 años). Esto hace imperativo tomar medidas para atenuar el impacto futuro del envejecimiento.

a. Fecundidad

Desde la segunda mitad del siglo XX la fecundidad ha sufrido profundas transformaciones. Entre 1950 y 1965 aproximadamente, la fecundidad aumentó de 5 a 5,4 hijas e hijos promedio por mujer. Sin embargo, a partir de ese momento sufre una significativa baja, y hacia 1980 el promedio de hijos sólo alcanza a 2,7 por mujer. Posteriormente, esta baja sostenida fue más lenta, alcanzando a inicios de la presente década un 1,9, lo que corresponde a un valor inferior al nivel de reemplazo de la población, esta tendencia se mantendría, según las proyecciones, hacia mediados del presente siglo. Cabe señalar que al calcular la tasa para el año 2006, ésta se encuentra incluso por debajo de lo proyectado llegando sólo a 1,81 hijos por mujer, con un leve repunte el año 2007.

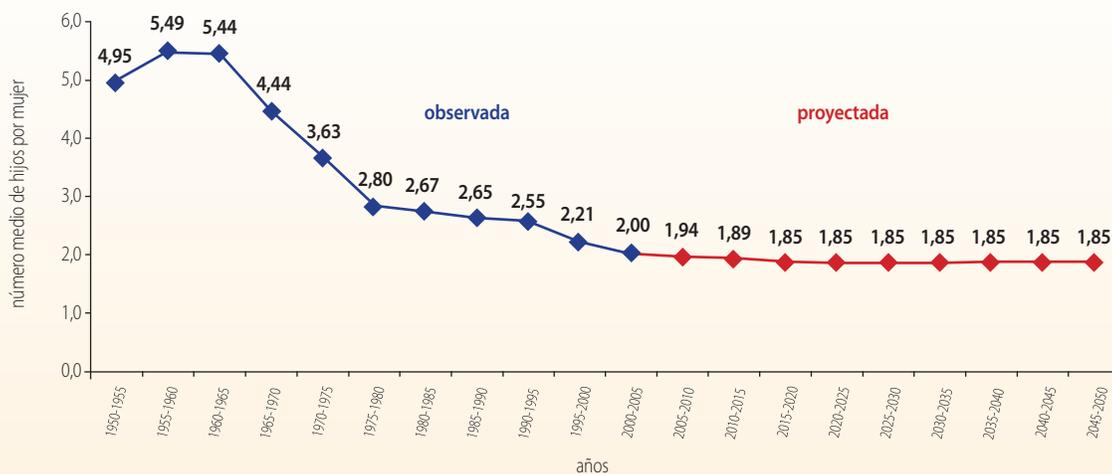
Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud del año 2000, única fuente que reporta el número de hijos deseado a partir de la consulta por el número ideal de hijos por familia, la media fue de 2,76 hijos, con mínimas diferencias, no significativas, por sexo y edad.

Tabla 1: Envejecimiento y dependencia demográfica INE, Chile 1990 a 2020.

| Indicador | año | hombres | mujeres | total |
|--|------|---------|---------|-------|
| Indice Envejecimiento (>65/<15 x 100) | 1990 | 16,5 | 24,3 | 20,3 |
| | 2000 | 21,1 | 30,6 | 25,8 |
| | 2010 | 34,0 | 47,1 | 40,2 |
| | 2020 | 50,5 | 67,2 | 58,7 |
| Ind. Dependencia total (<15+>65/15-64 x 100) | 1990 | 55,9 | 56,6 | 56,2 |
| | 2000 | 52,9 | 54,6 | 53,8 |
| | 2010 | 44,4 | 46,8 | 45,6 |
| | 2020 | 45,7 | 48,9 | 47,3 |
| Ind. Dependencia jóvenes (<15/15-64 x 100) | 1990 | 48,0 | 45,5 | 46,7 |
| | 2000 | 43,7 | 41,8 | 42,7 |
| | 2010 | 33,1 | 31,9 | 32,5 |
| | 2020 | 30,3 | 29,2 | 29,8 |
| Ind. Dependencia mayores (>65/15-64 x 100) | 1990 | 7,9 | 11,1 | 9,5 |
| | 2000 | 9,2 | 12,8 | 11,0 |
| | 2010 | 11,3 | 15,0 | 13,1 |
| | 2020 | 15,3 | 19,7 | 17,5 |
| Ind. Dependencia ancianos (>80/15-64 x 100) | 1990 | 1,5 | 2,6 | 2,0 |
| | 2000 | 1,4 | 2,6 | 2,0 |
| | 2010 | 1,5 | 2,8 | 2,7 |
| | 2020 | 1,8 | 3,2 | 3,6 |

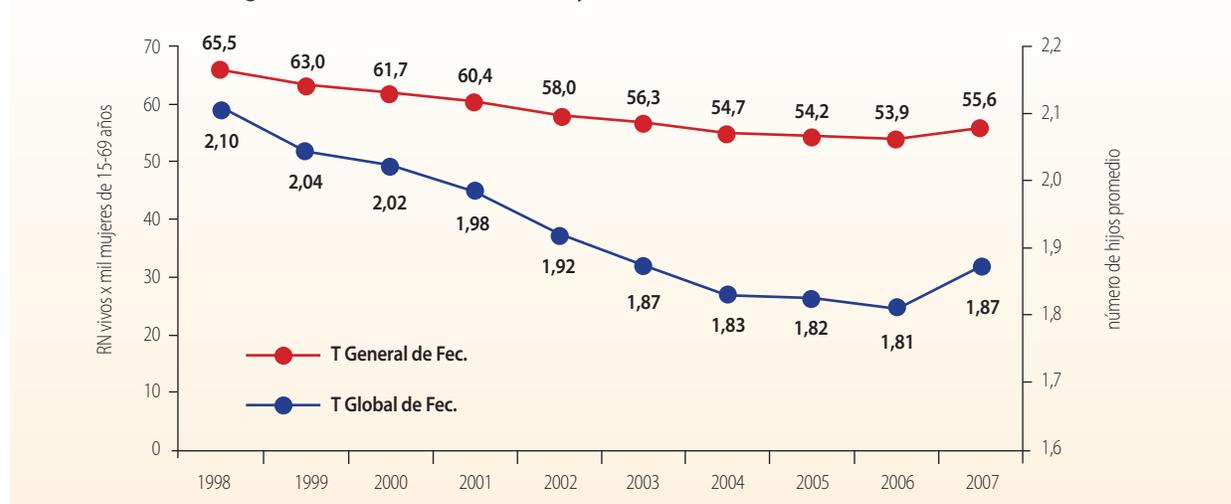
Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE

Figura 2: Evolución y proyección de la Tasa Global de Fecundidad, por quinquenio. Chile 1950-2050.



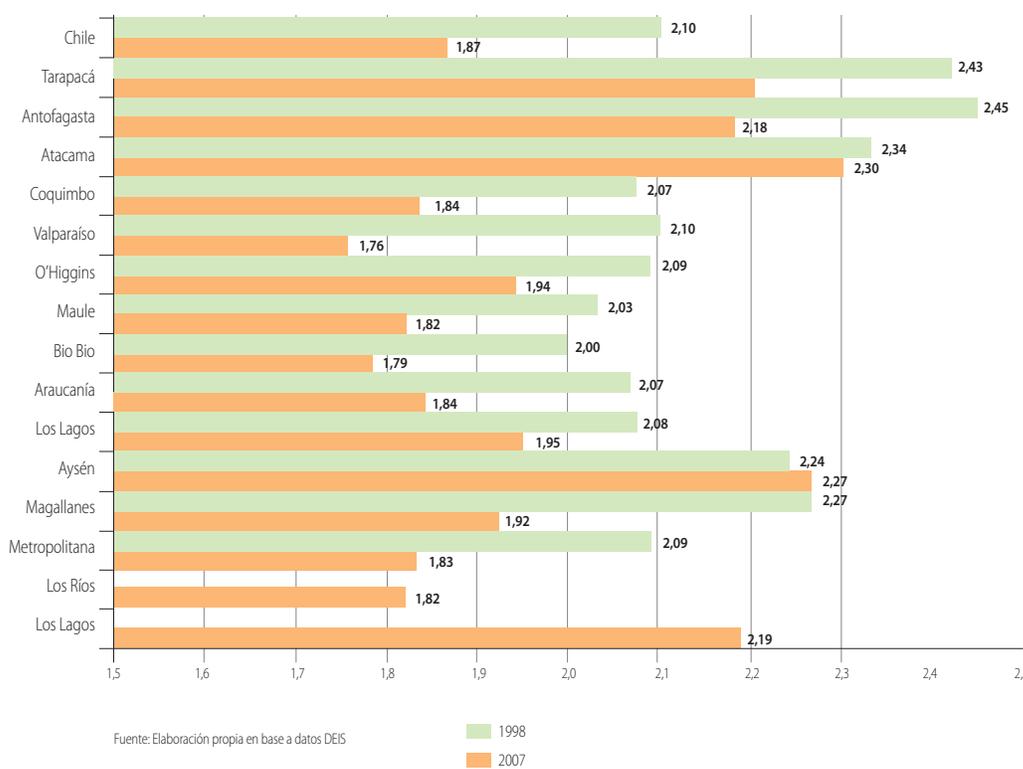
Esto implica por una parte, que no se satisface la expectativa de las familias de reproducción, por déficit, y por otra, que se está por debajo del nivel mínimo requerido para asegurar el reemplazo generacional, es decir, para la sustitución de la población en etapa reproductiva.

Fig. 3: Tasa General de Fecundidad y Tasa Global de Fecundidad. Chile 1998-2007



Fuente: Elaboración propia en base a datos DEIS-MINSAL

Fig. 4: Tasa Global de Fecundidad por Región 1998 y 2007

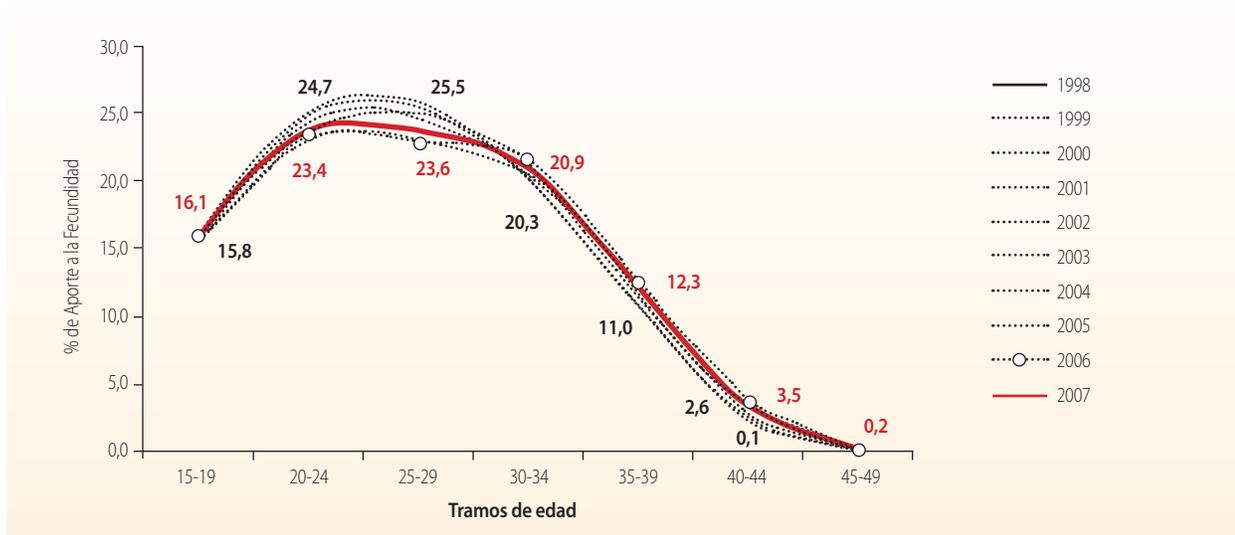


Fuente: Elaboración propia en base a datos DEIS

Al observar la situación de la fecundidad por regiones, es posible apreciar diferencias importantes, en efecto, el año 2007, ocho de quince regiones presentan tasas globales de fecundidad superiores al promedio nacional de 1,88 hijos e hijas por mujer. Las regiones de Atacama y Aysén tienen las mayores TGF promedios del país y las regiones de Valparaíso y Biobío las más bajas. En la figura siguiente se muestran las diferencias, sin embargo, no se incluyeron las 2 nuevas regiones dado que no habían sido creadas aún en el periodo de observación.

El aporte porcentual de cada tramo de edad al nivel de fecundidad, también muestra cambios en la última década. Las principales variaciones del aporte a la fecundidad, al comparar el año 1998 con el año 2007, se observan en las edades de 20-24 y 25-29 años, lo que es concordante con la disminución de tasas específicas presentadas en el gráfico que sigue. Como consecuencia se aprecia aumentos relativos en los aportes porcentuales de las edades mayores a 30 años. Cabe destacar que la tendencia en el período 1998-2007 no ha sido constante, observándose el año 2007 con valores intermedios entre 2006 y 2004.

Fig. 5: Aporte a la Fecundidad por tramo de edad materna, 1998



Fuente: Elaboración propia en base a datos DEIS

El mayor aporte al nivel de fecundidad para el país en su conjunto es de las mujeres entre los 25-29 años, constituyendo una fecundidad de tipo tardío (INE 2009). Pero al analizar la situación de las regiones, hay diferencias en los comportamientos por edades.

b. Mortalidad

La mortalidad en Chile inició su descenso durante la primera mitad del siglo XX, no obstante, los cambios más importantes se producen desde la década de 1950. En el cuadro, se muestra la distribución porcentual de muertes según grupos de edad, observando una concentración progresiva de las defunciones en los grupos de mayor edad.

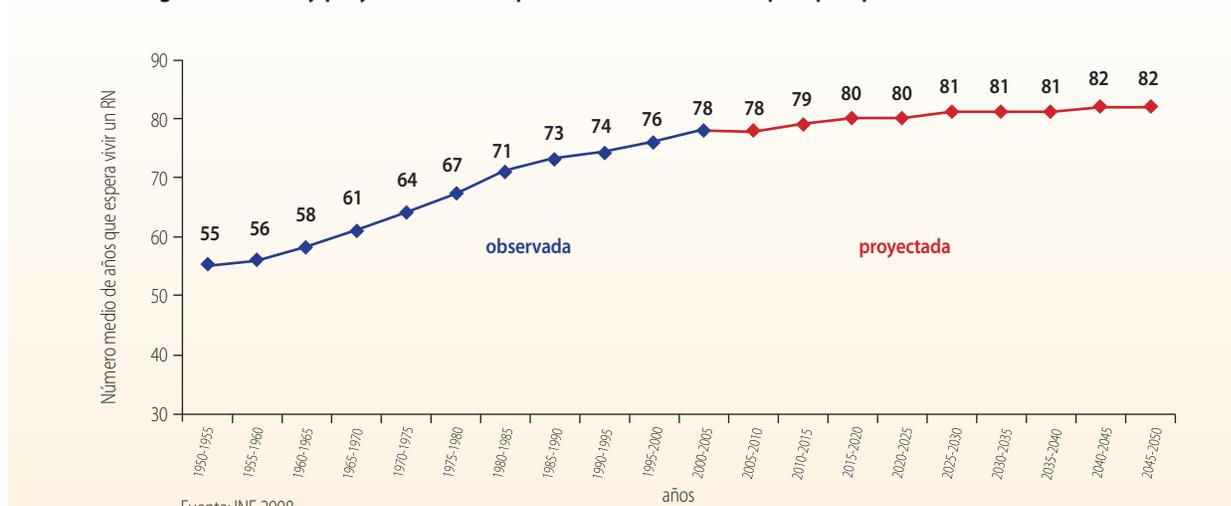
Tabla 2: Distribución porcentual de defunciones según grupos de edad. Chile 1955-2004

| grupo edad (años) | 1955-1956 | 1974-1975 | 2003-2004 |
|-------------------|-----------|-----------|-----------|
| < 1 año | 31,9 | 20,7 | 2,3 |
| 1 a 4 | 8,4 | 3,1 | 0,5 |
| 5 a 14 | 2,6 | 2,2 | 0,7 |
| 15 a 24 | 3,6 | 3,4 | 2 |
| 25 a 44 | 11 | 9,6 | 7,4 |
| 45 a 49 | 12,3 | 13,8 | 13,2 |
| 60 a 74 | 16,7 | 24,4 | 27,8 |
| 75 o más | 12,4 | 22,8 | 46,2 |
| Total | 100 | 100 | 100 |

Fuente: INE. Anuarios demográficos 1955, 1956, 1974, 1975. Anuarios de estadísticas Vitales 203 y 2004

Estas modificaciones en la mortalidad han provocado un incremento importante en el número medio de años por vivir, de los recién nacidos. Es así que a fines del siglo XX, la esperanza de vida al nacer era de 76 años, 5 décadas atrás, sólo alcanzaba a 55 años, lo que representa un 38% de aumento. Este aumento progresivo fue mucho más marcado hasta fines de los años 70, luego de lo cual se ralentiza.

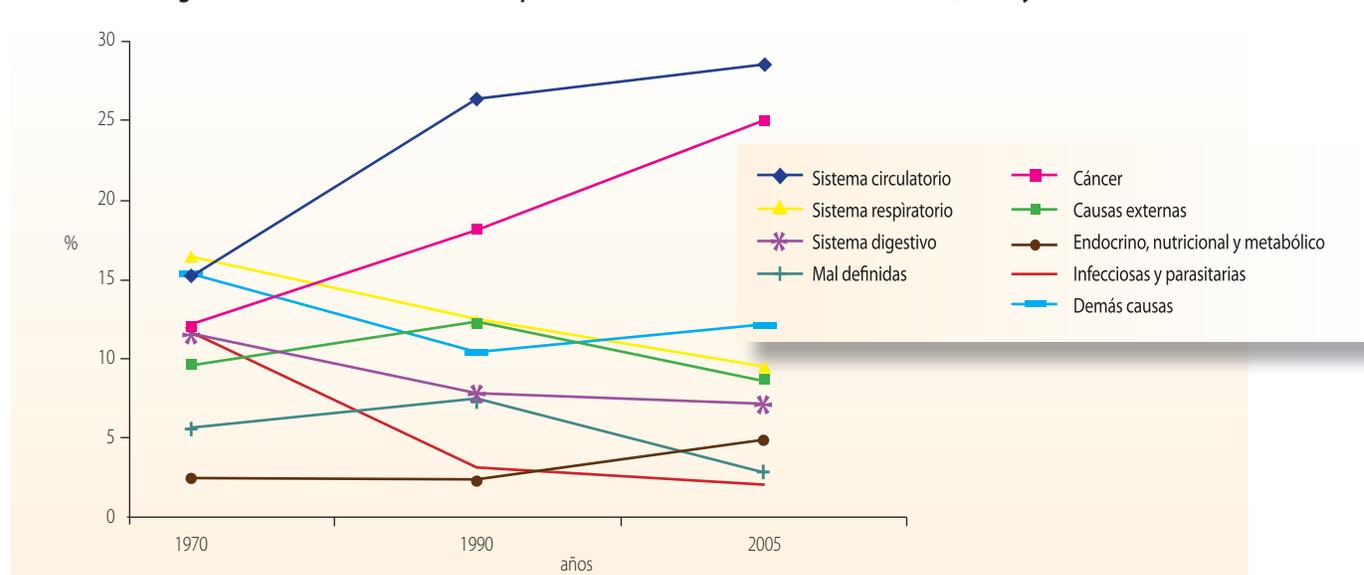
Fig. 6: Evolución y proyección de la esperanza de vida al nacer, por quinquenio. Chile 1950 - 2050



Asimismo, el riesgo de muerte ha disminuido en todas las edades desde 1955, sin embargo, la disminución más significativa se ha registrado en los menores de 1 año, lo que también afecta la esperanza de vida.

Lo que lleva corrido del siglo XXI ha continuado el descenso general del riesgo de muerte, trayendo consigo un aumento del número medio de años que se espera viva la población de todas las edades, femenina y masculina.

Fig. 7: Tendencias en la distribución porcentual de causas de muerte. Chile 1970, 1990 y 2005

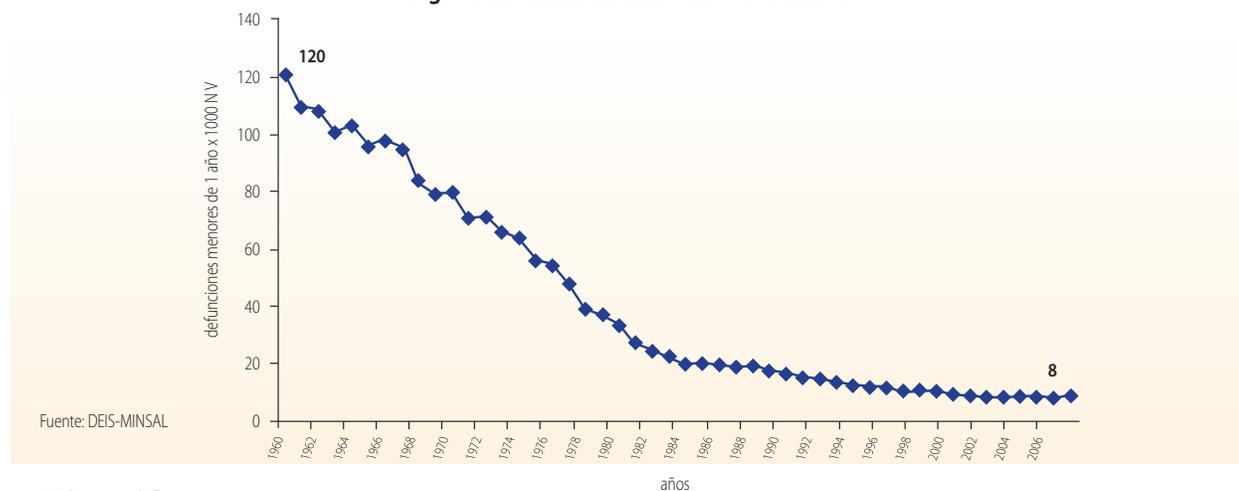


De acuerdo a la gráfica, la distribución porcentual de las defunciones según grupos de causas, también se ha modificado de manera importante entre 1970 y 2005, evidenciando la transición epidemiológica que ha sufrido la población chilena. Las primeras causas en descender fueron las enfermedades transmisibles, que coincidentemente afectaban en mayor medida a los niños.

A medida que Chile evoluciona a la fase avanzada de la transición epidemiológica, el peso de la mortalidad va concentrándose en las causas no transmisibles, cuya distribución recae mayormente en las edades maduras, al mismo tiempo que comienzan a cobrar importancia las causas externas.

Es importante destacar la evolución descendente de la mortalidad infantil, se refleja también en los menores de 5 años, similar a lo que sucede con otros indicadores, difiere al observar su comportamiento por regiones y según nivel socioeconómico.

Fig. 8: Mortalidad infantil. Chile 1960 a 2007



c. Migración⁵

Con relación a los movimientos migratorios internos, es posible observar que desde el año 1960 hasta el 2002 la población chilena ha experimentado un proceso de urbanización progresivo, desde un 68,2% de población urbana en el año 1960 a un 86,6% en el año 2002. Este dato es relevante, dadas las modificaciones a los hábitos y prácticas de los sujetos que migran desde los campos a las ciudades.

Cabe destacar que el índice de crecimiento de la población urbana, tomando como año base el año 1960, es superior al crecimiento experimentado por la población total, como se ve en el siguiente cuadro.

Tabla 3: Población total por zona de residencia. INE Censos de población, Chile 1960 - 2002

| Año | Urbana | | | Rural | | | total | |
|------|------------|-----|-----------------------|-----------|-----|-----------------------|------------|-----------------------|
| | población | % | Índice de crecimiento | población | % | Índice de crecimiento | población | Índice de crecimiento |
| 1960 | 5.028.060 | 68% | 100 | 2.346.055 | 32% | 100 | 7.374.115 | 100 |
| 1970 | 6.675.072 | 75% | 133 | 2.209.696 | 25% | 94 | 8.884.768 | 120 |
| 1982 | 9.312.100 | 82% | 185 | 2.017.636 | 18% | 86 | 11.329.736 | 154 |
| 1992 | 11.140.405 | 83% | 222 | 2.207.996 | 17% | 94 | 13.348.401 | 181 |
| 2002 | 13.090.113 | 87% | 260 | 2.026.322 | 13% | 86 | 15.116.435 | 205 |

Fuente: INE, 2008

Respecto de la migración internacional, no obstante que los datos del último censo indican que los inmigrantes no representan un porcentaje de la población significativo, comparativamente con otros países de la región (1,2% de la población), esta cifra significa un aumento de 75% respecto a la medición previa en 1992 (INE 2002).

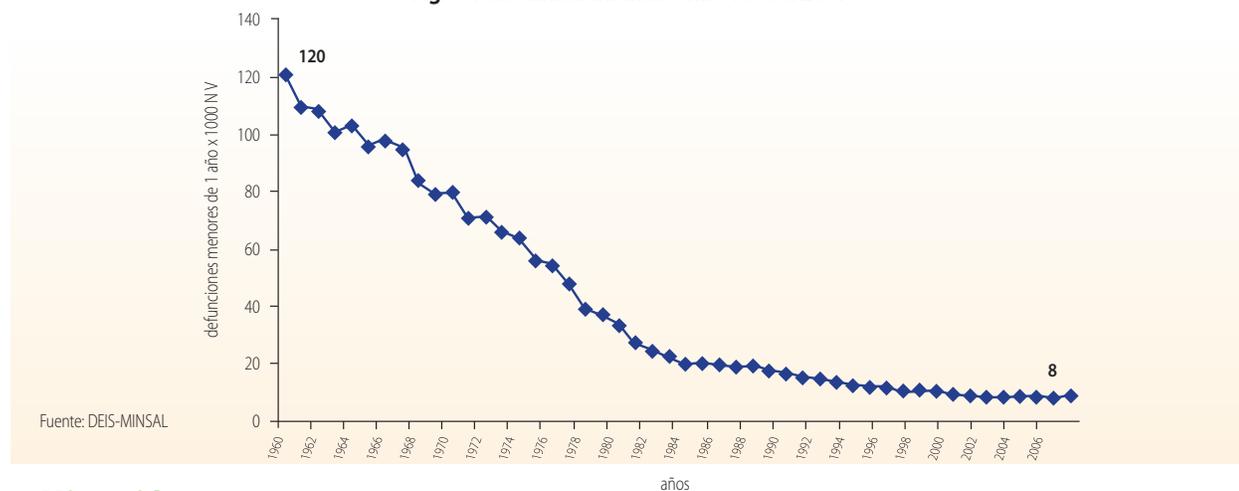
⁵ Extraído de "El encanto de los datos. Sociodemografía de la inmigración en Chile según el censo de 2002. Jorge Martínez Pizarro. Población y Desarrollo del CELADE, División de Población de la CEPAL. Chile 2003

De acuerdo a la gráfica, la distribución porcentual de las defunciones según grupos de causas, también se ha modificado de manera importante entre 1970 y 2005, evidenciando la transición epidemiológica que ha sufrido la población chilena. Las primeras causas en descender fueron las enfermedades transmisibles, que coincidentemente afectaban en mayor medida a los niños.

A medida que Chile evoluciona a la fase avanzada de la transición epidemiológica, el peso de la mortalidad va concentrándose en las causas no transmisibles, cuya distribución recae mayormente en las edades maduras, al mismo tiempo que comienzan a cobrar importancia las causas externas.

Es importante destacar la evolución descendente de la mortalidad infantil, se refleja también en los menores de 5 años, similar a lo que sucede con otros indicadores, difiere al observar su comportamiento por regiones y según nivel socioeconómico.

Fig. 8: Mortalidad infantil. Chile 1960 a 2007



c. Migración⁵

Con relación a los movimientos migratorios internos, es posible observar que desde el año 1960 hasta el 2002 la población chilena ha experimentado un proceso de urbanización progresivo, desde un 68,2% de población urbana en el año 1960 a un 86,6% en el año 2002. Este dato es relevante, dadas las modificaciones a los hábitos y prácticas de los sujetos que migran desde los campos a las ciudades.

Cabe destacar que el índice de crecimiento de la población urbana, tomando como año base el año 1960, es superior al crecimiento experimentado por la población total, como se ve en el siguiente cuadro.

Tabla 3: Población total por zona de residencia. INE Censos de población, Chile 1960 - 2002

| Año | Urbana | | | Rural | | | total | |
|------|------------|-----|-----------------------|-----------|-----|-----------------------|------------|-----------------------|
| | población | % | Índice de crecimiento | población | % | Índice de crecimiento | población | Índice de crecimiento |
| 1960 | 5.028.060 | 68% | 100 | 2.346.055 | 32% | 100 | 7.374.115 | 100 |
| 1970 | 6.675.072 | 75% | 133 | 2.209.696 | 25% | 94 | 8.884.768 | 120 |
| 1982 | 9.312.100 | 82% | 185 | 2.017.636 | 18% | 86 | 11.329.736 | 154 |
| 1992 | 11.140.405 | 83% | 222 | 2.207.996 | 17% | 94 | 13.348.401 | 181 |
| 2002 | 13.090.113 | 87% | 260 | 2.026.322 | 13% | 86 | 15.116.435 | 205 |

Fuente: INE, 2008

Respecto de la migración internacional, no obstante que los datos del último censo indican que los inmigrantes no representan un porcentaje de la población significativo, comparativamente con otros países de la región (1,2% de la población), esta cifra significa un aumento de 75% respecto a la medición previa en 1992 (INE 2002).

⁵ Extraído de "El encanto de los datos. Sociodemografía de la inmigración en Chile según el censo de 2002. Jorge Martínez Pizarro. Población y Desarrollo del CELADE, División de Población de la CEPAL. Chile 2003

Chile, tradicionalmente ha tenido saldos negativos en migración internacional, es decir, hubo más emigrantes que inmigrantes. El mayor saldo migratorio negativo del país ocurrió durante la década de los 70. A partir del año 1990, coincidente con la recuperación democrática y la reactivación de la economía, el país comienza a atraer a miles de inmigrantes, especialmente de países latinoamericanos limítrofes, será necesario esperar los resultados del censo de 2012 para evaluar la magnitud de dicho fenómeno migratorio.

d. El Panorama regional

Es importante señalar que la población de Chile no evoluciona homogéneamente, no sólo según sexo sino tampoco según gradiente socioeconómica, ni desde la perspectiva geográfica, lo que hace necesario un análisis comparativo por regiones. En documentos futuros se abordará con mayor profundidad este aspecto.

A continuación se presenta un conjunto de índices demográficos, los que revelan diferencias en los segmentos de la población según sexo, localización y composición por edad. La distribución de la población dentro del territorio nacional es muy dispar, concentrándose el 62,5% de la población nacional en tres regiones: Valparaíso, Metropolitana y BioBio.

Tabla 4: Índices Demográficos seleccionados, según Regiones 2007

| Regiones | Población | Índices | | | | |
|------------------------------|-------------------|---|---|----------------------------------|---|--------------------------|
| | | Feminidad (mujeres por 100 hombres) | Urbanización (Personas de áreas urbanas por 100 total) | Del envejecimiento demográfico | | |
| | | | | Adulto Mayor(60+/ 100 <15) | Dependencia (<15 y 60+/ 15-59 x100) | Vejez (60+/100 total) |
| Total | 16.598.074 | 102,0 | 86,9 | 50,7 | 56,1 | 12,1 |
| XV Región Arica - Parinacota | 188.524 | 103,8 | 91,3 | 52,4 | 60,1 | 12,9 |
| I Región Tarapaca | 293.205 | 92,9 | 93,9 | 34,0 | 53,4 | 8,8 |
| II Región Antofagasta | 554.773 | 92,1 | 97,6 | 34,8 | 53,0 | 8,9 |
| III Región Atacama | 274.436 | 96,0 | 91,0 | 41,1 | 58,3 | 10,7 |
| IV Región Coquimbo | 687.659 | 102,0 | 79,8 | 50,7 | 59,6 | 12,6 |
| V Región Valparaíso | 1701293 | 103,1 | 91,5 | 62,3 | 57,7 | 14,0 |
| VI Región O'Higgins | 857677 | 98,3 | 70,8 | 50,1 | 57,6 | 12,2 |
| VII Región Maule | 983396 | 100,5 | 66,9 | 51,6 | 57,5 | 12,4 |
| VIII Región BioBio | 1996099 | 102,8 | 83,1 | 51,5 | 56,5 | 12,3 |
| IX Región La Araucanía | 945544 | 101,6 | 67,9 | 50,9 | 60,7 | 12,7 |
| XIV Región Los Ríos | 375.193 | 100,0 | 68,5 | 54,1 | 59,0 | 13,0 |
| X Región Los Lagos | 804.975 | 97,1 | 69,9 | 46,2 | 57,3 | 11,5 |
| XI Región Aysen | 101523 | 89,9 | 83,3 | 36,0 | 55,4 | 9,4 |
| XII Región Magallanes | 157032 | 90,2 | 92,8 | 53,1 | 51,9 | 11,8 |
| XIII Región Metropolitana | 6676745 | 105,0 | 96,8 | 50,7 | 54,2 | 11,8 |

Fuente: INE 2009

Existe una mayor proporción de mujeres, con una razón 105 mujeres por cada 100 hombres. No obstante, en regiones que concentran actividades de minería y agropecuaria la razón se revierte. Como se mencionara anteriormente, alrededor del 87% habita en zonas urbanas, aunque las regiones del Maule, La Araucanía, Los Ríos y Los Lagos tienen un mayor porcentaje de población rural.

Con respecto a la distribución de la población por grupos de edad, Valparaíso es la que presenta la población más envejecida, con un 14% de mayores de 60 años en 2007. Le siguen Los Ríos con un 13% y Arica-Parinacota con un 12,9%. Las regiones con menores índices de dependencia demográfica, que significa una mayor proporción de población en edad productiva, son Magallanes, Tarapacá, Antofagasta y la Región Metropolitana.



**CAPITULO I: MEJORAR LOS
LOGROS SANITARIOS ALCANZADOS**



Este objetivo fue planteado con el objeto de asegurar los logros alcanzados en las décadas pasadas y completar la agenda pendiente en el control de las patologías asociadas al subdesarrollo, como las enfermedades infecciosas y los problemas materno infantiles. Asimismo, se hace cargo del fenómeno de emergencia y reemergencia de enfermedades infecciosas, que afecta al mundo entero.

Para cumplir este propósito se establecieron 49 objetivos de impacto, distribuidos en áreas como salud infantil, salud de la mujer y enfermedades infecciosas. De ellos destacan tres objetivos prioritarios: Reducir la Mortalidad Infantil, la Mortalidad Materna y la tasa de Incidencia de Tuberculosis.

SALUD INFANTIL

La salud infantil en Chile ha sido durante décadas un tema central en las políticas de Estado, logrando con ello consolidar los logros alcanzados mediante estrategias de salud de alto impacto y cobertura. Si bien, estos objetivos fueron planteados con el objeto de asegurar esos logros, especialmente en mortalidad, se suma la necesidad de ampliar el espectro de influencia hacia otros componentes de la salud tales como calidad de atención y calidad de vida de niños portadores de alguna patología crónica.

a. Mortalidad infantil

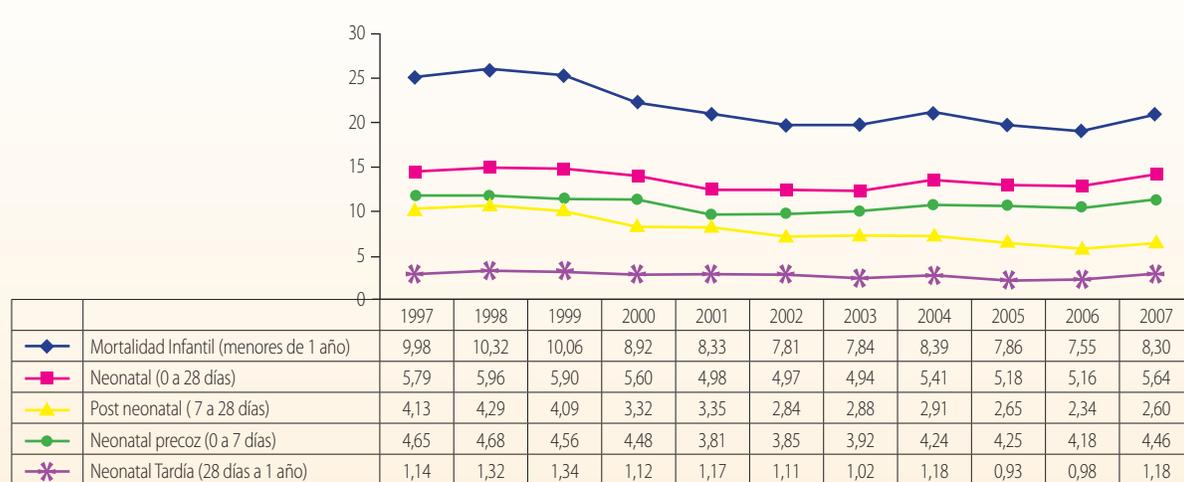
- Disminuir en un 25% la mortalidad infantil a nivel nacional

Meta 2010: Tasa de 7,5 por 1000 Nacidos Vivos en 2010

Grado de cumplimiento: Con avance importante

La tasa de mortalidad infantil calculada para 2007, fue de 8,3 por mil nacidos vivos. Al compararla con la cifra inicial de 10,1 en 1999, esta cifra muestra un descenso de 17,5%.

Figura 9: Mortalidad infantil y sus componentes. Chile, 1997 - 2007



Fuente: Elaboración propia en base a datos DEIS

Al analizar los componentes del indicador, se aprecia que la mortalidad postneonatal (de 28 días a 11 meses de edad) se reduce de manera constante, alcanzando un descenso de un 36,5% entre 1999 y 2007, no así con los otros componentes, que se muestran estables en el periodo estudiado.

Cabe mencionar que en 2003 se dictaron normativas destinadas a mejorar la integridad del registro de las muertes de los menores de un año, para evitar la omisión de registro de las defunciones de niños de muy bajo peso de nacimiento, lo que impactó en esta tasa, elevándola en 2004 a 8,4 por mil Nacidos Vivos, lo que corresponde a la cifra más alta desde 2001.

- Disminuir la morbilidad neonatal
- Contribuir a mejorar la calidad de vida de los niños que egresan de unidades de cuidado intensivo neonatal

Meta 2010: No explicitadas
Grado de cumplimiento: Morbilidad: No evaluable
Mortalidad: Cumplido

La mortalidad neonatal se reduce discretamente en el periodo observado, de 5,9 a 5,6 por cada 1.000 NV. Entre 1999 y 2007, con importantes fluctuaciones que podrían explicarse en las medidas implementadas para mejorar el registro en el año 2004. Al desagregar este indicador, se observan disminuciones en mortalidad neonatal precoz y tardía, las que alcanzan a 2,1% y 12,2% respectivamente. Lo anterior se debe, principalmente, a que en ese grupo de edad existe una mayor proporción de defunciones por causas difícilmente reducibles, en que los avances en medicina aún tienen poco que ofrecer, como algunas anomalías congénitas, enfermedades cromosómicas graves y otras enfermedades del período perinatal.

Respecto de la morbilidad, aún no se cuenta con un sistema de información que permita determinar la prevalencia o incidencia de patologías en el recién nacido. Lo mismo sucede en el caso del mejoramiento de la calidad de vida de los niños que egresan de UCI Neonatales.

No obstante, en 2007 se inician las estrategias ligadas al Sistema Chile Crece Contigo, orientadas a la protección de la primera infancia, cuyo impacto podría reflejarse en los indicadores de los próximos años.

SISTEMA DE PROTECCION INTEGRAL A LA INFANCIA CHILE CRECE CONTIGO

Con fecha 1 de septiembre de 2009 S.E. la Presidenta de la Republica Michelle Bachelet promulgó la ley que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e Institucionaliza el Subsistema Chile Crece Contigo, instaurando una política de protección social sin precedentes en la historia, que permitirá una gestión intersectorial coordinada y descentralizada, asumiendo las políticas sociales de infancia como una tarea permanente del Estado. Este sistema busca apoyar a niños y niñas desde su gestación hasta su ingreso al sistema escolar, permitiendo la construcción de condiciones sociales que favorezcan la equiparación real de oportunidades, a fin de superar el círculo vicioso de la vulnerabilidad social.

El "Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial", el componente de salud de Chile Crece Contigo, considera estrategias de intervención tales como talleres y actividades de preparación al parto, la crianza y el cuidado de los niños y niñas, visitas domiciliarias del personal de salud en los hogares de las familias más vulnerables, entrega de información y materiales para promover el desarrollo integral de niños y niñas, dirigidas a todos los usuarios de la red pública de salud.

Las garantías que ofrece el programa implican que el sector mueve su foco desde la sobrevivencia, hacia el desarrollo integral de los niños y niñas y avanza a paso firme en el desarrollo del modelo de salud familiar y comunitario. En este periodo, se ha experimentado un aumento de cobertura sin precedentes en la historia de la oferta de servicios preventivos y promocionales para las familias.

Un importante avance se observa en las acciones implementadas para mejorar la calidad de vida de los menores que egresan de las unidades de cuidados neonatales, con la incorporación a las garantías GES de la prevención del parto prematuro, y el diagnóstico y tratamiento de patologías asociadas a la prematurez como displasia broncopulmonar, hipoacusia y retinopatía.

Entre 2006 y 2008 accedieron a estas garantías un total de 142.252 casos, aumentando de 8.666 en 2006 a 78.968 en 2008, su distribución se detalla en el siguiente cuadro:

Cuadro 5: Acceso a garantías relacionadas con prematurez. Chile 2006-2008

| Garantía | 2006 | 2007 | 2008 |
|----------------------------|-------|--------|--------|
| Prevención parto prematuro | 7.463 | 47.498 | 67.654 |
| Displasia broncopulmonar | 173 | 1.163 | 1.926 |
| Hipoacusia | 500 | 2.883 | 4.519 |
| Retinopatía | 530 | 3.074 | 4.869 |
| Total anual | 8.666 | 54.618 | 78.968 |

Fuente: Elaboración propia en base a datos SIGGES

b. Anomalías Congénitas

- Prevenir la ocurrencia de algunas anomalías congénitas (defectos de cierre del tubo neural)
- Mejorar la calidad de vida de los niños portadores de anomalías congénitas

Meta 2010: No explicitadas

Grado de cumplimiento: Ocurrencia de Anomalías Congénitas: Cumplido

Calidad de Vida: No evaluable

En cuanto a anomalías congénitas, el Ministerio de Salud ha implementado y mantenido medidas de salud pública tendientes a prevenir su aparición; es así como desde 1990 se inicia la vacunación contra la rubéola, que se refuerza en 1999 vacunando a todas las mujeres de 10 a 29 años.

Asimismo, el año 2000 se inicia el programa de fortalecimiento con Ácido Fólico de todas las harinas de trigo nacionales e importadas (Artículo 350 del Reglamento Sanitario de los Alimentos). Según un estudio realizado en 10 hospitales base de la Región Metropolitana, los defectos del cierre del tubo neural disminuyeron en un 40%; a pesar de que ésta información no permite hacer inferencias a la realidad nacional, debe considerarse que abarca una proporción importante de la población del país (40% de la población es residente de la Región Metropolitana), que determinó la línea de base de incidencia de defectos de cierre del tubo neural en 1,62 por 1.000 RN en 2000, que disminuye a 0,69 en 2008, lo que representa una reducción de 57%.

Otro avance en esta materia ha sido la incorporación de la cirugía de reparación de las disrrafias espinales en las garantías explícitas en salud a partir del 1 de julio del 2005, que ayudará a mejorar la calidad de vida de los niños que nacen con este defecto, entre 2006 y 2008 se ingresaron a diagnóstico un total de 3.488 casos.

Con relación a la calidad de vida de los niños portadores de anomalías congénitas, aún no se cuenta con información para evaluar esta meta.

c. Infecciones Respiratorias Agudas

- Disminuir la morbimortalidad por IRA (metas programa IRA)
- Reducir la mortalidad por IRA en menores de 1 año (se agregó en Evaluación 2005)

Meta 2010: No explicitada

Grado de cumplimiento: Mortalidad por IRA en menores de 1 año: Cumplido

Calidad de Vida: No evaluable

Similar a lo que sucede en todas las edades, la mortalidad por IRA ha presentado una importante disminución en los niños, a partir de la implementación del Programa IRA y la Campaña de Invierno (ver recuadro). Asimismo, se han mantenido la vigilancia epidemiológica de IRA y el programa de oxigenoterapia ambulatoria. Es así que la mortalidad por IRA en menores de 1 año disminuye un 67,4%, entre 1998 y 2007, de 106,1 a 34,5 por 100.000 N.V.

PROGRAMA NACIONAL DE IRA

En septiembre de 1990, el Programa IRA, se transformó en el programa oficial del Ministerio de Salud para el manejo de patología respiratoria. El objetivo principal de la creación de este programa fue disminuir la morbimortalidad por infecciones respiratorias agudas. Este programa es uno de los mejor evaluados en cuanto a eficacia, rendimiento y costo-efectividad; está reconocido como una modalidad de trabajo innovadora, sin antecedentes bibliográficos en otra parte del mundo, ajustándose a la realidad de nuestro medio. Entre esta modalidad de trabajo se destaca la incorporación de kinesiólogos adiestrados en la especialidad, con formación en neumología pediátrica, a la atención de menores dentro del equipo de salud de atención primaria, junto al médico, enfermera, nutricionista, asistente social y matrona.

CAMPAÑA DE INVIERNO

Todos los años, el sistema público de salud ejecuta una serie de medidas que le permiten estar preparado para absorber el aumento de la demanda por enfermedades respiratorias, que se produce en la temporada invernal, entre las cuales se destacan el aumento de salas mixtas –que atienden IRA y ERA- para localidades con población de menos de 10 mil habitantes, ampliando aún más la capacidad de respuesta del sistema público de salud, y la extensión de horarios en los SAPUs del país.

Debido a la incorporación de la Infección respiratoria aguda (IRA) baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años a las garantías GES, entre 2006 y 2008 se han confirmado e ingresado a tratamiento un total de 2.214.335 casos, los cuales van de 161.638 en 2006 a 1.182.063 en 2008.

d. Promoción del desarrollo integral del niño

- Mejorar el estado nutricional de la población infantil
- Reducir el daño (índice COPD)

Meta 2010: No explicitada para estado nutricional, Disminuir índice COPD a los 12 años
44% de 3,42 a 1,9 en 2010.

Grado de cumplimiento: Estado Nutricional: Con retroceso

Daño COPD: Cumplido

- **Estado nutricional de la población infantil**

Según evaluaciones realizadas por JUNAEB, muestra una tendencia ascendente para la década estudiada, no obstante se aprecia un descenso en 2008 para las cifras de obesidad en preescolares y en escolares de 1° básico. La evaluación completa del cumplimiento de este objetivo se verá a fondo en el Capítulo II: Determinantes del estado de salud.

- **Índice COPD**

El índice COPD a los 12 años, disminuyó de 3,4 en 1999⁶ a 1,9 en 2007⁷, cumpliendo así la meta establecida para el final de la década.

El estudio realizado en 2007, mostró que junto con disminuir el promedio de dientes con daño por caries, aumentó la proporción de niños que a los doce años no han tenido nunca caries en la dentición definitiva, de 15,6% en 1999 a 37,5% en 2007. Esto mostraría un impacto sustancial de las medidas preventivas implementadas a lo largo de la década. Este es un gran logro, sin embargo, aún quedan importantes desafíos pendientes, ya que, a pesar de haber disminuido el daño por caries en todos los grupos socioeconómicos, no ha sido posible cerrar las brechas de inequidad existentes.

Las principales estrategias implementadas en salud bucal para el logro de este objetivo han sido:

1. Mejorar el acceso a fluoruros para la prevención y control de la caries dental, para lo cual se ha implementado la Fluoración del Agua potable, que continúa siendo la medida más efectiva y equitativa para lograr la exposición comunitaria a los efectos preventivos del fluoruro. En zonas rurales donde la fluoración del agua no está indicada, por no existir redes de agua potable, o bien, tener coberturas bajas, el Ministerio de Salud y la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) implementaron el programa de alimentación escolar con leche fluorada (PAE/F), con el que se beneficia a los escolares rurales de 1° a 8° básico, que representan los grupos de edad de mayor riesgo de tener caries dentales. Actualmente, el PAE fluorado se desarrolla en las escuelas rurales de la Región de Valparaíso al sur, abarcando 10 de las 15 regiones del país. Durante el año 2010, este programa también será implementado en la Región de Coquimbo.
2. Priorización de la Atención Odontológica Integral en las edades de mayor riesgo biológico: Sobre la base de que los períodos de erupción de los dientes, tanto en la dentición temporal como definitiva, y a las edades en que las personas son más vulnerables a la educación en salud, se priorizó las edades de 2, 4, 6 y 12 años y embarazadas. En este último grupo, el objetivo es disminuir el riesgo de patología bucal en el recién nacido, ya que disminuye la carga bacteriana de la madre y se refuerza la educación en salud bucal, en un período de mayor vulnerabilidad.

Participación inter e intrasectorial: Se ha trabajado y coordinado acciones con el Departamento de Salud Ambiental, de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, SEREMIs de Salud de cada región, Superintendencia de Servicios Sanitarios (para coordinar el tema de la vigilancia de los fluoruros en agua), JUNAEB (en relación a la vigilancia del Programa de Alimentación Escolar Fluorurada), Servicios de Salud (para la evaluación y vigilancia de las metas sanitarias) y con JUNJI, INTEGRA, JUNAEB y MINEDUC (en la estrategia de Promoción y Prevención en Salud Bucal de Niños y Niñas párvulos desde el año 2006).

Salud oral integral para niños de 6 años:

A partir de la incorporación en las garantías GES, y la evolución de los casos que han accedido a esta garantía, se observa un importante aumento entre 2006 y 2008 de 29.129 a 261.961 respectivamente, que en total suman 476.575 casos en tratamiento.

⁶Urbina T, Caro J.C, Vicent M. *Caries Dentaria y Fluorosis en niños de 6 a 8 y 12 años. MINSAL 1996-9.*

⁷Soto L, Tapia R, Jara G, Rodríguez G y Urbina T. *Diagnóstico nacional de salud bucal del adolescente de 12 años y evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos sanitarios de salud bucal 2000-2010. Santiago de Chile: Universidad Mayor; 2007.*

El tratamiento contempla la atención integral de odontología general del niño incluyendo actividades educativas, preventivas y curativas. Por razones técnicas, se ha contemplado el ingreso a GES mientras el niño tiene 6 años, no obstante el alta odontológica debe darse una vez que haya erupcionado los primeros molares definitivos, de tal forma de aplicar los sellantes correspondientes en forma oportuna para dejar dichas piezas dentarias protegidas.

e. Enfermedades Crónicas en niños

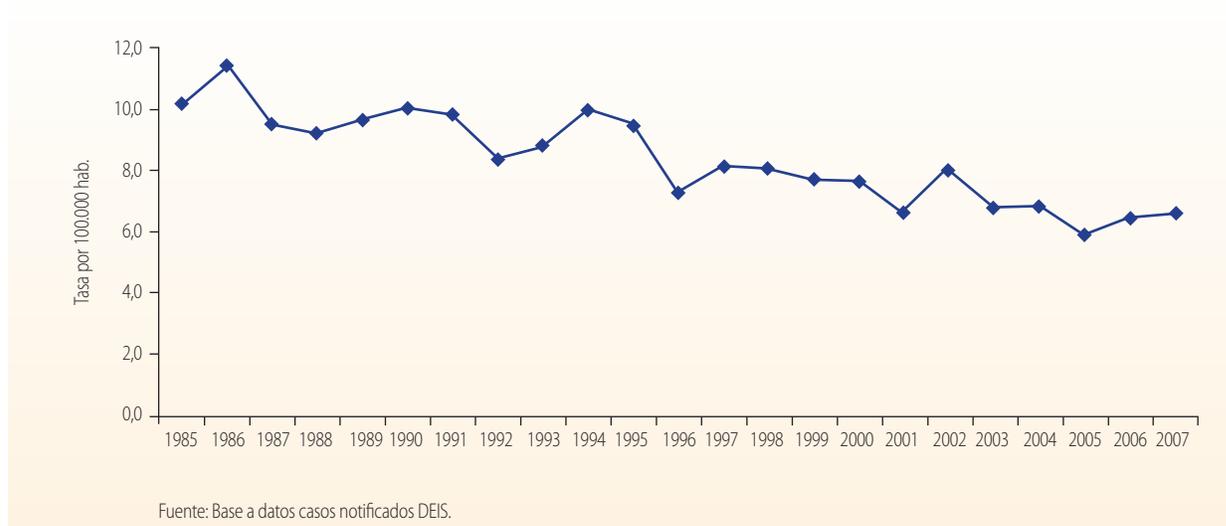
- Reducir las muertes por cáncer en niños
- Mejorar la calidad de vida en niños con Cáncer
- Reducir la incidencia de SIDA pediátrico
- Mejorar la calidad de vida de niños portadores de VIH

Meta 2010: No explicitada
Grado de cumplimiento: Muerte por Cáncer: Cumplido
 Calidad de Vida en niños con Cáncer: No evaluable
 Incidencia de SIDA pediátrico: No cumplido
 Calidad de vida de niños portadores de VIH: No evaluable

• Cáncer infantil

La Tasa de Mortalidad por cáncer en menores de 15 años disminuyó de 4,5 por cien mil hab. en 1998 a 3,5 en 2007, lo que significa una reducción de un 22% en la tasa. Este problema de salud fue incorporado al régimen GES y abarca todos los cánceres que afectan a los menores de 15 años, (tumores sólidos y hematológicos) para los cuales existen tratamientos efectivos. Incluye diagnóstico, tratamiento (incluidas las recaídas y transplante de médula) y seguimiento.

Figura 10: Mortalidad por Cáncer en menores de 15 años. Chile, 1985 - 2008



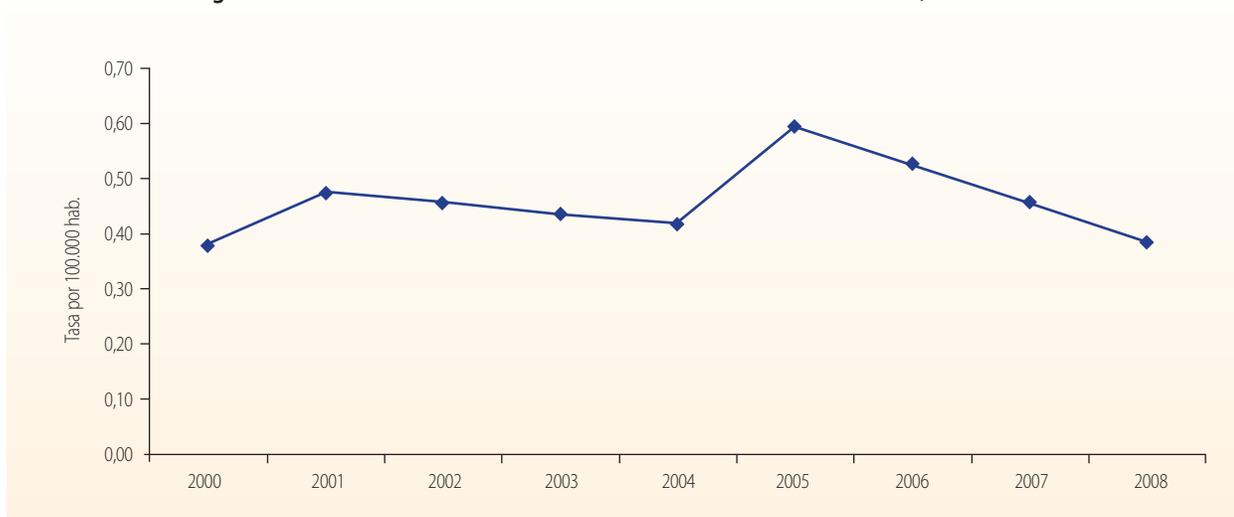
En cuanto a la calidad de vida en niños con cáncer, se ha avanzado en su medición, a través de cuatro estudios en desarrollo a la fecha:

- Calidad de vida durante el tratamiento y al término en Protocolo de Osteosarcoma.
- Calidad de vida intratratamiento en 39 niños con cáncer en Hospital Sótero del Río.
- Evaluación de la Calidad de vida con cuestionario Kreiteler en 100 niños tratados por cáncer en Hospital San Juan de Dios.
- Evaluación de la Calidad de vida en tratados por Leucemia Linfoblástica en Hospital Roberto del Río, con cuestionario *Kidscreen*.

• VIH - SIDA

Respecto de la Tasa de Notificación de VIH/SIDA en menores de 15 años, al comparar los años 2000 y 2008, no se observan cambios importantes, (0,37 a 0,38 por 100.000 hab. en 2000 y 2008 respectivamente), sin embargo entre los años 2005 y 2006 la tasa de notificación aumenta a cerca de 0,6 por mil hab. menores de 15 años, disminuyendo sostenidamente hasta 2008. Este aumento se explicaría por una mejora en la calidad del registro debido a la implementación de la Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH en 2005, que instruye medidas de tipo preventivo y de aumento en el acceso al tratamiento, incluyendo ofrecimiento universal del test VIH a las embarazadas, acceso a protocolo farmacológico para las mujeres VIH positivo y sus hijos, el uso de sucedáneos de leche materna, y la inclusión de la prueba de VIH durante el embarazo, mejorando la detección del VIH durante el embarazo, lo que facilita la aplicación de terapias que reducen el riesgo de infección perinatal por transmisión vertical de la madre al hijo/a.

Figura 11: Tasa de notificación de VIH/SIDA en menores de 15 años. Chile, 2000 - 2008



Fuente: Base a datos casos notificados, DEIS.

En cuanto a la calidad de vida en niños portadores de VIH/SIDA, a pesar que no se ha implementado un sistema de medición, se ha avanzado en:

- El estudio de Evaluación de Impacto de Terapia Antiretroviral, a través del seguimiento de la cohorte de niños en tratamiento en el Sistema Público de Salud, el que ha permitido conocer la eficacia virológica e inmunológica de las terapias, la sobrevida y los factores psicosociales que rodean a los niños con VIH/SIDA (desde 2010).
- Entre los años 2004 y 2005 se realizó el estudio "Situación de los niños y niñas afectados por el VIH/SIDA", el que se focalizó en hogares de personas que viven con VIH, usuarias del sistema público de salud. El estudio entregó elementos orientadores, relacionados con las necesidades de los niños en los ámbitos de salud, psicosocial y educación.

- Entre 2006 y 2007, se desarrollaron proyectos de sensibilización a comunidades educativas para la inserción de niños portadores de VIH, para prevenir la discriminación por parte de sus pares o profesores.
- Se realizó un estudio diagnóstico del apoyo psicosocial a niños con VIH en los centros de atención del país y un taller nacional con profesionales del ámbito de salud y ciencias sociales para revisar y planificar estrategias de apoyo psicosocial a niñas, niños y adolescentes afectados por el VIH.
- En 2008 se elaboró el documento "Lineamientos Técnicos para el apoyo psicosocial a niños, niñas y adolescentes con VIH que aborda temas de autocuidado (incluyendo sexualidad), adherencia a tratamiento e información del diagnóstico. Actualmente el documento se encuentra en etapa de publicación.

SALUD DE LA MUJER

Los logros alcanzados durante las últimas décadas del siglo XX en materia de salud reproductiva en la mujer son indiscutibles, por lo que se estableció como objetivo de impacto mantenerlos y mejorarlos, logrando cumplir durante la década 2000-2010, la mayor parte de ellos, en el nivel nacional. Se agregan a ellos, algunos objetivos relacionados con condiciones crónicas, con distintos niveles de cumplimiento, no obstante, éstos no logran abordar a cabalidad los desafíos actuales en salud de la mujer. Como sucede en otras áreas, estos promedios pueden esconder las particularidades geográficas y por gradiente social.

a. Mortalidad Materna

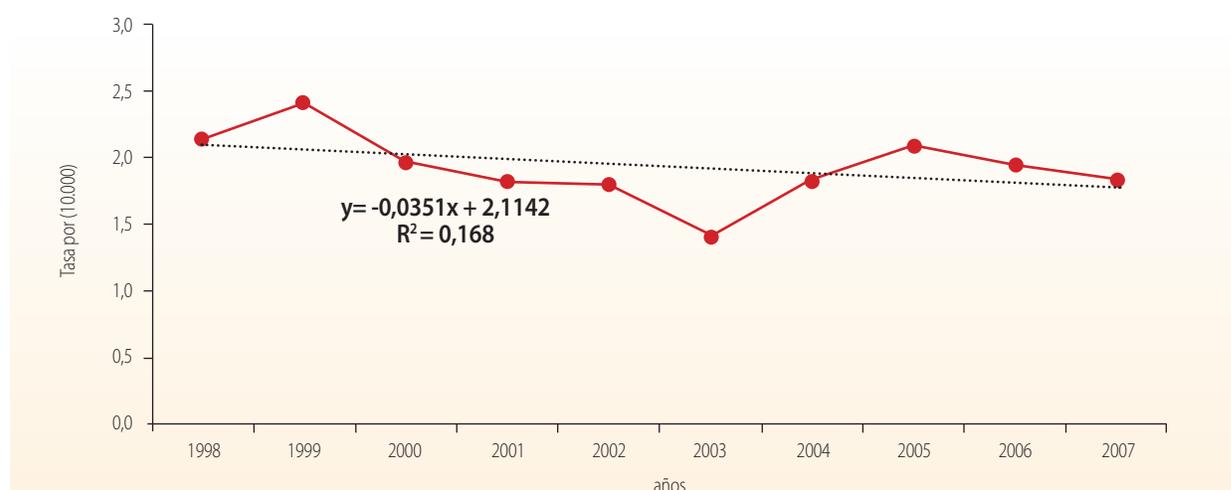
- Disminuir la Mortalidad Materna en un 50%

Meta 2010: Tasa de 1,2 por 10.000 Nacidos Vivos en 2010

Grado de cumplimiento: No cumplido

La tasa de mortalidad materna en 2000 fue de 1,9 por 10.000 nacidos vivos. Durante este periodo, su comportamiento se ha mostrado variable, pero con tendencia al descenso, evidenciando un aumento en 2004 y 2005, en que alcanza una tasa de 2,0 por 10.000 NV, disminuyendo los últimos dos años, llegando a 1,8 por 10.000 NV en 2007, lo que significa una reducción del 5%.

Figura 12: Tasa de Mortalidad Materna (x 10.000 RN vivos). Chile, 1998 a 2007



Fuente: Elaboración propia a partir de datos DEIS

b. Embarazos no deseados

- Disminuir la brecha entre fecundidad deseada y real menor del 20%
- Reducir el embarazo en adolescentes
- Reducir la mortalidad materna relacionada con aborto en un 50% (en relación a nivel año 2000)

Meta 2010: Tasa de Fecundidad Específica 46 por 1.000 en mujeres entre 15 y 19 años en 2010

Tasa de mortalidad materna relacionada con abortos de 0,25 por 10.000 nacidos vivos en 2010

Grado de cumplimiento: Brecha entre fecundidad deseada y real: No cumplido

Fecundidad Específica: Avance importante

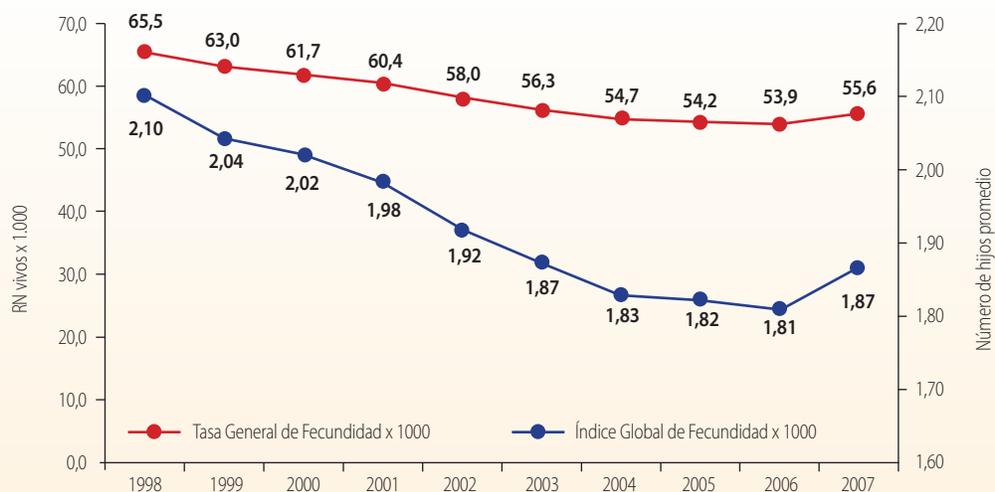
Mortalidad Materna relacionada con aborto: Cumplido

Disminuir la brecha entre fecundidad deseada y real menor del 20%

Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud del año 2000, única fuente que reporta el número de hijos deseado a partir de la consulta por el número ideal de hijos por familia, la media fue de 2,76 hijos, con mínimas diferencias, no significativas, por sexo y edad.

Sin embargo, al observar las cifras desde 1998 a 2007, se aprecia un descenso en el índice global de fecundidad, desde 2,1 hijos por mujer en edad fértil a 1,8 hpm. en 2007. Esto implica por una parte, que no se satisface la expectativa de las familias de reproducción, por déficit, y por otra, que se está por debajo del nivel mínimo requerido para asegurar el reemplazo generacional, es decir, para la sustitución de la población en etapa reproductiva.

Figura 13: Tasa General de Fecundidad y Tasa Global de Fecundidad

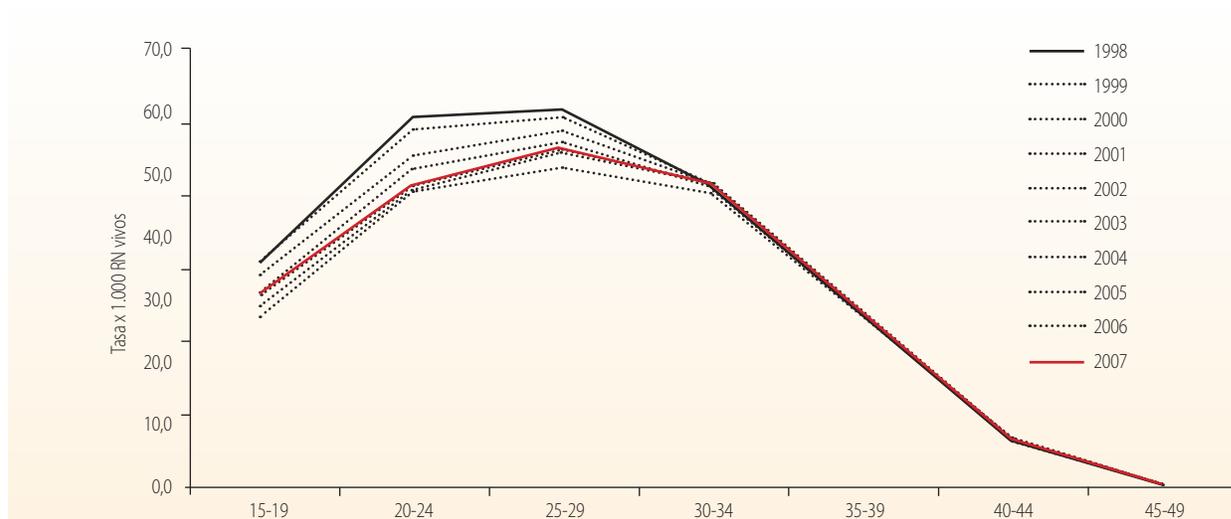


Fuente: Elaboración propia a partir de datos DEIS

Reducir el embarazo en adolescentes

La tasa específica de fecundidad en el grupo de edad de 15 a 19 años, para 2007 llega a 53,4 por 1.000 NV, no alcanzando la meta establecida de 46. No obstante, se ha reducido en 18% entre 1998 y 2007. Cabe señalar que desde 1998 se observaba un descenso sostenido de la fecundidad en este grupo, llegando a 47,5 por 1.000 en 2004, sin embargo, a partir de 2005 se observa un nuevo aumento. Es importante señalar que este fenómeno se observa en los grupos menores de 30 años y mayores de 44 años, mientras que en el grupo de 30 a 34 años se mantiene la tasa, aumentando levemente en el grupo de 35 a 39 y 40 a 44 años.

Figura 14: Tasa Específica de Fecundidad, Chile 1998 - 2007

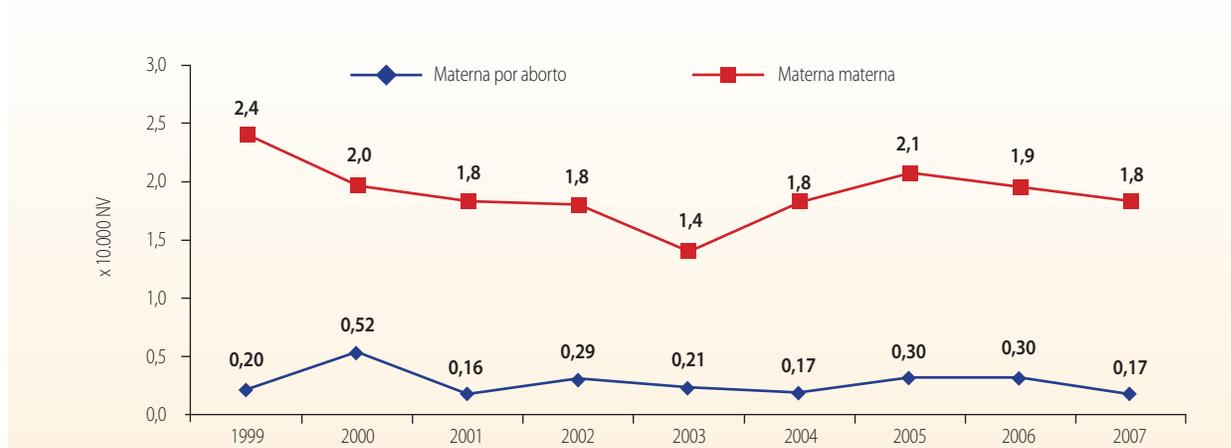


Fuente: Elaboración propia a partir de datos DEIS

Reducir la mortalidad materna relacionada con abortos

La tasa de mortalidad materna relacionada con aborto muestra un importante descenso de 0,50 por 10.000 NV en 2000 a 0,17 por 10,000 NV en 2007, lo que corresponde a un descenso del 66,7%, lo que implica que se cumplió con la meta planteada a 2010 (0,25 por 10.000 nacidos vivos).

Figura 15: Mortalidad materna y materna por aborto. Chile 1997 - 2007



Fuente: Elaboración propia a partir de datos DEIS

c. Mortalidad Fetal Tardía

- Reducir la Tasa de Mortalidad por complicaciones obstétricas (trastornos relacionados con el embarazo, trastornos hipertensivos y complicaciones del trabajo de parto)
- Reducir la Tasa de Mortalidad Fetal Tardía

Meta 2010: Tasa de mortalidad fetal tardía de 3 por 1.000 nacidos vivos en 2010

Grado de cumplimiento: Mortalidad por Complicaciones Obstétricas: Cumplido
Mortalidad Fetal Tardía: Con retroceso

Reducir la Tasa de Mortalidad por complicaciones obstétricas

A pesar de que no se estableció una meta cuantitativa a 2010, se observa que la tasa de mortalidad por complicaciones obstétricas se ha reducido de 2.4 por 10.000 NV en 1999 a 1.8 en 2007. Al desagregar por subgrupos de causas, observamos que han disminuido todas las causas, excepto "Otras afecciones obstétricas", no clasificables en las anteriores y que incluye las afecciones que causan complicación del embarazo, o son agravadas por éste, o motivan su atención.

Tabla 5: Mortalidad materna, según subgrupo de causa. Chile 1998 a 2007

| Causas | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Aborto | 0,20 | 0,52 | 0,16 | 0,29 | 0,21 | 0,17 | 0,30 | 0,30 | 0,17 |
| Trastornos hipertensivos en el embarazo parto y puerperio | 0,56 | 0,48 | 0,61 | 0,54 | 0,17 | 0,35 | 0,43 | 0,52 | 0,37 |
| Otros trastornos maternos relacionados con el embarazo | 0,12 | 0,24 | 0,08 | 0,00 | 0,13 | 0,09 | 0,04 | 0,09 | 0,04 |
| Trastornos relacionados con el feto | 0,16 | 0,00 | 0,00 | 0,08 | 0,21 | 0,09 | 0,04 | 0,00 | 0,08 |
| Complicaciones del trabajo de parto y parto | 0,40 | 0,20 | 0,20 | 0,21 | 0,13 | 0,17 | 0,22 | 0,17 | 0,33 |
| Parto | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,09 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Complicaciones del puerperio | 0,36 | 0,20 | 0,28 | 0,29 | 0,13 | 0,17 | 0,13 | 0,17 | 0,25 |
| Otras afecciones obstetricas no clasificables en otra parte | 0,60 | 0,32 | 0,49 | 0,38 | 0,43 | 0,69 | 0,91 | 0,69 | 0,58 |
| Total | 2,39 | 1,97 | 1,83 | 1,80 | 1,41 | 1,82 | 2,08 | 1,94 | 1,83 |

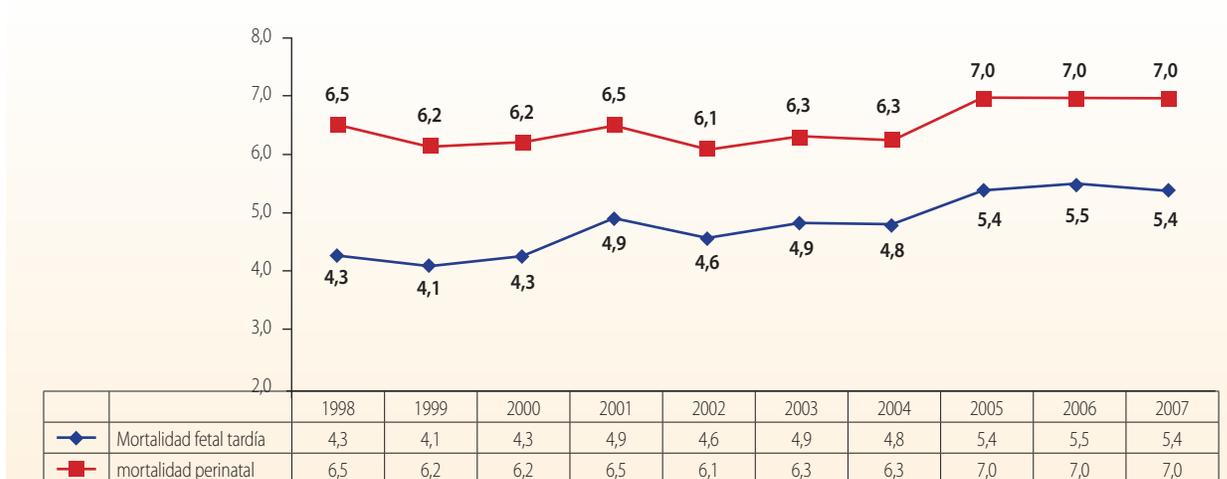
Fuente: Elaboración propia en base a bases de datos de defunciones del DEIS, MINSAL.

Reducir la Tasa de Mortalidad Fetal Tardía

La tasa de mortalidad fetal tardía aumentó entre 2002 y 2007 en un 18%, siendo de 4,6 y 5,4 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente. Es importante señalar que hasta el año 2001, el número de muertes fetales era entregado por el Instituto Nacional de Estadísticas, lo que puede haber implicado un subregistro de las mismas. Asimismo, el año 2007 se aprueba la Norma General Técnica N° 100 sobre "Procedimientos para el registro de las auditorias de muertes maternas, fetales e infantiles"⁸, con el objeto de determinar el perfil epidemiológico de la mortalidad materna, fetal e infantil a nivel local, regional y central, para establecer estrategias de mejoramiento de la calidad de la atención y reducir las muertes evitables. La norma fue distribuida ampliamente en el sector y se espera que, a través de su aplicación, se mejore el registro de estas muertes, mejorando la información disponible.

⁸http://www.minsal.cl/juridico/resolucion_916_07.doc

Figura 16: Mortalidad Fetal Tardía (MFT) y Perinatal. Chile 1998 a 2007



Fuente: Elaboración propia a partir de datos DEIS.

Dentro de lo explicitado en la norma, se establece que a partir del 1 de julio de 2005 todos los establecimientos públicos y privados, en que los médicos (as) y matrones (as) que atiendan partos o abortos, cuyo producto identificable o diferenciable de los tejido maternos nazca muerto, independientemente de su edad gestacional, deberán extender un certificado medico de defunción y estadística de mortalidad fetal.

d. Calidad de la atención obstétrica

- Mejorar la calidad de la atención obstétrica

Meta 2010: No cuantificada

Grado de cumplimiento: No evaluable, sin línea de base e indicadores específicos.

A pesar de no contar con un sistema que permita evaluar sistemáticamente la calidad en la atención obstétrica, durante los últimos años, se observa un avance en la materia a través la implementación de 2 importantes estrategias, como son aumentar la cobertura de analgesia en el parto (debido a su incorporación como garantía GES 2007, en que 116.596 usuarias han accedido entre 2007 y 2008) y la distribución del Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo, a toda la red de salud en 2008, lo anterior en el contexto del Sistema de Protección a la Primera Infancia Chile Crece Contigo.

Con este nuevo enfoque, se ha logrado la implementación de modificaciones sustanciales al control prenatal en todas las comunas del país, incorporando la educación prenatal y una perspectiva multicultural de ella, mediante la entrega de la Guía de Gestación y Nacimiento Creciendo Juntos, en una versión genérica, y otras desarrolladas especialmente para familias Aymará, Mapuche y Rapanui. Durante el año 2008 fueron beneficiadas por el programa CHCC 203.161 mujeres gestantes atendidas en la red pública. En el periodo de enero a julio de 2009 han ingresado 136.604 mujeres gestantes. El 98% de ellas contó con una evaluación psicosocial de vulnerabilidad o riesgo, prestación fundamental para la activación de intervenciones diferenciadas en la red pública de servicios. Los controles de salud en el embarazo también han cambiado, la educación prenatal que en 2006 llegaba sólo a 3 de cada diez mujeres y sus familias, en el año 2008 aumentó a 7. También se entregan materiales educativos a todas las familias, con un alcance de 180.000 guías “Empezando a Crecer”.

Las maternidades públicas se abren a las familias, logrando que entre 2006 y 2009 haya aumentado la cantidad de mujeres que pueden ser acompañadas durante el parto, en establecimientos públicos. El 71,5% de los partos (de un total de 166.963 atendidos), fueron realizados en presencia del padre del niño o niña o de una persona significativa para la mujer. En el año 2009, solo en el primer semestre 113.794 familias han sido beneficiadas.

e. Morbimortalidad asociada al cáncer de cuello uterino

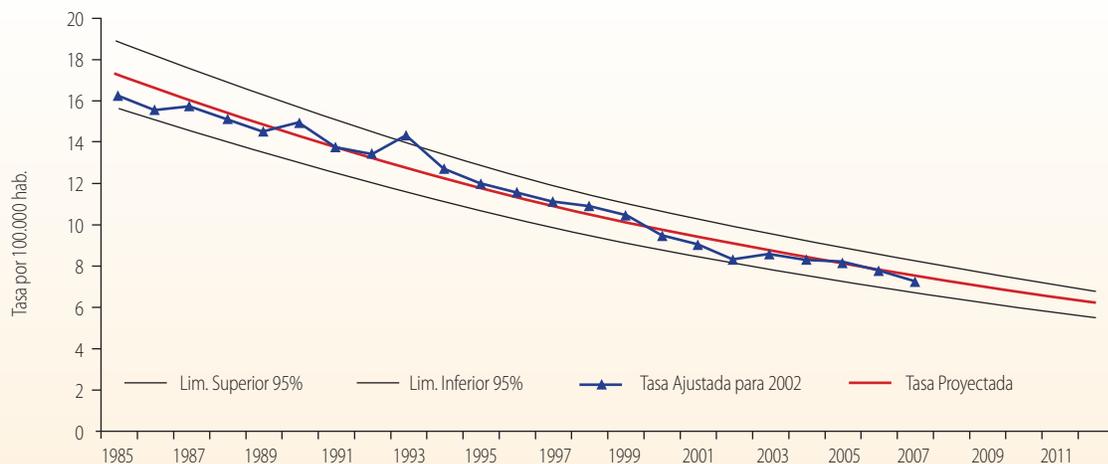
- Disminuir la mortalidad específica del cáncer de cuello de útero

Meta 2010: Disminuir la mortalidad estandarizada en un 40%

Grado de cumplimiento: Cumplido

La tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino bajó en un 43% de 9,2 a 6,2 por cien mil mujeres entre 1999 y 2007.

Figura 17: Mortalidad por Cáncer de útero, ajustada por edad y proyectada. Chile 1985 - 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de datos DEIS

Esta meta se evalúa en mayor profundidad en el capítulo II: Disminuir muertes y discapacidad

f. Climaterio

- Mejorar la calidad de vida de las mujeres post menopáusicas
- Reducir la prevalencia de osteoporosis
- Prevenir aparición de patologías crónicas de alta morbilidad

Meta 2010: No cuantificada

Grado de cumplimiento: No evaluables

No se cuenta con información para medir estos objetivos.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

A nivel mundial se observa una emergencia y reemergencia de estas enfermedades, a pesar de los esfuerzos por controlarlas. Dado este panorama, se consideró muy relevante su incorporación a los OS, puesto que ello permitiría monitorear la situación, dar soporte a estrategias de control y mantenerse alerta a la situación en el ámbito internacional. Finalizando la década, es posible observar que, a pesar de no dar cumplimiento a algunos objetivos que se consideraban prioritarios, la mayoría de los objetivos de impacto planteados se cumplieron.

a. Tuberculosis

- Alcanzar la Fase de Eliminación Avanzada

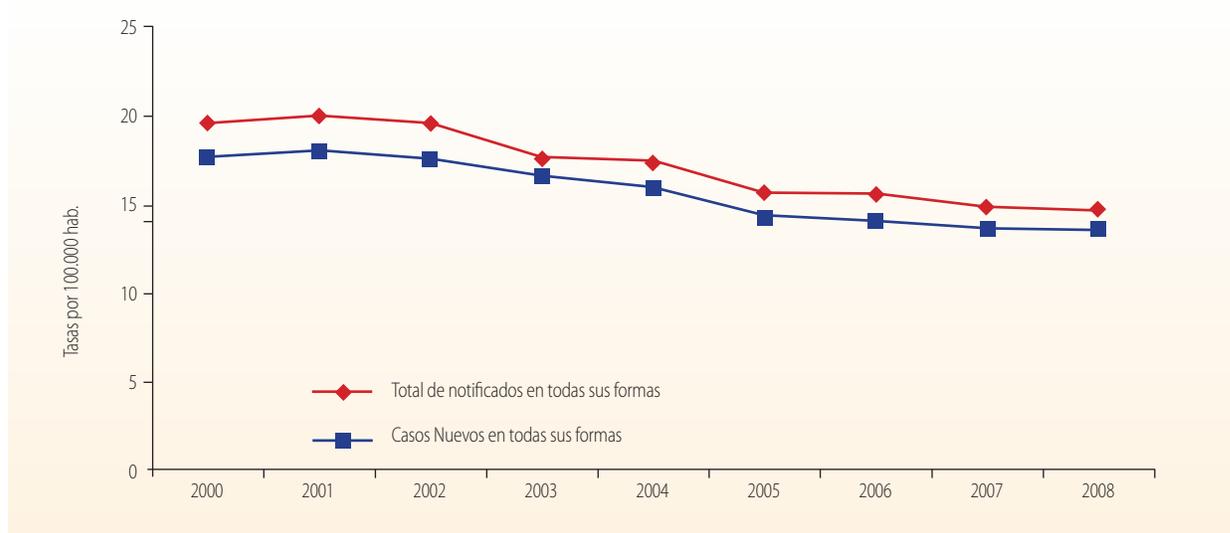
Meta 2010: al 2008 tasa de morbilidad de 10 x 100.000 habitantes

Grado de cumplimiento: Avance discreto

La tasa de morbilidad por esta enfermedad muestra tendencia al descenso de 19,6 por cien mil hab. en 2000 a 14,7 en 2008, por lo tanto, el objetivo no ha sido alcanzado. Del mismo modo, es poco factible que se alcance la meta de eliminación como problema de salud pública a 2010.

Si se analiza la incidencia, es decir, casos nuevos por año, descartando los casos antes tratados y recaídas, se observa un patrón similar a la tasa de casos notificados, con una tasa estable los primeros 3 años (2000-2002), y posteriormente una disminución sostenida en los 5 años sucesivos, llegando a 13,6 por cada 100.000 habitantes el 2008.

Figura 18: Tasa de morbilidad de Tuberculosis (* 100.000 hab.), total de casos notificados y casos nuevos, en todas sus formas. Chile 2000 - 2008.



Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, Minsal.

Al analizar estas cifras y compararlas con las descritas en la evaluación quinquenal de estos objetivos, se observa una diferencia en las tasas calculadas para los años 2001 y 2004, lo que es explicado por el ajuste y validación de bases de datos del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y de notificación de esta patología que maneja el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del MINSAL.

Tabla 6: Tasa de morbilidad por Tuberculosis, casos nuevos en todas sus formas (por 100.000 habitantes), según región de incidencia, Chile 2000 - 2008

| Región | Año de Incidencia | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
| XV. Arica y Parinacota | 40,6 | 51,3 | 47,8 | 33,4 | 42,8 | 32,0 | 36,4 | 43,0 | 35,8 |
| I. Tarapacá | 30,2 | 31,4 | 25,1 | 25,6 | 30,5 | 26,5 | 29,4 | 28,6 | 23,6 |
| II. Antofagasta | 18,4 | 15,0 | 13,7 | 14,4 | 12,9 | 11,1 | 10,8 | 13,2 | 11,2 |
| III. Atacama | 17,3 | 22,5 | 19,7 | 24,4 | 22,4 | 15,2 | 26,4 | 16,4 | 14,5 |
| IV. Coquimbo | 14,8 | 15,2 | 16,8 | 13,0 | 12,2 | 11,8 | 8,1 | 9,7 | 9,9 |
| V. Valparaíso | 15,2 | 16,4 | 15,4 | 14,0 | 16,1 | 12,2 | 12,7 | 11,5 | 10,9 |
| VI. Libertador Bernardo O´higgins | 13,8 | 14,9 | 13,4 | 13,0 | 8,4 | 12,5 | 11,1 | 11,0 | 9,1 |
| VII. Maule | 14,2 | 15,5 | 17,7 | 17,6 | 17,8 | 10,5 | 10,7 | 9,5 | 9,1 |
| VIII. Bio Bio | 20,0 | 19,7 | 22,6 | 20,7 | 18,9 | 15,6 | 17,2 | 16,2 | 17,2 |
| IX. Araucanía | 23,5 | 17,7 | 18,9 | 19,0 | 15,5 | 16,0 | 11,7 | 11,6 | 12,1 |
| XIV. Los Ríos | 15,7 | 23,3 | 17,2 | 15,2 | 20,8 | 14,0 | 13,6 | 11,2 | 10,4 |
| X. Los Lagos | 19,8 | 20,5 | 19,3 | 18,1 | 15,9 | 18,0 | 17,0 | 20,0 | 13,7 |
| XI. Aysén | 20,3 | 14,8 | 18,8 | 22,7 | 17,3 | 13,1 | 13,9 | 12,8 | 15,6 |
| XII. Magallanes y A. Chilena | 27,4 | 29,3 | 35,0 | 29,7 | 17,4 | 23,7 | 30,7 | 32,5 | 15,2 |
| Metropolitana | 16,2 | 16,7 | 15,2 | 14,8 | 14,2 | 13,7 | 13,4 | 12,5 | 14,2 |
| País | 17,7 | 18,0 | 17,5 | 16,6 | 15,9 | 14,3 | 14,2 | 13,7 | 13,6 |

Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, Minsal.

Al desagregar por regiones, en todas se observa una disminución de las tasas de incidencia y de casos notificados. Destacando las regiones de O´Higgins, Maule, y Coquimbo con tasas incidencia bajo 10 por 100.000 habitantes. Por su parte, las regiones de Arica y Parinacota y Tarapacá permanecen con las tasas de incidencia más altas (35,8 y 23,6 respectivamente), aun sobre el umbral de eliminación, definido como tasa de 20 por 100.000 habitantes, que el país en su conjunto alcanzó el año 2000.

Para efectos del análisis, se agruparon los Servicios de Salud en cuatro categorías, según tasa de incidencia, se observa que el 25% de ellos alcanzaron la meta al año 2008, con una tasa menor a 10 por 100.000 habitantes, lo que corresponde al 33% de los habitantes del país. Un segundo grupo compuesto por 11 servicios de salud, estaría cercano al cumplimiento mostrando tasas entre 10 y 14 por 100.000 habitantes, lo que corresponde al 39,3% del total de población nacional. Se destaca que sólo 3 servicios muestran tasas mayores a 20 por 100.000 habitantes, concentrando el 9% de la población nacional.

Tabla 7: Distribución de servicios de salud según tasa de incidencia de Tuberculosis en todas sus formas (por 100.000 Habitantes), año 2008.

| Servicio de Salud | Población 2008 | Tasa incidencia 2008 | Grupo según Tasa de Incidencia | % del total de Población Nacional |
|-----------------------------|-----------------|----------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Aconcagua | 255633 | 8,2 | Grupo 1 (incidencia <10) | 33% |
| Arauco | 167309 | 9,0 | | |
| Maule | 991542 | 9,1 | | |
| Libertador B. O'Higgins | 866249 | 9,1 | | |
| M.Sur Oriente | 1521144 | 9,7 | | |
| Viña del Mar- Quillota | 994152 | 9,8 | | |
| Coquimbo | 698018 | 9,9 | | |
| Valdivia | 376704 | 10,4 | Grupo 2 (incidencia 10-14) | 42% |
| M.Oriente | 1180470 | 11,0 | | |
| Antofagasta | 561604 | 11,2 | | |
| Araucanía Sur | 754709 | 11,4 | | |
| Llanquihue, Chiloé y Palena | 582147 | 13,1 | | |
| M.Occidente | 1132196 | 14,3 | | |
| Atacama | 276480 | 14,5 | | |
| Bío Bío | 386846 | 14,5 | | |
| Araucanía Norte | 199126 | 14,6 | | |
| Valparaíso- San Antonio | 470803 | 14,7 | | |
| M.Sur | 1062424 | 14,8 | | |
| Magallanes | 157574 | 15,2 | | |
| Osorno | 233248 | 15,4 | | |
| Aysén | 102632 | 15,6 | Grupo 3 (incidencia 15-19) | 16% |
| M.Norte | 753708 | 17,6 | | |
| Concepción | 631290 | 17,9 | | |
| Ñuble | 458581 | 19,6 | | |
| Talcahuano | 365523 | 19,7 | | |
| M.Central | 1095709 | 20,8 | | |
| Iquique | 300301 | 23,6 | | |
| Arica | 187348 | 35,8 | Grupo 4 (incidencia 20 y más) | 9% |
| Total País | 16763470 | 13,6 | | |

Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, Minsal.

ENFERMEDADES EMERGENTES

Malaria

- Mantener erradicación

Meta 2010: 0 casos de malaria autóctona

Grado de cumplimiento: cumplido

Este objetivo se ha cumplido a septiembre de 2009, no presentándose casos autóctonos de esta enfermedad durante el periodo de observación.

Chagas

- Mantener eliminación de transmisión vectorial
- Eliminar Chagas Congénito

Meta 2010: 0 casos de Chagas autóctono y congénito

Grado de cumplimiento: No cumplido

En 1999, Chile alcanzó la interrupción de la transmisión vectorial del *Tripanosoma cruzi*, producto del control realizado sobre el vector en Chile, el *Triatoma infestans* (vinchuca), siendo el segundo país de la región en conseguirlo, luego de que Uruguay lo hiciera en 1997.

En cumplimiento con los acuerdos de INCOSUR, el indicador de la efectiva interrupción de la transmisión vectorial y su mantención, son las encuestas serológicas periódicas a menores de cinco años que viven en áreas chagásicas las que se realizan cada cinco años. En esta perspectiva, se han desarrollado todos los años encuestas serológicas en las regiones del área chagásica comprendida entre las regiones de Arica-Parinacota y de O'Higgins. A la fecha, como resultado de las encuestas serológicas, no se han detectado casos de transmisión vectorial en ninguna de las regiones del área chagásica del país (ver tabla). Los casos positivos registrados en estas encuestas, de acuerdo al estudio familiar realizado en cada uno de ellos, determinó que se trataban de transmisiones connatales

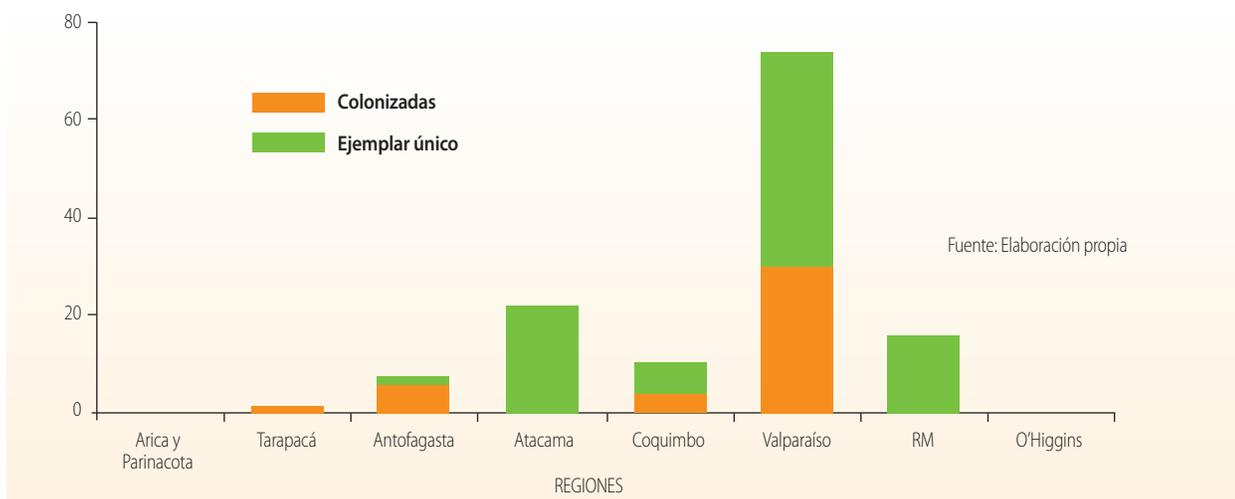
Tabla 8: Estudio de seroprevalencia de T. cruzi en menores de 5 de las regiones endémicas de Enfermedad de Chagas en Chile, 2005-2009

| Región | Total | Positivo | Prevalencia (%) |
|--------------------|-------|----------|-----------------|
| Arica y Parinacota | 79 | 0 | 0 |
| Tarapacá | 587 | 1 | 0,17 |
| Atacama | 548 | 2 | 0,36 |
| Coquimbo | 1187 | 18 | 1,5 |
| Valparaíso | 1196 | 3 | 0,25 |
| O'higgins | 343 | 3 | 0,87 |
| Metropolitana | 1171 | 1 | 0,09 |
| Total País | 5111 | 28 | 0,55 |

Actualmente, nos encontramos en una fase avanzada de control, que tiene como meta la eliminación de la infestación domiciliar. En el año 2008, se detectaron sólo 41 unidades domiciliarias infestadas por *Triatoma infestans*, lo que representa el 0,1% de las viviendas en programa, abarcando un total de 13 comunas, distribuidas entre las Regiones de Tarapacá y Valparaíso. En la Región Metropolitana, sólo se registran hallazgos de ejemplares únicos, sin casas colonizadas y, en la Regiones de Arica-Parinacota y O'Higgins no se detecta infestación a pesar de las continuas actividades de vigilancia entomológica y comunitaria (ver figura).

Fuente: Laboratorio de Parasitología, ISP

Figura 19: Unidades domiciliarias colonizadas y con hallazgo de ejemplares únicos de T. infestans, por Región. Chile 2008.



Adicionalmente, las acciones de control vectorial, con el objeto de prevenir la transmisión transfusional de la enfermedad, se estableció en el año 1995, un Programa Nacional de Control de Chagas en Bancos de Sangre de toda el área chagásica, el que fue extendido a los bancos de sangre de todo el territorio nacional (Circular N° 4, Santiago 30 de mayo 2008).

La vigilancia epidemiológica de la enfermedad en personas, se realiza mediante la notificación obligatoria de todos los casos (Decreto N° 158). El año 2008, ocurrieron 4 casos de chagas connatal y durante el 2009 se han detectado 3 casos. Esta vigilancia se realiza mediante muestra de sangre tomada a todo recién nacido hijo de madre chagásica para estudio de PCR en el ISP o centro reconocido por ISP.

Dengue y Fiebre Amarilla

- Erradicar Aedes de la Isla de Pascua

Meta 2010: 0 casos de Dengue y Fiebre Amarilla autóctonos

Grado de cumplimiento: No cumplido

No se ha logrado el objetivo de erradicación de *Aedes aegypti* de Isla de Pascua, existiendo control parcial de la infestación con índices vectoriales de riesgo. En 2000, el 70% de las viviendas se encontraba infestada, lo que motivó una campaña de erradicación y la implementación de un sistema de Vigilancia de Febriles. La campaña de eliminación del vector permitió reducir el nivel de infestación, llegando a 6% de las viviendas en abril de 2009. El logro del objetivo se ve limitado por la falta de participación de la comunidad en la destrucción de criaderos en los domicilios y la falta de manejo adecuado de los desechos.

Durante 2009 se han iniciado acciones tendientes a implementar estrategias para obtener la participación efectiva de la comunidad en las acciones de control del vector.

El año 2002, se diagnosticó el primer caso de dengue autóctono detectado en Chile, adquirido en Isla de Pascua, constituyéndose en el caso índice de un brote epidémico de gran magnitud que afectó al 17% de la población de la isla. En este brote sólo se presentaron casos de dengue clásico (DEN 1). Después del brote de dengue en Isla de Pascua el 2002, no aparecieron casos de dengue autóctono hasta noviembre de 2006. Desde entonces al 2008, se presentaron 47 casos de dengue clásico, todos DEN 1. En el año 2009, hay un acumulado de 23 casos, dos de ellos, correspondientes a DEN 4, ambos con presentación clásica, lo que ha significado intensificar la vigilancia de febriles.

Con estos antecedentes, se considera muy difícil la erradicación del vector en Isla de Pascua, y su logro depende en gran medida, de la participación de la comunidad y otros sectores, así como el mejoramiento de los problemas de saneamiento básico en Isla de Pascua.

No se han detectado casos de dengue autóctono en Chile continental (no existe el vector *Aedes aegypti*).

Cabe señalar que el Ministerio de Salud, en coordinación con la Subsecretaría de Desarrollo Regional, se encuentra colaborando con el Municipio en la elaboración de proyectos de mejoramiento de la gestión de residuos sólidos, incluido un relleno sanitario para la Isla, lo que contribuirá al control de la proliferación del vector del Dengue.

No se han detectado casos de Fiebre Amarilla autóctonos en nuestro país.

Cólera, Hantavirus y otras Emergentes

- Mantener el país libre de Cólera
- Prevenir y responder oportunamente a los brotes

Meta 2010: 0 casos de Cólera autóctono

Grado de cumplimiento: Cumplido

Cólera:

Chile se mantiene libre de Cólera a octubre de 2009, esto a través de la ejecución de acciones para mantener el cumplimiento de este objetivo a través de Vigilancia Epidemiológica de laboratorio, en personas y ambiental, que se realiza desde el brote de Cólera que afectó a nuestro país en 1991.

Hantavirus:

A octubre de 2009, se han confirmado 24 casos de Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus (SCPH)⁹, cifra inferior a lo observado en el mismo período del quinquenio anterior (34 casos). El número de casos observado entre mayo y octubre se encuentra bajo lo esperado. La incidencia acumulada a nivel nacional alcanza a 0,14 por cien mil habitantes. Se mantiene una alta letalidad, 33% (8 fallecidos), sin diferencias por sexo. Los casos se distribuyen desde la Región de O'Higgins hasta Aysén. El mayor riesgo se presenta en las regiones de Araucanía y Aysén.

Rabia

- Mantener erradicación

Meta 2010: 1. 0 casos de Rabia Humana por virus canino
2. 0 casos de rabia Animal por virus canino

Grado de cumplimiento: Cumplido

En nuestro país, el último caso de rabia humana de origen canino se registró en 1972. Sin embargo, en 1996 se registra un caso humano originado por un virus variante 4 transmitido por un murciélago insectívoro (*T. brasiliensis*). Entre los años 2000 al 2007 se registraron 7 casos de rabia en caninos y, en todos ellos, el agente causal identificado fue por variante murciélago, manteniéndose el territorio libre de rabia transmitida por virus canino V1 V2.

Hidatidosis

- Controlar la transmisión

Meta 2010: Meta 2010: 100% de los mataderos con inspección sanitaria y notificación

Grado de cumplimiento: Cumplido

El cumplimiento de este objetivo alcanza al 100% en las plantas faenadoras y centros de faenación de autoconsumo del país, ya que cuentan con inspección Médico Veterinaria Oficial. Cabe destacar que se encuentra en desarrollo la implementación de programas integrales de control de Hidatidosis en las regiones de Coquimbo, Magallanes y Aysén, donde se ha focalizado el trabajo dada la mayor incidencia, para lo cual se realizan acciones de promoción y prevención, a través de educaciones dirigidas a modificar conductas para evitar que se mantenga el nivel de transmisión del parásito a la población canina, favoreciendo la tenencia responsable de mascotas.

⁹<http://epi.minsal.cl/evigia/BEM%2078.htm>

ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

Poliomielitis

- Mantener erradicación

Meta 2010: 0 casos por virus salvaje

Grado de cumplimiento: Cumplido

A dieciséis años de la erradicación de la poliomiélitis de las Américas, la meta primordial de la vigilancia es detectar rápidamente zonas en donde circula el polio virus derivado de la vacuna Sabin o el polio virus salvaje, a fin de adoptar las medidas de control apropiadas. Para lograrlo, es esencial la vigilancia epidemiológica exhaustiva de todo menor de 15 años que presente parálisis flácidas agudas (PFA) de causa no traumática.

En el período 2003-2008, no se han presentado casos de Polio asociado a vacuna¹⁰, cabe recordar que en América Latina, el riesgo general de poliomiélitis relacionada con la vacuna es de 1 caso por 4.200.000 dosis administradas¹¹.

Figura 20: Tasa de Notificación de Parálisis Flácida Aguda en menores de 15 años. Chile 1990 - 2008



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de vigilancia.

Difteria

- Mantener erradicación

Meta 2010: 0 casos

Grado de cumplimiento: Cumplido

Las altas coberturas de vacunación y la alta eficacia de la vacuna, han producido una importante disminución de la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad. Durante la última década se ha observado un descenso sostenido en el número de casos, hasta llegar a la presentación de casos esporádicos. Desde 1997 a la fecha no se han confirmados casos de difteria. Anualmente, ingresa a lo menos un caso sospechoso a la vigilancia, los que han sido descartados por criterios clínico-epidemiológico o de laboratorio.

¹⁰Caso que: clínicamente presenta polio paráltica y había recibido PVO entre 4 y 40 días antes del inicio de la parálisis y se le había aislado virus polio vacunal en la muestra de heces y tiene secuelas compatibles con polio en el examen efectuado a los 60 días después del inicio de la parálisis.

¹¹Fuente: Guía Práctica para la Erradicación de la Poliomiélitis. Cuaderno Técnico N° 40 OPS

Tétanos y Tétanos Neonatal

- Mantener erradicación y control

Meta 2010: Mantener incidencia de Tétanos y 0 casos de Tétanos Neonatal

Grado de cumplimiento: Cumplido

En nuestro país el tétanos se presenta de forma esporádica, con un rango entre 7 y 17 casos anuales en los últimos 14 años, con tasas de incidencia entre 0,04 y 0,12 por 100,000 habitantes para el mismo período.

Figura 21: Tasa de incidencia de Tétanos. Chile 1990 - 2008



No se han notificado casos de Tétanos Neonatal desde 1996.

Sarampión

- Erradicar

Meta 2010: 0 casos autóctonos

Grado de cumplimiento: Cumplido

El año 2002, OPS se declaró la interrupción de la transmisión autóctona del sarampión en el continente Americano. Sin embargo, existe un riesgo permanente de re-introducción de la enfermedad a América, dada la aparición de casos importados, que pudieran originar brotes asociados a importación y su posterior restablecimiento de la transmisión endémica.

En Chile, posterior al caso importado del año 2003 (genotipo H1), sólo se ha confirmado una nueva importación, en febrero de 2009 (genotipo D4). La oportuna aplicación de las medidas de control y las altas coberturas de vacunación programática, evitaron la aparición de otros casos en Chile

Durante la próxima década es necesario mantener los sistemas de vigilancia y control, con el objetivo de captar oportunamente los casos importados y evitar la aparición de brotes asociados la importación.

Rubéola y SRC

- Mantener incidencia baja en adultos y Eliminar el Síndrome de Rubéola Congénita

Meta 2010: mantener incidencia y 0 casos de SRC

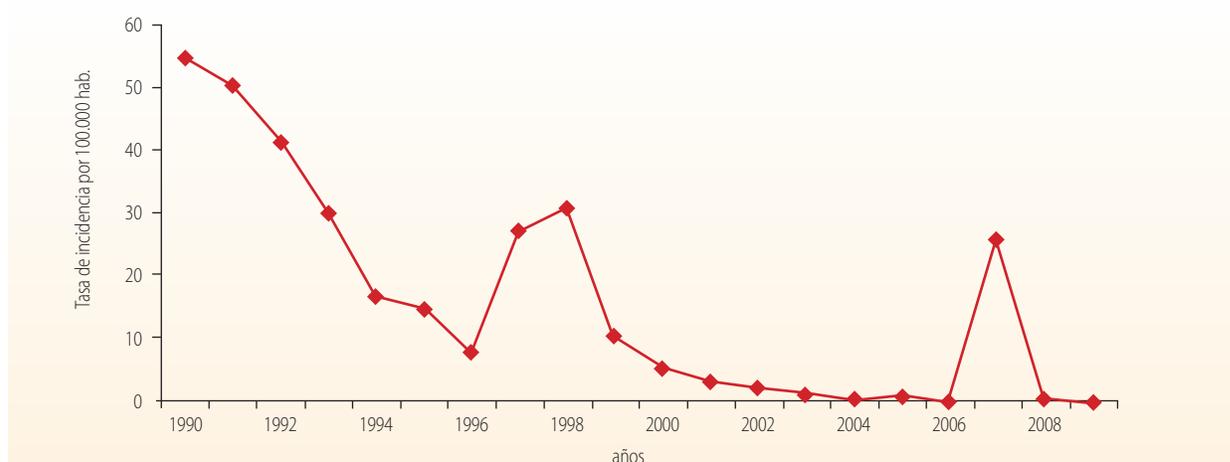
Grado de cumplimiento: No Cumplido

En Chile, antes de la introducción de la vacuna trivirica (sarampión-rubéola-parotiditis) en forma programática, la rubéola mostraba un ascenso sostenido, con brotes cíclicos. A partir de 1990 cuando se introdujo la vacuna, se observó un descenso de la incidencia de la rubéola. En 1997 y 1998, se observó un repunte del número de casos con desplazamiento de la edad de los casos hacia adolescentes y adultos jóvenes. Frente a esto y a fin de evitar el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC), en 1999 se realizó una campaña de inmunización dirigida a mujeres entre 10 y 29 años, alcanzando un 99% de cobertura. El impacto de la campaña se reflejó claramente en el descenso progresivo de las tasas de incidencia y en el cambio en la presentación de la edad de los casos, volviendo a concentrarse en los menores de 5 años.

En el año 2005, se produce el primer brote de rubéola post-campaña masiva en la región de Valparaíso. Entre marzo 2007 y enero 2008 se produjo un brote de rubéola en todo el país (excepto XI región), concentrándose en hombres jóvenes, ante lo cual, se realizó una campaña masiva de vacunación a hombres entre 19 y 29 años, con un 92,3% de cobertura.

Previo a la campaña de vacunación de 1999, no existía en Chile un sistema de Vigilancia de SRC, la que se puso en marcha en Septiembre de 1999. Durante el primer año de vigilancia se detectaron 18 casos de SRC, catorce de ellos con malformaciones al momento del examen (genotipo viral 1E). Desde el 2001 al 2007, no se confirmaron nuevos casos; sin embargo, durante el 2008, se confirmaron 3 casos de SRC, a consecuencia del brote de rubéola del año anterior.

Figura 22: Tasa de incidencia de Rubéola. Chile 1990 - 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de vigilancia.

OTRAS INMUNOPREVENIBLES

Hepatitis B

La vacunación, como prevención de la hepatitis B en grupos de riesgo, personal de salud y pacientes en programa de hemodiálisis crónica, se inició en nuestro país en 1990 y a partir de abril de 2005, se ha incluido la vacuna anti Hepatitis B en el Programa Nacional de Inmunizaciones.

En Chile, la enfermedad se presenta en forma de endemia baja. La vigilancia muestra que la tasa de notificación de hepatitis B comenzó a ascender paulatinamente entre 1990 y 2001, desde entonces se ha comportado inestable con tendencia al ascenso. Se observa un predominio en hombres entre 20 a 49 años de edad. El aumento de las tasas observado en los últimos años, se debería principalmente al incremento de la notificación.

Figura 23: Tasa de incidencia de Hepatitis B (*). Chile 1990 - 2008



Fuente: Base de datos ENO. DEIS. MINSAL. Dpto. Epidemiología, MINSAL, Chile.

Las notificaciones corresponden en la actualidad principalmente a pesquisas realizadas en bancos de sangre. Por esta razón, no es posible conocer la magnitud real de esta enfermedad en el país.

El análisis del comportamiento de Hepatitis A se verá en el capítulo de enfermedades transmisibles entéricas.

OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Enfermedad Meningocócica

- Impedir la aparición de brotes epidémicos
- Mantener la letalidad bajo el 10%

Meta 2010: 0 casos por virus salvaje

Grado de cumplimiento: No Cumplido

La incidencia de la Enfermedad Meningocócica muestra una tendencia al descenso a partir de 2001, cuando cambia la presentación de la enfermedad a una endemia baja. La incidencia de la enfermedad presentó una disminución del 75% entre el año 2002 (2,4 por cien mil hab.) y el 2008 (0,6 por cien mil hab.). La presentación habitual de los casos es en forma aislada (casos primarios) o en pequeños brotes (casos secundarios).

Por su parte, la letalidad ha mostrado cierta variabilidad desde el 2001 a la fecha, alcanzando un 11% los años 2001 y 2008, superando el 10% estipulado en la meta.

Figura 24: Incidencia Enfermedad Meningocócica. Chile 1990 - 2009



Fuente: Dpto. Epidemiología, MINSAL, Chile.

ENFERMEDADES ENTÉRICAS

Fiebre Tifoidea y Paratifoidea

- Impedir la aparición de brotes epidémicos de Fiebre Tifoidea y Paratifoidea, Hepatitis A y Diarreas
- Reducir Variación estacional del número de casos de estas enfermedades
- Mantener la tendencia al descenso de la mortalidad por estas causas

Meta 2010: No cuantificada

Grado de cumplimiento: Brotes epidémicos: No cumplido
Variación estacional: No cumplido

Mortalidad: Avance discreto

En Chile, la última epidemia ocurrió entre 1976-1985. Las medidas de intervenciones de salud pública (control ambiental y campañas sanitarias), han reducido en 81,2% la incidencia de Fiebre tifoidea y la aparición de grandes brotes estacionales en el verano. Actualmente, la presentación habitual es como casos aislados o pequeños brotes intrafamiliares, identificándose como mecanismo de transmisión más frecuente la vía fecal-oral directa (ciclo corto), afectando a un número reducido de personas.

En la práctica, la sostenida tendencia al descenso del número de casos de Fiebre tifoidea en nuestro país, ha permitido que la enfermedad evolucione a una endemia baja, alcanzando en el 2008 tasa 1,7 por 100.000 hab. El grupo de edad más afectado es el de 5 a 19 años, no se observa diferencia significativa por sexo. En el análisis de los egresos hospitalarios y defunciones igualmente se observa la tendencia al descenso, alcanzando la tasa de mortalidad en el año 2007 de 0,01 por cien mil hab., con un solo fallecido reportado por esta causa.

Figura 25: Tasas de Incidencia de Fiebre Tifoidea y Paratifoidea. Chile 1990 - 2008



Fuente: Base de datos ENO. DEIS. MINSAL. Dpto. Epidemiología, MINSAL, Chile.

Hepatitis A

En el año 1995, se alcanzó la incidencia más alta de hepatitis A, tasa 108,7 por cien mil habitantes. Mostrando una presentación en forma de ciclos epidémicos, desencadenados por la acumulación de población susceptible. El último ciclo epidémico, se inició en el año 2002 (2001 en algunas regiones) y se mantuvo en 2003, para ir disminuyendo paulatinamente, siendo cada vez menos frecuentes los brotes comunitarios dispersos, llegando a notificarse 12 brotes en el año 2007 (8 institucionales y 4 comunitarios), y 17 brotes en el 2008 (6 institucionales y 11 comunitarios). Los brotes comunitarios involucran un bajo número de casos afectados, la media es de 8 casos (rango de 2 a 15 casos por brote). La comuna de Alto Hospicio de la Región de Tarapacá es la más afectada en ambos años. Para el control de los brotes y manejo de contactos, se emplea el uso de vacuna anti-hepatitis A, además se realiza la investigación ambiental como parte de la investigación de brote, en conjunto con acción sanitaria.

El mayor número de casos y la presentación de pequeños brotes, ocurren durante los meses de verano, de diciembre a marzo, periodo en que se realizan las Campañas Comunicacionales cada año orientando las medidas de prevención a la población

Actualmente la enfermedad se presenta en fase de endemia intermedia, con 847 casos en 2008 (5,1 por 100.000 hab.). Evidenciándose un desplazamiento de la enfermedad a edades mayores (adolescentes y adultos jóvenes), con mayor incidencia en hombres. Los egresos hospitalarios y de defunciones igualmente presentan la tendencia al descenso. El mayor número de defunciones se observó en el año 2000, alcanzando una tasa mortalidad de 0,12 por 100.000 habitantes, llegando en el 2007 a 0,02 por 100.000 habitantes (4 casos fallecidos).

Figura 26: Tasas de Incidencia Hepatitis A. Chile 1990 - 2008



Fuente: Dpto. Epidemiología, MINSAL, Chile.

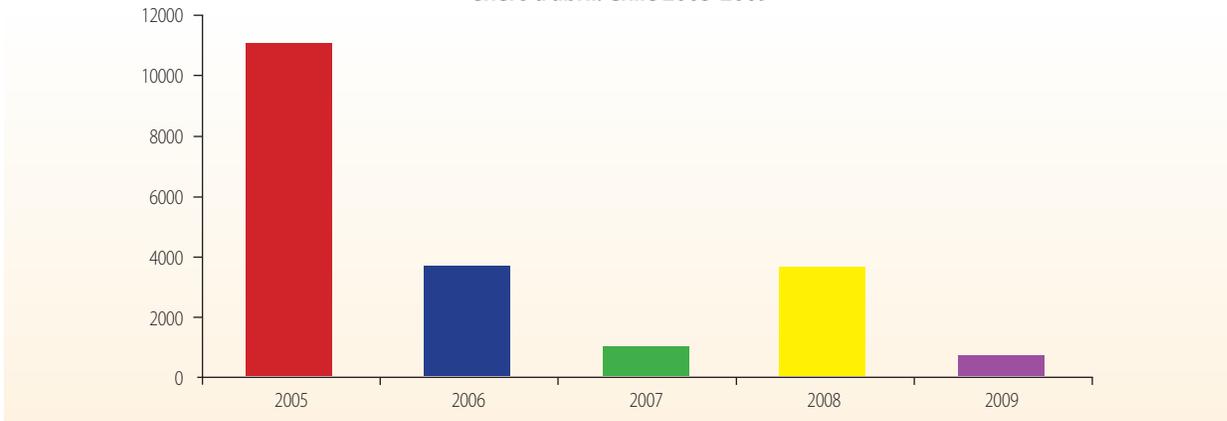
Entre las actividades realizadas durante este período para alcanzar los objetivos en Hepatitis A se encuentran actualización de la circular y normativa de hepatitis A, que incorpora el uso de vacuna anti-hepatitis A para el control de brotes e investigación ambiental, la adquisición de vacunas de hepatitis A, para bloqueo de brotes. Asimismo, se incorpora al Programa Nacional de Inmunizaciones, en el año 2005.

Diarreas

En cuanto a los brotes de enfermedades entéricas, y el objetivo de impedir su aparición, no se ha cumplido, ya que se han observado importantes brotes, como el de *Vibrio parahaemolyticus* que en 2005 implicó la notificación de 10.984 casos. Sin embargo, a partir del año 2006, en que se estableció la Circular de vigilancia B51/ 30, la cual ha permitido realizar la vigilancia activa de los casos y aplicar oportunamente las medidas de control correspondientes. Es así que se ha observado una disminución de los casos notificados desde 2005 a la actualidad. Probablemente estos resultados estén asociados a los logros obtenidos con las campañas comunicacionales y las fiscalizaciones de los productos de consumo.

Estos brotes se presentan durante los meses de verano, enero a marzo, periodo en que se realizan las Campañas Comunicacionales cada año, orientando las medidas de prevención a la población.

Fig. 27: Número de casos notificados de gastroenteritis por *vibrio parahemolyticus*, enero a abril. Chile 2005-2009



Fuente: Dpto. Epidemiología, MINSAL, Chile.

Entre las medidas de prevención y control adoptadas en esta década, se destacan:

1. Elaboración y difusión de material educativo en higiene y manipulación de alimentos como CD interactivo, aplicación en Internet, magnetos, afiches, volantes, mensajes radiales, spot televisivos y campañas comunicacionales en periodos de riesgo (Semana Santa, Fiestas Patrias y Fin de año).
2. Fiscalización de condiciones de manipulación de alimentos en actividades masivas.
3. Programas de fiscalización de los establecimientos de alimentos con la aplicación de pautas estandarizadas.
4. Incorporación al Reglamento Sanitario de los Alimentos, la obligatoriedad de implementación en establecimientos de alimentos de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), sistematizadas y auditables.
5. Fortalecimiento de la capacidad analítica de los laboratorios bromatológicos de la Red.
6. Vigilancia de la calidad microbiológica de los alimentos.
7. Incorporación gradual de la obligatoriedad de implementación del sistema HACCP en establecimientos de alimentos de carácter industrial.





**CAPITULO II: ENFRENTAR
LOS DESAFIOS DERIVADOS DEL
ENVEJECIMIENTO Y DE LOS
CAMBIOS DE LA SOCIEDAD**



DETERMINANTES DEL ESTADO DE SALUD

A inicios de la década 2000, se priorizaron para nuestro país, intervenciones destinadas a enfrentar determinantes asociados a cambios culturales y de estilos de vida como el consumo de tabaco, sobrepeso y obesidad, sedentarismo y conducta sexual, así como a los determinantes ambientales, entre lo que estaban agua, disposición de residuos sólidos, manejo de sustancias peligrosas, contaminación atmosférica y control e higiene de los alimentos; por último, se incorporaron algunas estrategias para determinantes asociados a las condiciones de trabajo y los determinantes psicosociales.

A. Tabaquismo

Se establecieron objetivos de impacto con relación al consumo de tabaco en población general, en escolares de 8° básico y en mujeres en edad fértil. Para una mejor comprensión de cada una de estas metas se analizarán por separado.

- Reducción del consumo de tabaco en la población general

Meta 2010: Reducción de 25% (pasando de 40 a 30% en 2010)

Grado de cumplimiento: No Cumplido

La meta para población general fue fijada, utilizando como valor base, los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ECV) 2000, que arrojó una prevalencia de 40%. La ECV 2006, mostró una prevalencia de consumo de 39,5%, es decir, sin variaciones significativas en comparación al año 2000.

Fig. 27: Tabaquismo según sexo. Encuesta de Calidad de Vida y Salud. Chile 2000 y 2006



Fuente: Dpto. Epidemiología, MINSAL, Chile.

Por su parte, la serie bianual de estudios realizados por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), también muestra una tendencia a la estabilidad en alrededor de 40%. Al desagregar estos datos por región, se observa que en la mayoría de las regiones la tendencia es al descenso, aunque en ninguna de ellas se cumple la meta.

Tabla 9: Índice regional de prevalencia de consumo de tabaco en población general, Chile años 2000 y 2008

| Posición según prevalencia 2008 | REGION | 2000 (1) | 2008 (2) | DIFERENCIA 2000/2008 |
|---------------------------------|-----------------------------------|-------------|-------------|----------------------|
| 1º | XV. Arica y Parinacota | * | 33,7 | * |
| 2º | I. Tarapacá | 42,4 | 34,3 | -8,1 |
| 5º | II. Antofagasta | 39,51 | 37,1 | -2,4 |
| 13º | III. Atacama | 43,31 | 43,5 | 0,2 |
| 8º | IV. Coquimbo | 41,6 | 39,9 | -1,7 |
| 9º | V. Valparaíso | 43,54 | 40 | -3,54 |
| 7º | VI. Libertador Bernardo O'higgins | 41,19 | 39,6 | -1,6 |
| 4º | VII. Maule | 39,51 | 35,3 | -3,8 |
| 3º | VIII. Bio Bio | 37,18 | 34,6 | -2,6 |
| 10º | IX. Araucanía | 40,83 | 41,6 | 0,8 |
| 6º | XIV. Los Ríos | * | 38,8 | * |
| 10º | X. Los Lagos | 42,29 | 41,6 | -0,7 |
| 14º | XI. Aysén | 42,57 | 43,6 | 1,03 |
| 12º | XII. Magallanes y A.Chilena | 40,97 | 41,7 | 0,73 |
| 15º | Metropolitana | 44,4 | 44,1 | -0,3 |
| Total País | | 42,7 | 41,2 | -1,5 |

(1) EL CONSUMO DE CIGARRILLOS EN CHILE. (Estudios Nacionales de Drogas en Población General de Chile 1994 – 2004, Estudios Nacionales de Drogas en Población Escolar de Chile 1997 - 2005), CONACE 2006.

(2) SÉPTIMO ESTUDIO NACIONAL DE DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL DE CHILE 2006

* Región inexistente a esa fecha

La región que muestra mayor prevalencia es la Metropolitana, para los años 2000 y 2008, con las más altas prevalencia de consumo de tabaco, en población general, del país. Por otra parte Atacama, Araucanía, Aysén y Magallanes, muestran una tendencia al aumento de los índices de consumo de tabaco, distanciándose aun más del logro de esta Meta a 2010.

Cabe señalar que, según muestran los últimos estudios realizados por el MINSAL (principalmente la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes), las modificaciones a la ley que regula las actividades relacionadas con el tabaco, que comenzaron a regir a partir de agosto de 2006, muestran un impacto positivo en retardar el inicio en el consumo de tabaco, y a través del respeto de los ambientes libres de humo de tabaco, así como una menor exposición de niños y no fumadores.

- Reducción del consumo de tabaco en escolares de 8º básico

Meta 2010: Reducción de 26% (pasando de 27 a 20% en 2010)

Grado de cumplimiento: Cumplido

Para la evaluación de la meta de población escolar, se muestra como indicador la información entregada por los estudios realizados por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), en escolares de 8° básico a 2° medio en el país, cada dos años desde 1995. Durante este decenio los estudios CONACE muestran un comportamiento inestable de los escolares chilenos en relación al consumo de tabaco. Hasta el año 2005, los índices de prevalencia de consumo en escolares de 8° básico fluctúan entre el 26% y el 24%.

Figura 29: Prevalencia de consumo de tabaco de 8° básico a 4° medio. CONACE. Chile, 2001-2007



Fuente: Elaboración propia a partir de datos CONACE.

El último estudio CONACE disponible, realizado en 2007, en pleno periodo de implementación de la ley del tabaco, informa una prevalencia de consumo de tabaco en 8° básico de 20%, lo que se corresponde con la Meta 2010.

No obstante, la meta no se cumpliría en todas las regiones. La última encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (EMTA 2008), muestra prevalencias en alumnos de 8° año básico de 20% en Arica, 28% en Tarapacá, 25% en Valparaíso, 27% en la Metropolitana y 23% en Bío Bío.

- Reducción del consumo de tabaco en mujeres en edad fértil

Meta 2010: Reducción de 11% (pasando de 45 a 40%)

Grado de cumplimiento: No cumplido

En relación a la meta de consumo en mujeres en edad fértil, basada en la prevalencia obtenida a través de Estudio ENCAVI 2000 y 2006, el consumo se ha mantenido estable en 45% en la mujeres de 15 a 49 años, con lo que la meta no se cumpliría.

Para evaluar esta meta, también es posible observar los datos entregados por CONACE, generados a partir de sus encuestas bianuales. En el último estudio (2008), la prevalencia entre 15 y 45 años alcanza 41,7%¹².

¹²CONACE, 2008

B. Obesidad

Se establecieron metas relacionadas con el estado nutricional de preescolares, escolares y embarazadas, cuya evolución en la década se describe a continuación.

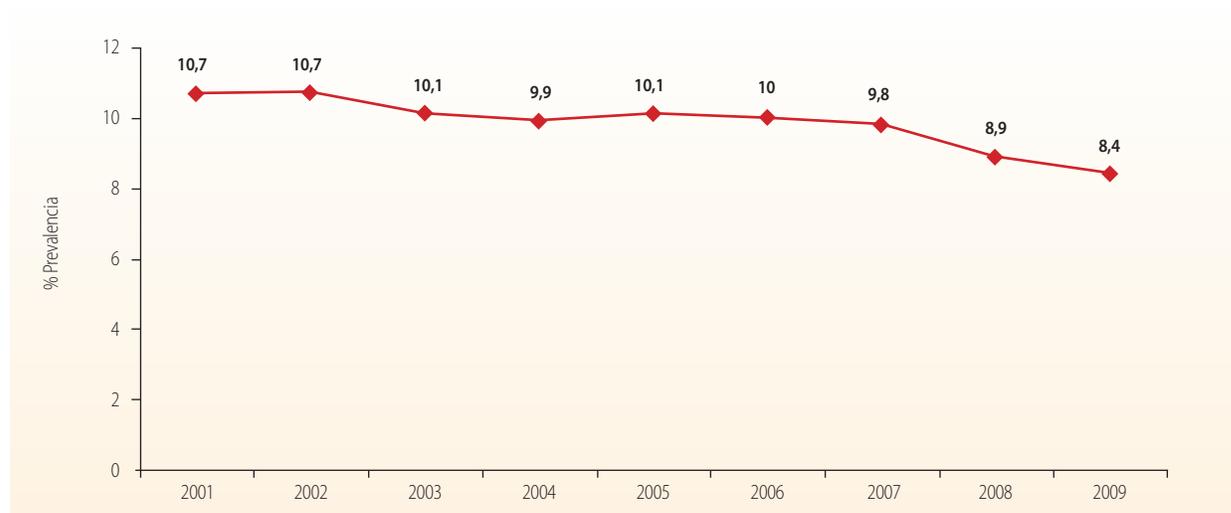
- Reducción de la prevalencia de obesidad en preescolares

Meta 2010: Bajar 30% en niños menores de 6 años, de 10% en el 2000 reducir a 7% al 2010 (Fuente: JUNJI)

Grado de cumplimiento: Avance discreto

Este objetivo utiliza para su seguimiento el sistema de información del estado nutricional de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) que atiende a más de 120.000 niños y niñas menores de 5 años de todo el país. El análisis de las cifras desde 2001 muestra un claro descenso en la prevalencia de la obesidad en los últimos 3 años, aunque sin alcanzar las cifras esperadas en el nivel nacional, pero mostrando una paulatina mejoría.

Figura 30: Prevalencia de Obesidad en párvulos. Chile, 2001-2009



Fuente: Sistema de Información del Estado Nutricional de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI)

Se destaca que las regiones de O'Higgins, Maule, Atacama y Arica, se acercan a la meta del 2010, con cifras cercanas al 7%. En la serie histórica, JUNJI ha aplicado el mismo patrón de referencia del National Center Health Statistics (NCHS) para evaluar el crecimiento de los niños menores de 6 años. A partir del año 2009, implementará las nuevas Tablas de Referencia de Crecimiento adoptadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Tabla 11: Prevalencia de Obesidad en Párvulos Nacional y por Regiones *. Chile 2001-2009

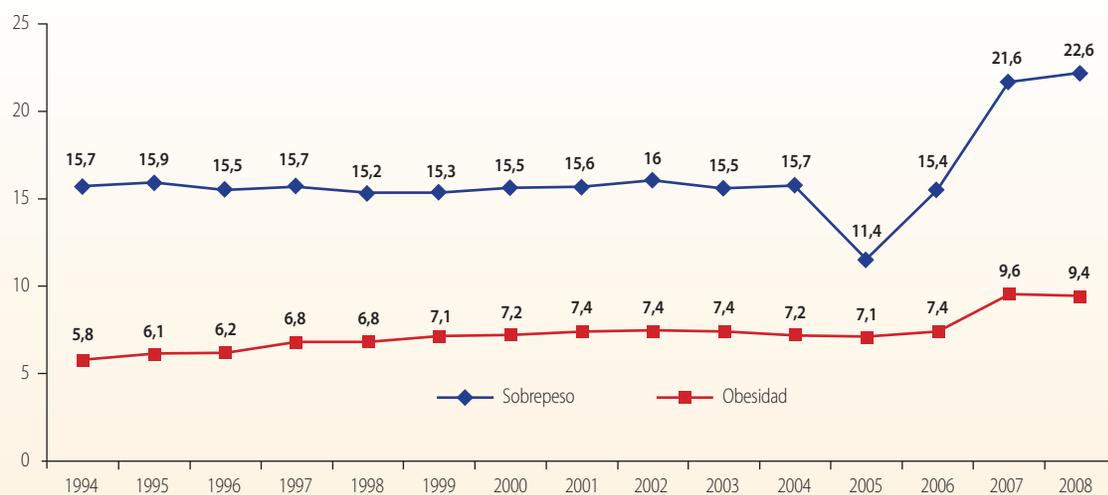
| REGION | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|-----------------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|-----------|------------|------------|------------|
| XV. Arica y Parinacota | | | | | | | | 8,1 | 7,3 |
| I. Tarapacá | 11,7 | 9,8 | 9,2 | 10 | 9,9 | 9,6 | 8,7 | 10,4 | 9,3 |
| II. Antofagasta | 8,6 | 10 | 9,7 | 8,4 | 8,9 | 8,4 | 8,9 | 9,3 | 7,7 |
| III. Atacama | 13,2 | 11,6 | 10,9 | 9,8 | 11,7 | 9,9 | 9 | 8,3 | 7,4 |
| IV. Coquimbo | 10,7 | 10,6 | 9,6 | 9 | 9,9 | 9,9 | 9,3 | 7,7 | 8,4 |
| V. Valparaíso | 11,4 | 11,4 | 10,5 | 10,4 | 10,5 | 10,3 | 10,1 | 9,6 | 9,1 |
| VI. Libertador Bernardo O'higgins | 8,4 | 8,9 | 7,2 | 9,4 | 11,2 | 10,5 | 11,7 | 10,7 | 7,3 |
| VII. Maule | 10,1 | 11,4 | 10,5 | 9,7 | 10 | 9,7 | 8,9 | 8,4 | 7,4 |
| VIII. Bio Bio | 11,6 | 11,3 | 11,1 | 10,5 | 10,3 | 10,1 | 10 | 8,9 | 7,8 |
| IX. Araucanía | 11,9 | 13,1 | 9,8 | 11 | 9,7 | 9,2 | 7,9 | 8,4 | 8,5 |
| XIV. Los Ríos | | | | | | | | 11,7 | 13,7 |
| X. Los Lagos | 12,9 | 12,7 | 9,9 | 11,7 | 10,4 | 11 | 11 | 9,7 | 9,1 |
| XI. Aysén | 10,9 | 13,4 | 12,1 | 10 | 12 | 15,1 | 13,4 | 12,7 | 11,8 |
| XII. Magallanes y A.Chilena | 14,6 | 16 | 15,2 | 13,2 | 15,2 | 15,1 | 19 | 18,8 | 14,6 |
| Metropolitana | 10 | 9,8 | 10 | 9,6 | 9,7 | 9,6 | 9,5 | 8,2 | 8 |
| Total País | 10,7 | 10,7 | 10,1 | 9,9 | 10,1 | 10 | 9,8 | 8,9 | 8,4 |

* PREVALENCIA MARZO DE CADA AÑO

Fuente: Sistema de Información del Estado Nutricional de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI)

Según los datos entregados por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), informa que para el año 2008, el 9,43% de los menores de 6 años fueron clasificados en la categoría de obesidad.

Figura 31: Prevalencia de Obesidad en Menores de 6 años. Chile, 1994-2008



Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud, MINSAL.

Estrategias JUNJI: Programa Alimentario en preescolares (PAP)

- Reducción del aporte calórico diario (de 900 a 800 Kcalorías en párvulos de 2 a 3 años y de 1000 a 800 Kcalorías en párvulos de 4 a 5 años. Es decir entrega aproximada del 70% de la energía (Recom. FAO/OMS/UNU 2004)
- Incorporación de mayor cantidad de verduras y frutas en forma diaria
- Incorporación de leche semidescremada o descremada
- Vigilancia del estado nutricional
- Controles antropométricos mensuales
- Seguimiento anual de niños y niñas
- Educación en nutrición, alimentación y actividad física
- Capacitación a educadoras de párvulos y técnicos de educación parvularia en nutrición y salud, priorizando en regiones con mayor prevalencia de obesidad en JUNJI, sobre la base de metodología aplicada en experiencia piloto.
- Incorporar en las actividades pedagógicas con los párvulos temas de alimentación y nutrición, utilizando como marco de referencia las Bases Curriculares de la educación Parvularia.
- En general, aumentar el tiempo, frecuencia e intensidad de la actividad física en Jardines infantiles, especialmente de aquellos que se han capacitado.
- Trabajo en redes.
- Estrategia Jardines promotores de salud y el apoyo del intersector VIDA CHILE/MINSAL
- Trabajo con las familias

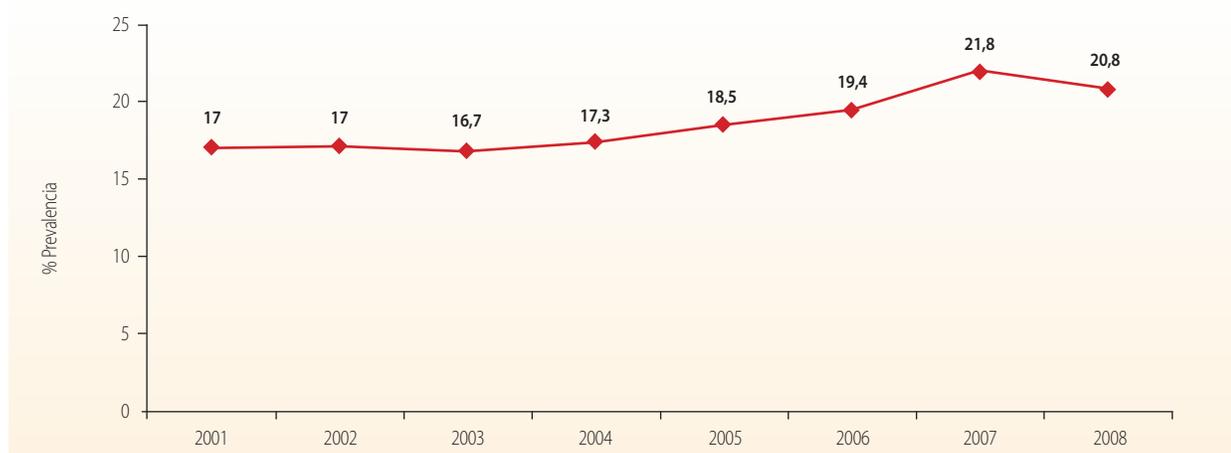
- Reducción de la prevalencia de obesidad en escolares de 1º básico

Meta 2010: Bajar prevalencia en 25%, pasando del 16 % al 12% en 2010 (Fuente: JUNAEB)

Grado de cumplimiento: En retroceso

Las cifras de situación nutricional de escolares de aproximadamente 280 mil estudiantes de primero básico de todas las escuelas públicas del país, según datos de JUNAEB (primero básico) concuerdan con el resto de la situación nacional y muestran un significativo y progresivo aumento en la prevalencia de obesidad desde cifras de un 16,7%, a cifras superiores al 20%, en sólo 4 años (2003 a 2007), sin embargo en 2007, se aprecia por primera vez, un quiebre en la curva. Sin embargo, desde 2001 a la fecha se ha aumentado la prevalencia en 4 puntos, opuesto a lo esperado de disminuir en la misma cifra. Este objetivo muestra un importante retroceso.

Figura 32: Prevalencia de Obesidad en escolares de 1° básico. Chile, 2001-2008



Fuente: Sistema de Información de JUNAEB.

En la siguiente tabla se observan las cifras de prevalencia de obesidad en escolares, según región, donde se observa que en tres de ellas aún las cifras van en alza. Ninguna Región se acerca a la meta de 12%, fijada en el año 2000.

Tabla 12: Prevalencia Obesidad en Escolares de 1° Básico según Junaeb, por Regiones, Chile 2001-2008

| REGIÓN | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|-----------------------------------|-----------|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| XV. Arica y Parinacota | | | | | | | 20,6 | 21,5 |
| I. Tarapacá | 19,1 | 17,6 | 19,4 | 18,1 | 17,3 | 19,4 | 20,2 | 19,5 |
| II. Antofagasta | 13,9 | 14,8 | 14,5 | 14,4 | 17,8 | 19 | 20,3 | 18,8 |
| III. Atacama | 16,8 | 17,3 | 18,4 | 17,1 | 19,4 | 20,3 | 23,8 | 18,8 |
| IV. Coquimbo | 18,4 | 17,6 | 17,1 | 17,8 | 19,3 | 19,4 | 22,7 | 20,8 |
| V. Valparaíso | 18,5 | 17,7 | 18,6 | 18,3 | 20,4 | 20,6 | 21,7 | 21,1 |
| VI. Libertador Bernardo O'Higgins | 18,3 | 17,9 | 18,4 | 18,2 | 19,6 | 20,5 | 21,9 | 21,7 |
| VII. Maule | 15,6 | 17,3 | 15,4 | 17,2 | 17,3 | 18,6 | 20,3 | 19,5 |
| VIII. Bio Bio | 17,1 | 16,7 | 16,6 | 17,2 | 17,8 | 19,2 | 21,7 | 21,4 |
| IX. Araucanía | 15,3 | 14 | 13,8 | 14,7 | 15,9 | 16,3 | 18,8 | 19,8 |
| XIV. Los Ríos | | | | | | | 24 | 20,8 |
| X. Los Lagos | 16,7 | 17,5 | 16,4 | 18 | 20,2 | 19,4 | 22,6 | 23,4 |
| XI. Aysén | 21,6 | 22,8 | 23 | 22,1 | 23,1 | 25,8 | 26,4 | 24,9 |
| XII. Magallanes y A. Chilena | 22 | 27,1 | 24,9 | 21,8 | 28,3 | 26,2 | 28,5 | 27,8 |
| Metropolitana | 16,7 | 16,7 | 16,3 | 17,2 | 18,1 | 19,2 | 22,3 | 20,4 |
| Total País | 17 | 17 | 16,7 | 17,3 | 18,5 | 19,4 | 21,8 | 20,8 |

Fuente: Mapa Nutricional JUNAEB, www.junaeb.cl

Estrategias JUNAEB: Programa Alimentario en preescolares (PAP)

Durante la década, JUNAEB ha trabajado en mejorar la calidad alimentario nutricional del Programa de Alimentación Escolar, contribuyendo a una alimentación saludable, entre las actividades llevadas a cabo se encuentran:

1. Cambio de la leche entera por leche semidescremada al 18%, tanto para el desayuno como para postres.
2. Eliminación de la galleta dulce dada en el desayuno, que era rica en grasas saturadas, azúcar y sodio por pan de preferencia marraqueta.
3. Incorporación de cereal bajo en grasas saturadas, azúcar y sodio, producto especialmente desarrollado para ser entregado en el desayuno en reemplazo de pan.
4. Incorporación de yogurt semidescremado al desayuno acompañando al cereal como una forma de dar más variedad de productos en este servicio.
5. Incorporación de un galletón saludable, rico en fibra, bajo en grasas saturadas, azúcar y sodio, y con adición de omega 3, desarrollado para la institución. En reemplazo del pan.
6. Incremento de ensaladas de 2 al mes por 8 al mes. El año 2005 se intentó aumentar la frecuencia de ensaladas a 14 en el mes, pero graves problemas operativos impidieron continuar con esta medida.
7. Aumento de carneos de 4 a 7 veces en el mes, de las cuales 2 deben ser carnes blancas.
8. Si bien la frecuencia de pescado se mantiene en una vez por semana, se incorpora que uno de ellos debe ser fresco congelado.
9. Se aumentan los guisos de verduras de 1 a 3 veces por semana, aumentándose además el gramaje a servir.
10. Se aumenta la frecuencia de frutas de 6 a 9 en el mes.
11. Además, de los aportes realizados en el PAE, es importante señalar la línea de escuelas saludables implementadas por el Programa de Salud Escolar.

- Reducción de la prevalencia de obesidad en embarazadas

Meta 2010: Bajar prevalencia en 12.5%, pasando de 32 a 28% en 2010

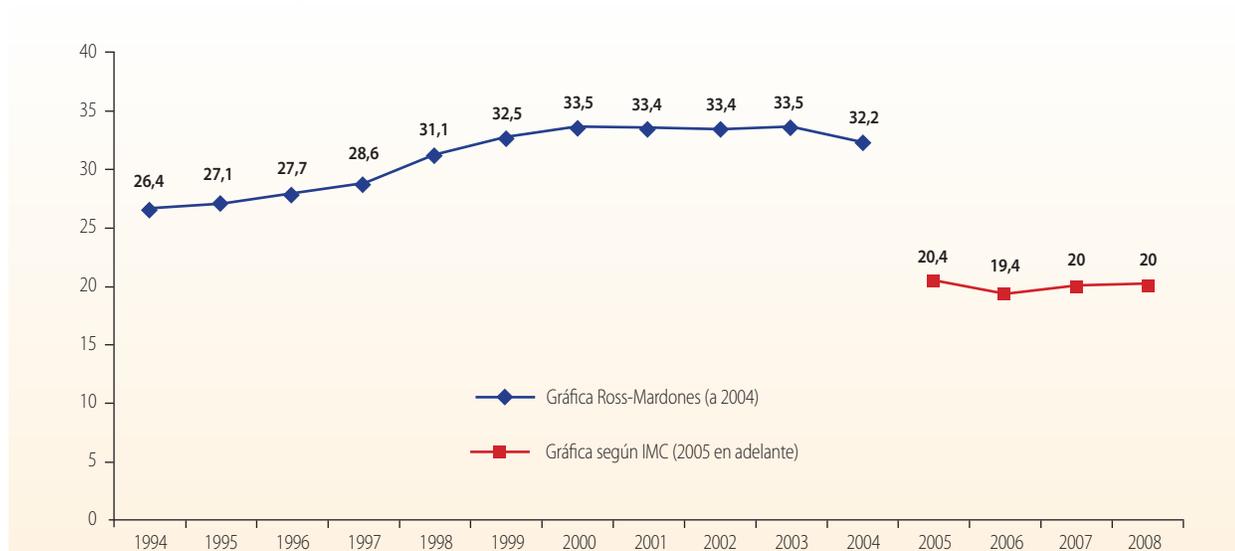
Grado de cumplimiento: No evaluable

Los cambios registrados en la prevalencia de obesidad, así como los avances en el manejo de riesgos obstétricos, hicieron necesarias algunas modificaciones en los criterios de evaluación nutricional de la embarazada. Es así que, el año 2005, después de realizar un estudio piloto en dos Servicios de Salud del país y actividades con expertos internacionales, se decidió modificar los puntos de corte para la evaluación nutricional de las gestantes, dado que se demostró que el criterio tradicional (Rosso-Mardones) llevaba a una subvaloración del peso de mujeres normales, inmediatamente detectado el embarazo, lo que incentivaba una ganancia de peso excesiva en mujeres de peso normal, al mismo tiempo

que provocaba un aumento de los recién nacidos grandes para la edad gestacional y obesidad residual postparto.

Por lo anterior, se instauró en todo el país este nuevo patrón de referencia, y como se observa en la figura siguiente, este cambio coincide con una importante caída en la prevalencia de obesidad, con mantención posterior, dado esto, no es posible evaluar los avances en la meta para este objetivo.

Figura 33: Prevalencia de Obesidad en Embarazadas. Chile, 1994 -2008



Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud, MINSAL.

Este objetivo utiliza las cifras de la situación nutricional de las embarazadas controladas en la red asistencial del sistema público de salud, que alcanza a más de 100.000 mujeres. Las cifras de obesidad hasta el año 2004, eran superiores al 30%, utilizando el patrón de referencia Rosso-Mardones instaurada el año 1987, y cuyo objetivo primordial era identificar mujeres en riesgo nutricional enflaquecidas o en riesgo de serlo, por su asociación al bajo peso de nacimiento y morbimortalidad perinatal.

En el cuadro siguiente se muestra la serie histórica de cifras de prevalencia, por región.

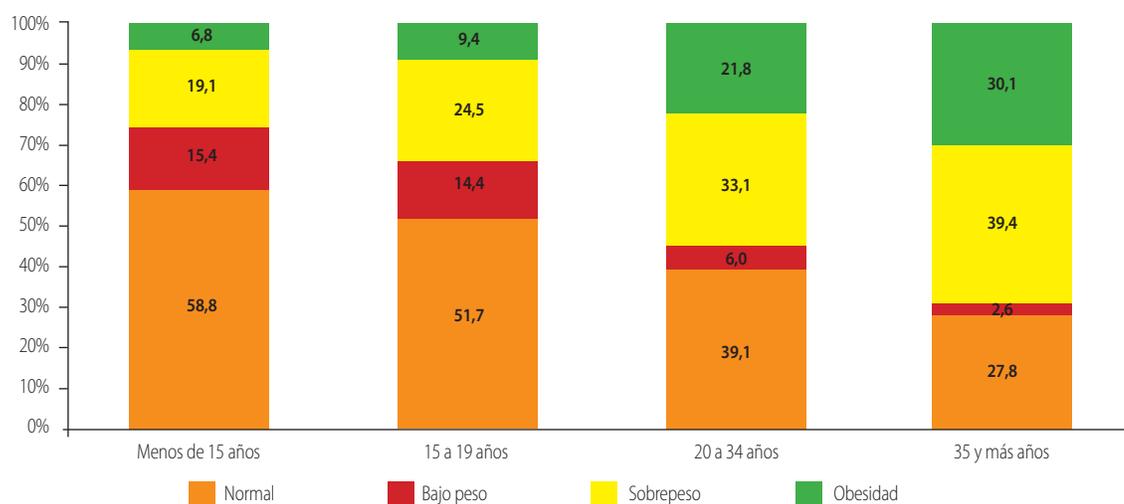
Tabla 13: Prevalencia de Obesidad en Embarzadas según Regiones*, Chile 2001-2008

| REGIÓN | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|-----------|
| I. Tarapacá | 32,4 | 33,6 | 37,7 | 35,1 | 23,6 | 18,9 | 18,4 | 17,3 |
| II. Antofagasta | 27,1 | 29,2 | 30,3 | 28,7 | 18,1 | 15 | 16,9 | 17,7 |
| III. Atacama | 29,7 | 33,1 | 32,9 | 30,2 | 20,3 | 18,4 | 19,9 | 17,7 |
| IV. Coquimbo | 28,7 | 27,2 | 23 | 27,3 | 17 | 15,3 | 16,7 | 17,5 |
| V. Valparaíso | 24,5 | 26 | 24,8 | 28 | 17,7 | 17,4 | 17,6 | 17,8 |
| VI. Libertador Bernardo O' Higgins | 36 | 35,8 | 37,1 | 37,1 | 20,5 | 21,1 | 21,7 | 23,5 |
| VII. Maule | 33,7 | 32,6 | 35,4 | 36,1 | 21,1 | 21 | 21,7 | 22,5 |
| VIII. Bio Bio | 33,7 | 34,6 | 35 | 34,9 | 20,9 | 20,2 | 20,9 | 20,2 |
| IX. Araucanía | 36,3 | 36 | 34,3 | 29,8 | 21,5 | 21,9 | 21,1 | 21,4 |
| X. Los Lagos | 37,3 | 35,8 | 35,3 | 34,1 | 22,4 | 20,3 | 22,1 | 21,4 |
| XI. Aysén | 39,2 | 38,2 | 38,3 | 38,7 | 24,2 | 24,2 | 22,5 | 24,3 |
| XII. Magallanes y A. Chilena | 45,7 | 37,8 | 43,8 | 43,8 | 27,8 | 26,3 | 25,3 | 22,4 |
| Metropolitana | 33,7 | 33,7 | 34,3 | 31,6 | 20,2 | 19,4 | 19,8 | 19,9 |
| Total País | 33,4 | 33,4 | 33,5 | 32,2 | 20,4 | 19,4 | 20 | 20 |

* No se detallan nuevas regiones del país
Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS, MINSAL

Según cifras del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), la prevalencia de Obesidad en Gestantes alcanzó un 20,03% en 2008.

Figura 34: Porcentaje de Gestantes en control según grupo de edad y estado nutricional. Chile 2008



Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud, MINSAL.

ESTRATEGIAS CONTRA LA OBESIDAD

La Estrategia EGO-CHILE responde a la "Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de la OMS". El desafío para los gobiernos es conseguir el cambio conductual de la sociedad y de los individuos, que permita disminuir la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles. EGO-CHILE convoca instancias nacionales, tanto del sector público como el privado, a sumarse a la realización de acciones que generen las condiciones para que las personas puedan adoptar mejores decisiones en su vida cotidiana que propendan a una mejor salud y a cambios estructurales que, junto con facilitar la vida de la población, apunte a las causas de los actuales problemas de salud ligados a la obesidad.

La estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital (EINCV), se inicia, a fines de 2004, como piloto un modelo de intervención nutricional en el ciclo vital en 2 servicios de salud del país y posteriormente se amplía al resto del país en todos los centros de Atención Primaria de Salud, con el objeto de prevenir la malnutrición por exceso y otras enfermedades crónicas (EC); la EINCV contempla entre sus ejes de acción, intervenciones dirigidas a las mujeres (etapa pregestacional, durante el embarazo y hasta el 6to mes postparto), y a los menores de 6 años, realizando en ambos, acciones de pesquisa de factores de riesgo de obesidad y enfermedades crónicas e incorporando la consulta, el acompañamiento y la consejería nutricional para promover estilos de vida saludable y mantener un estado nutricional normal.

Se desarrolló e implementó la Norma del Manejo Ambulatorio para el Menor de 6 años, incorporando el manejo de la malnutrición por exceso, con el objetivo contribuir a la reducción de la obesidad y otras enfermedades crónicas del adulto. Esta estrategia involucra 10 ejes de intervención enfocados hacia la salud nutricional y alimentaria de las embarazadas y los niños(as) menores de 6 años:

- a. Relevar el tema nutricional al nivel de equipo de salud y población.
- b. Incorporar la consejería en alimentación saludable y actividad física en todos los controles habituales de la mujer y de la niña(o).
- c. Cautelar el aumento de peso excesivo durante el embarazo.
- d. Promover la recuperación del estado nutricional pregestacional.
- e. Promover lactancia

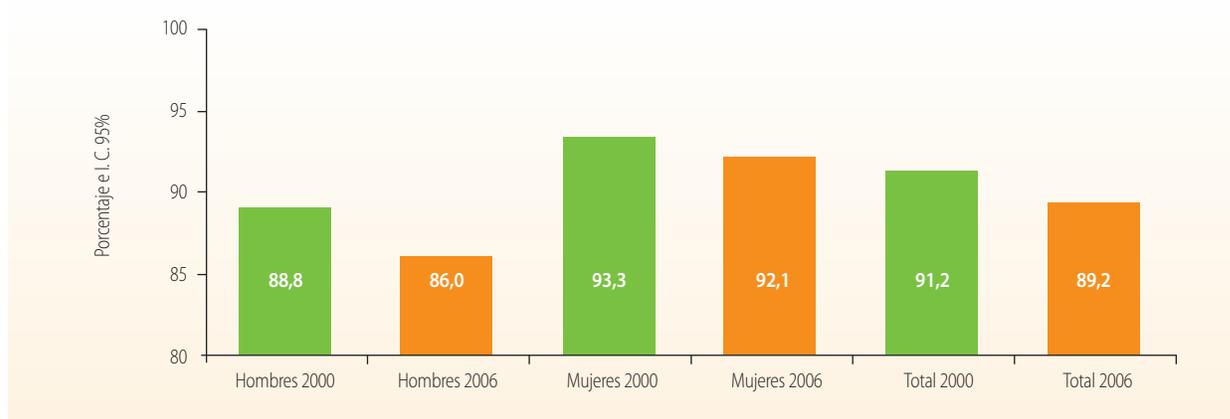
C. Sedentarismo

- Reducción de la Prevalencia de sedentarismo en la población mayor de 15 años

Meta 2010: : bajar en 7%, de 91 a 84% en 2010

Grado de cumplimiento: No Cumplido

La Encuesta de Calidad de Vida y Salud 2006, arroja una prevalencia de sedentarismo de 89,2%, inferior al 91% observado en la Encuesta de Calidad de Vida y Salud de 2000; si bien, las diferencias entre el 2000 y 2006 no alcanzan significación estadística, muestran una tendencia que se repite en hombres y mujeres, lo que sitúa al país más cerca de la meta de reducir a 84% al 2010.

Figura 35: Sedentarismo según sexo Encuesta de Calidad de Vida y Salud. Chile 2000 y 2006

Fuente: Dpto. Epidemiología.

Según resultados de la Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física, para mayores de 18 años (IND), se presentan resultados similares a los encontrados en la ENCAVI y en la Encuesta Nacional de Salud 2003, mostrando un 87,2% de sedentarismo, presentando el total de regiones un sedentarismo superior al 80%.

Las mujeres son 5 puntos más sedentarias que los hombres, y los hombres son 1/3 más deportistas que las mujeres, al mismo tiempo, esta encuesta muestra que a menores ingresos, mayor tasa de sedentarismo, (más del 90%) y menor tasa de práctica sistemática de actividad física (6.5%). La principal causa de sedentarismo, corresponde a factores culturales (falta de tiempo, de interés, etc.) y representa un desafío para la próxima década, en términos de modificar los principales hábitos de práctica deportiva en la población. Este factor aparece como el más destacado en la población femenina en que más del 80% de las razones de no práctica, son atribuibles a factores culturales, por lo tanto modificables.

Las principales estrategias de intervención en éste ámbito, son la implementación de los programas de actividad física Vida Chile, ampliación de las ofertas institucionales para actividad física y la realización de campañas comunicacionales.

Avanzando en lograr sinergia de acciones intersectoriales, se ha trabajado coordinadamente con instituciones tales como Instituto Nacional de Deportes, Ministerio de Educación, JUNJI, JUNAEB, Integra, CONAMA y otros.

D. Conducta Sexual

- Reducir el embarazo no planificado en adolescentes

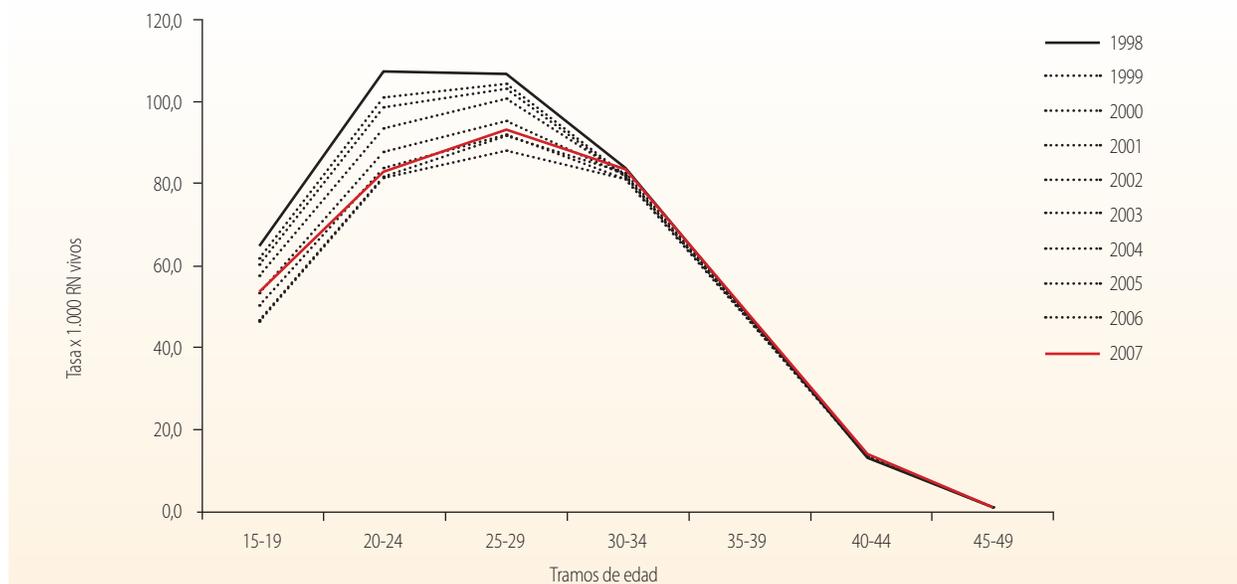
Meta 2010: : 1. Reducción de un 30% del embarazo no planificado, bajando la tasa de fecundidad de 65,4 a 46 por 1.000 mujeres entre 15 y 19 años
2. Bajar a 0 la tasa de fecundidad en niñas de 10 a 14 años
3. Retrasar la edad de inicio de la actividad sexual en los menores de 15 años

Grado de cumplimiento: Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años: Avance importante

La tasa de fecundidad en el grupo de 15 a 19 años, muestra una reducción del 18% entre 1998 y 2007, con tasas de 65 y 53,4 por 1.000 NV respectivamente. En tanto, en el grupo de 10 a 14 años, la reducción fue de 22% en el mismo periodo (2,9 a 2,2 por 1.000 NV).

En la figura que sigue, se muestra la evolución de las tasas de fecundidad, para los distintos grupos de edad, con el objeto de comparar lo que sucede en los distintos grupos etáreos, en el periodo 1998-2007, y su proyección a 2020.

Figura 36: Tasa específica de fecundidad, según grupo de edad, Chile 1998 - 2007 y su proyección a 2020



Fuente: Dpto. Epidemiología, MINSAL, Chile.

Como se observa en el gráfico, al proyectar la tendencia de natalidad para los distintos grupos, el que disminuye mayormente su tasa de natalidad es el de 20 a 24 años, seguido por el de 25 a 29 años. Las mayores de 34 años, casi no modifican su tasa, lo que se debe a una menor variación previa de las mismas.

La edad de inicio de la actividad sexual no experimentaría modificaciones importantes, retrocediendo en 0,26 años en los hombres y adelantándose 0,14 en la mujer, sin embargo no existen mediciones realizadas con metodologías similares, lo que hace difícil establecer comparaciones, aunque todas las mediciones efectuadas por organismos responsables muestran cifras similares, como son la Encuesta de Calidad de Vida (MINSAL, 2006) o de Adimark para la Fundación Chile Unido, del mismo año: todos sitúan la media de inicio en los 18 años para ambos sexos. Cabe destacar que el estudio de INJUV es de metodología más rigurosa e incorpora al inicio sexual otras prácticas no coitales.

En suma, no existen estudios que permitan hacer comparaciones y los existentes señalan que no se ha logrado un retraso, pero tampoco habría un adelantamiento de la edad media del inicio sexual, aunque en el caso de la mujeres se observa una tendencia a aproximarse a la edad de inicio de los varones.

- Aumentar la prevalencia de conductas sexuales seguras en la población general y grupos de riesgo

Meta 2010: Aumentar el uso de preservativo en el grupo de 15 a 19 años, pasando de 23% a al menos 50%.

Cumplimiento: Cumplido

Meta 2010: - Aumentar el uso de preservativo en población con más de una pareja sexual pasando de 30% al 60%.

Grado de cumplimiento: Avance discreto

Meta 2010: Incrementar uso de preservativo en consultantes de ETS (nivel actual 15%).

Grado de cumplimiento: Cumplido

Meta 2010: - Incrementar el uso de preservativos en las personas que asisten a control de salud sexual (nivel actual 84%).

Grado de cumplimiento: Cumplido

Con respecto a la meta de aumentar el uso del preservativo en grupo de 15 a 19 años, pasando de 23% a al menos 50%, la V Encuesta Nacional de la Juventud¹³ muestra que en 2007 el uso de preservativo en grupo de 15 a 19 años fue 43,8%. Para la Encuesta de Calidad de Vida el uso de preservativo en grupo de 15 a 19 años, alcanzó el 31,2% (para las respuestas "siempre"); y 6,7% (respuestas "Casi siempre"), resultado en total 37,9%¹⁴.

Con relación a la meta de aumentar uso de preservativo en iniciación sexual pasando de 18 a 50%, la V Encuesta Nacional de la Juventud obtuvo que el uso de preservativo en iniciación sexual es de 50% en el grupo de 15 a 19 (similar a lo que arroja la Encuesta de Calidad de Vida 2006) y 39,3% en población de 15 a 29 años, iniciados sexualmente. Cabe señalar que se utiliza la población de 15 a 19 para evaluar la meta, dado que es este grupo el que, en mayor proporción se inicia sexualmente en el periodo observado.

Es importante analizar el uso de condón en el inicio sexual por grupo de edad, dado que la mediana es 17 años de edad.

Tabla 14: Uso de condón en inicio sexual, por grupo de edad, según Encuesta Nacional de la Juventud 2007 y Encuesta Calidad de Vida 2006

| Grupo de Edad | V Encuesta Nacional de la Juventud | Encuesta de Calidad de Vida |
|---------------|------------------------------------|-----------------------------|
| 15 a 19 años | 50,8%, | 50,1%, |
| 20 a 24 años | 42,40% | 43,7%, |
| 25 a 29 años | 30,40% | 27,50% |
| 30 a 34 años | No incluido | 19,10% |

Tabla 15: Uso de condón en población con más de una pareja sexual, por grupo de edad, según Encuesta Nacional de la Juventud 2007 y Encuesta Calidad de Vida 2006

| Grupo de Edad | V Encuesta Nacional de la Juventud | Encuesta de Calidad de Vida |
|---------------|------------------------------------|-----------------------------|
| 15 a 19 años | 48,10% | Siempre: 38,4% |
| | | Casi siempre: 11,2% |
| 20 a 24 años | 48,40% | Siempre: 29,1% |
| | | Casi siempre: 9,0% |
| 25 a 29 años | 36,70% | Siempre: 27,3% |
| | | Casi siempre: 12,9% |
| 30 a 34 años | No incluido | Siempre: 42,0% |
| | | Casi siempre: 10,7% |

¹³Fuente: V Encuesta Nacional de Juventud. Instituto Nacional de Juventud, 2007.

¹⁴Fuente: Encuesta Calidad de Vida. División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud, 2006

El Uso de preservativo masculino en personas que asisten a control de salud sexual alcanza el 91,5%, según la declaración de uso siempre o casi siempre en últimos 12 meses¹⁵. El uso de preservativo en consultantes de ETS bajó al 43,5%, información obtenida de la Encuesta Epidemiológica sobre ITS, aplicada a las personas diagnosticadas y notificadas con ITS e ingresadas al Sistema de Vigilancia que recoge la información de los 6 Centros Centinelas de Infecciones de Transmisión Sexual¹⁶.

E. Condicionantes Ambientales

- Mejorar cobertura de agua potable en áreas rurales

Meta 2010: Alcanzar el 100% de agua potable en zona rural concentrada

Grado de cumplimiento: Cumplido

Este objetivo se cumple en 100% respecto de su meta. Según el informe entregado por el Ministerio de Obras Públicas, la totalidad de zonas rurales concentradas cuentan con sistema de provisión de agua potable, se plantea como desafío para la próxima década mantener un adecuado control de la calidad del agua suministrada y avanzar en la ampliación de la cobertura al sector rural semiconcentrado.

- Mejorar la disposición Sanitaria de residuos sólidos urbanos

Meta 2010: Alcanzar el 100% de agua potable en zona rural concentrada

Grado de cumplimiento: No cumplido

De acuerdo a informes de fiscalización de condiciones sanitarias mínimas en sitios de disposición final de residuos sólidos, no se cumple este objetivo a octubre de 2009. Esto se corrobora con información de SEREMIs de Salud, que informan que, a lo menos, 74 sitios no cumplen con estas exigencias.

Como parte de las estrategias para mejorar el cumplimiento de este objetivo, se actualizó la normativa, promulgándose el Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y de Seguridad Básicas en Rellenos Sanitarios (DS 189/2005) y se incorporó la fiscalización de sitios de disposición final de residuos sólidos, como indicador de desempeño del Ministerio de Hacienda, mejorándose la frecuencia y calidad de la fiscalización. No obstante lo anterior, los municipios no han respondido a estos requerimientos, manteniendo, en muchos casos, sitios en condiciones sanitarias y de seguridad deficientes. El Ministerio de Salud considera que dado los escasos avances que han tenido los municipios en estas materias, es necesario establecer una nueva institucionalidad que considere al servicio de aseo como un servicio de utilidad pública, traspasando la responsabilidad del manejo de los residuos sólidos a un ente con capacidad técnica para su ejecución y que sea controlado, en los aspectos tarifarios y de licitación de servicios, por un organismo del tipo superintendencia.

¹⁵Estudio de percepción del condón femenino en poblaciones focalizadas. Demoscópica CONASIDA. Enero 2006. Muestra: 120 mujeres trabajadoras sexuales (30 I Región; 30 VIII Región; 60 RM)

¹⁶Fuente: Informe de los casos notificados por los CETS del país, años 2006 al 2008. DIPLAS, Ministerio de Salud.

F. Determinantes asociados a las condiciones de trabajo

- Disminuir la Morbimortalidad asociada a condiciones de trabajo

Meta 2010: 1. Disminuir gravedad de accidentes
2. Disminuir los accidentes laborales con resultado de muerte
3. Reducir la discapacidad y muerte por enfermedades profesionales

Grado de cumplimiento: Gravedad de accidentes: No evaluable
Muertes por accidentes: Avance discreto
Discapacidad y muerte por enfermedades profesionales: No evaluable

Entre 2001 y 2004 la tasa de accidentes laborales, con resultado de muerte, disminuyó de 8,2 a 7,5 por 100 mil trabajadores, entre 2005 y 2008 se estabiliza en 7.8 por 100.000 trabajadores ocupados (FTO). A partir de entonces, se espera un aumento de la tasa, lo que puede explicarse en parte, por la implementación del Sistema de Vigilancia iniciada en 2007, que mostraría cifras más exactas de la magnitud de este indicador, bajando la subnotificación existente.

A partir de 2007, con la entrada en vigencia de la Ley de Subcontratación, se investigan el 100% los accidentes graves en coordinación con la Dirección del trabajo, y además se ha implementado el Sistema de Vigilancia de los Accidentes del Trabajo Graves a partir de 2008, lo que permitirá contar con mejor información respecto de la magnitud de los accidentes laborales y realizar un seguimiento de ellos

Para la meta de reducir discapacidad y muerte por enfermedades profesionales, no se cuenta con información, dado que no existe un sistema de Información en Salud Ocupacional y el MINSAL no recibe datos de las mutualidades.

- Disminuir la inequidad en la población de los trabajadores

Meta 2010: Aumentar la cobertura de ley 16.744 a grupos desprotegidos

Grado de cumplimiento: Cumplido

Se aumentado la cobertura de la ley en el Marco de la Reforma Previsional, conforme a lo dispuesto en la Ley 20.255, en que los trabajadores independientes, dueños y/o socios de empresas, que trabajen en ella y no tengan vínculo de subordinación con la misma, pueden incorporarse a un organismo Administrador de la Ley 16.744 (Mutuales e ISL), lo que significa estar cubiertos por el Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, y de esta manera, estos trabajadores tienen la misma protección que los trabajadores dependientes ante un accidente del trabajo o una enfermedad profesional.

Asimismo, se constituyó el Consejo Directorio Ley 16.744, con participación de la Subsecretaría de Salud Pública, FONASA, Instituto de Seguridad Laboral, lo que ha permitido coordinarse e implementar soluciones para las prestaciones de

Accidentes y Enfermedades Laborales, de empleados y obreros atendidos en el sistema público de salud. Se están implementando 23 proyectos de normalización de la Ley 16.744 en toda la red asistencial pública.

La totalidad de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, implementaron en 2008 proyectos para la protección integral de salud para al menos un grupo de trabajadores(as) vulnerables, acorde con la realidad regional, incluyendo el enfoque de determinantes sociales en el quehacer del trabajo en regiones.

G. Determinantes Psicosociales

- Aumentar el índice de asociatividad en salud

Meta 2010: Duplicar el Nº de organizaciones sociales activas (grupos de autoayuda, mujeres, adultos mayores, monitores, voluntariado, pastorales de salud, familiares de enfermos y otros), de 5.000 a 10.000 organizaciones en el Programa Salud con la Gente

Grado de cumplimiento: No cumplido

El número de organizaciones sociales del Programa Salud con la Gente aumenta de 1.537 en 2001 a 3.891 en 2004. La mayoría de las organizaciones integran los Consejos Comunales Vida Chile y se mantienen activas en 2008 alrededor de 2.500 organizaciones, lo que representa una disminución de 35% con relación al número de organizaciones que participaban en 2004.

I.1. REDUCIR LAS MUERTES Y LA DISCAPACIDAD

Este objetivo da cuenta de los cambios en el perfil epidemiológico de la población chilena. Finalizando la década es posible observar un mejoramiento general en los indicadores de mortalidad (con importantes excepciones, como en diabetes y suicidios), no obstante, continúa el deterioro en los indicadores de discapacidad o bien no se cuenta con información suficiente que permita evaluar su avance.

a. Enfermedades Cardiovasculares

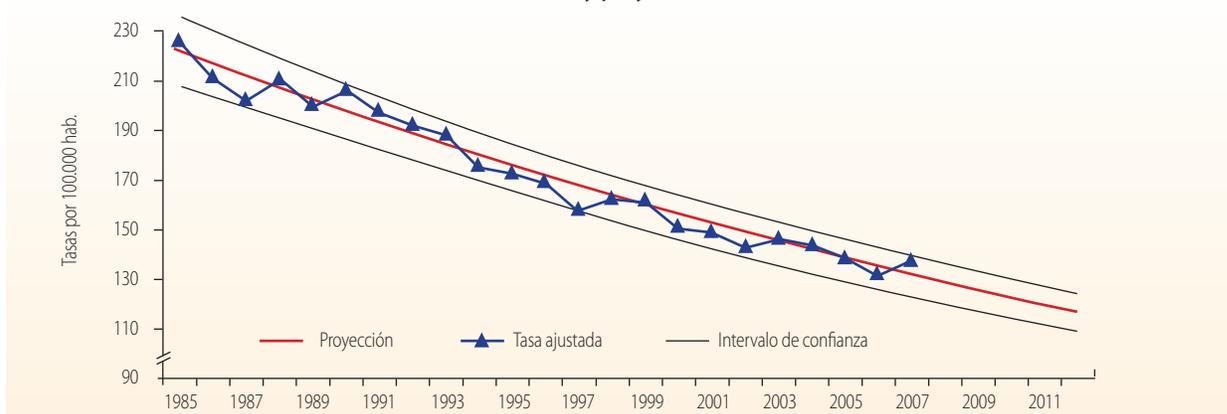
- 1. Disminuir la mortalidad del grupo.
- 2. Disminuir la mortalidad por enfermedades isquémicas.
- 3. Disminuir la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares.

Meta 2010: 4. Disminuir la mortalidad del grupo estandarizada por edad en un 18%: Grado de cumplimiento: Avance importante
5. Disminuir la mortalidad Enfermedades isquémicas estandarizada por edad en un 30%: Grado de cumplimiento: Avance importante
6. Disminuir la mortalidad Enfermedades cerebrovasculares estandarizada por edad en un 27%.

Grado de cumplimiento: Avance importante

La tasa de mortalidad estandarizada por enfermedades cardiovasculares bajó de 161,8 por cien mil hab. en 1998 a 136,6 en 2007 (reducción de 16%), lo que implica un cumplimiento de 88% en la meta. Dentro de este grupo, los 2 siguientes objetivos de impacto, que se refieren a las principales causas específicas, también han tenido un importante avance.

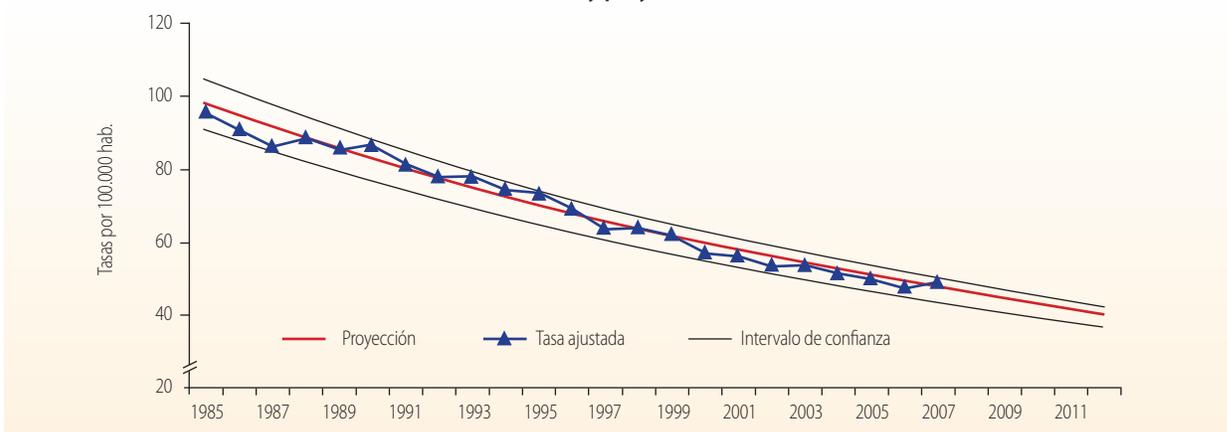
Figura 37: Mortalidad por enfermedades cardiovasculares, ajustada por edad. Chile 1985 - 2007 y proyección 2008 - 2012



Fuente: Epidemiología

La mortalidad por enfermedades isquémicas bajó de 63,3 por cien mil hab. en 1998 a 48,2 en 2007, lo que representa una disminución del 24%, y un 80% de avance el logro de la meta.

Figura 38: Mortalidad por enfermedades isquémicas, ajustada por edad. Chile 1985 - 2007 y proyección 2008 - 2012

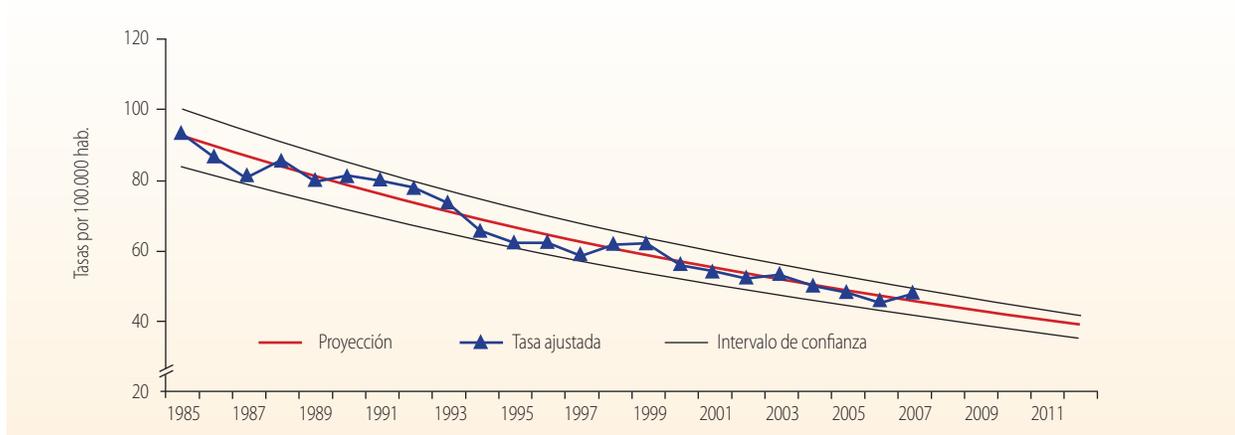


Fuente: Epidemiología

Por la incorporación del Infarto Agudo al Miocardio al GES han accedido a diagnóstico, tratamiento y seguimiento 289.015 casos entre 2006 y 2008, aumentando de 15.262 a 178.600 respectivamente.

Por su parte, la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares bajó de 61,1 a 47,1 por cien mil hab., que constituye una disminución del 23% y un grado de avance en la meta del 85%. Por la incorporación de esta patología al GES se han atendido 52.269 casos entre 2006 y 2008, aumentando de 4.236 en 2006 a 31.461 en 2008.

**Figura 39: Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, ajustada por edad.
Chile 1985 - 2007 y proyección 2008 - 2012**



Fuente: Epidemiología

Una de las principales actividades realizadas para lograr los objetivos ha sido la reorientación, a contar de 2000, de los sub-programas de Hipertensión y Diabetes hacia un Programa de Salud Cardiovascular (PSCV). El énfasis está puesto en cambiar el enfoque, desde un manejo de factores de riesgo individuales, a un manejo integral del individuo según su nivel de riesgo cardiovascular.

En este marco, se han elaborado documentos técnicos, guías clínicas y normas, además se han capacitado a los equipos de salud del nivel primario de atención en este nuevo enfoque; todo lo cual ha permitido dar cuenta de la mayoría de los objetivos de desarrollo. A contar de 2005, el manejo de la hipertensión, diabetes, infarto agudo al miocardio, se incorporan como Garantías Explícitas de Salud (GES), en tanto que el accidente cerebrovascular isquémico lo hace a partir de 2006.

El Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), se ha constituido como una de las principales estrategias del Ministerio de Salud, destinadas especialmente a los usuarios de los servicios públicos, para contribuir a reducir la morbimortalidad asociada a las ECVs, a través de la detección y control de los factores de riesgo cardiovasculares (CV) mayores: hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia y tabaquismo¹⁷.

Se incorpora al programa, el enfoque de riesgo CV global en el manejo de las personas bajo control, en lugar de tratar los factores de riesgo en forma separada. Dado a que dicha clasificación aún no se ha traducido en el manejo diferenciado de las personas del programa según su nivel de riesgo, motivó la elaboración de un documento técnico de apoyo a la implementación de este enfoque¹⁸.

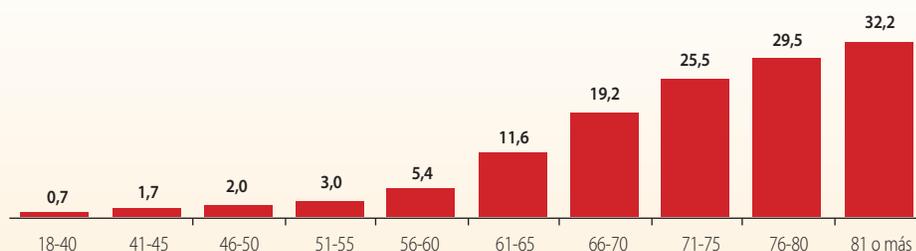
Con relación al presupuesto del PSCV en atención primaria, es importante señalar que se ha incrementado en forma significativa a contar de 2003. Esto ha permitido mejorar la capacidad de diagnóstico a través de asegurar exámenes de laboratorio de más alto costo, tales como perfil lipídico, hemoglobina glicosilada y microalbuminuria. También es posible observar un mayor acceso a examen de fondo de ojo, así como al tratamiento medicamentoso y a una mayor gama de opciones terapéuticas; además existe un aumento en la dotación de recursos humanos y otras mejoras según las necesidades de los niveles locales.

¹⁷Gobierno de Chile. Ministerio de Salud, 2002. *Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes*.

¹⁸Gobierno de Chile. Ministerio de Salud, 2009. *Implementación del Enfoque de Riesgo en el Programa de Salud Cardiovascular*.

La principal herramienta para la detección de personas con factores de riesgo CV es el Examen de Medicina Preventiva. Este examen es un derecho garantizado por GES, sin embargo su cobertura es baja, particularmente en los menores de 60 años. (Fig.1)

Figura 40: % de personas que se han realizado control preventivo, a través del PSCV en los últimos 3 meses, por tramos de edad, Chile 2006



Fuente: MIDEPLAN, Encuesta CASEN 2006.

b. Cáncer

- 1. Mantener la tendencia en la mortalidad del grupo.
- 2. Mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer.
- 3. Disminuir la mortalidad específica del cáncer cervicouterino.
- 4. Disminuir la mortalidad del cáncer de mama.
- 5. Disminuir la mortalidad del cáncer de vesícula.

Meta: 1. Mantener tasa estandarizada de 1999.

Grado de cumplimiento: Cumplido

2. Reducción de la prevalencia de pacientes terminales con dolor.

Grado de cumplimiento: Cumplido

3. Reducción de la tasa de cáncer cervicouterino estandarizada por edad en un 40%.

Grado de cumplimiento: Avance importante

4. Reducción de la tasa de cáncer de mama estandarizada por edad en un 25%.

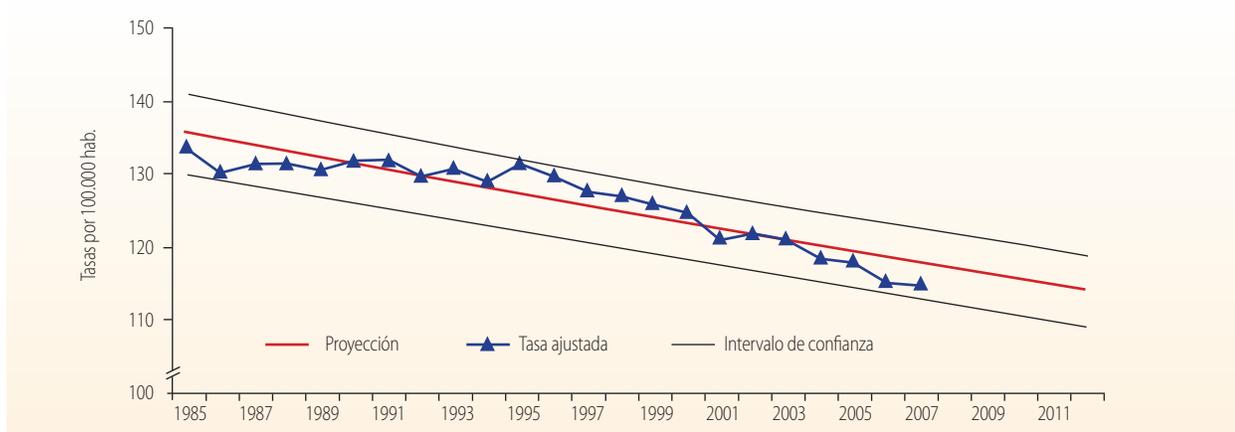
Grado de cumplimiento: Avance discreto

5. Reducción de la tasa de cáncer de vesícula estandarizada por edad en un 25%.

Grado de cumplimiento: Avance importante

La tasa de **mortalidad por cáncer**, ajustada por edad, fue de 125,8 por cien mil hab. en 1999 y de 114,5 en 2007, lo que representa una reducción de 9%, superando la meta establecida de mantener la tasa ajustada de inicios del periodo.

**Figura 41: Mortalidad por Cáncer, ajustada por edad.
Chile 1985 - 2007 y proyección 2008 - 2012**

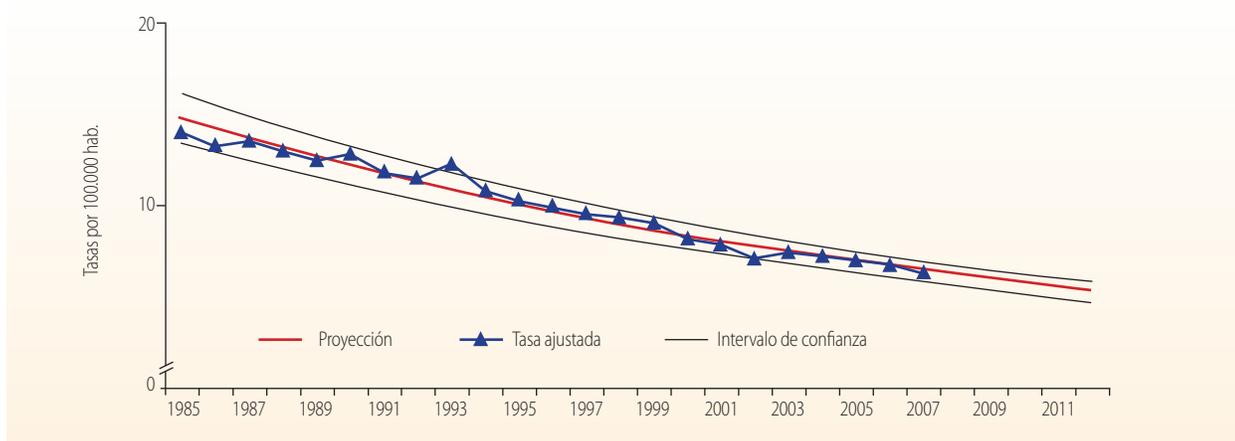


Fuente: Epidemiología, MINSAL

La meta relacionada con la prevalencia de dolor en pacientes con cáncer avanzado será abordada más adelante, en el subcapítulo sobre cuidados paliativos y alivio del dolor.

Cáncer cervicouterino: La tasa de mortalidad estandarizada bajó de 9,2 por cien mil mujeres en 1999 a 6,2 en 2007, lo que implica una reducción de 33%, con lo que la meta está muy cercana a cumplirse.

**Figura 42: Mortalidad por Cáncer Cervicouterino, ajustada por edad.
Chile 1985 - 2007 y proyección 2008 - 2012**



Fuente: Epidemiología, MINSAL

La inclusión en 2003, de este cáncer dentro de las patologías GES, permitió garantizar, la confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento de los casos detectados, por lo que se garantiza la atención en plazos definidos. Es así como el porcentaje de mujeres con indicación de cirugía que accede a terapia en menos de 30 días aumentó de 39,1% en 1999 a 90,7% en 2008 y el porcentaje de mujeres con cáncer invasor e indicación de quimioterapia y radioterapia que acceden en menos de 30 días aumento de 26,7% en 1999 a 68,6% en 2008. La tasa proyectada para 2010 disminuye a 6,6 por 100.000 habitantes, lo que unido a lo anteriormente descrito se traduce en el cumplimiento de este objetivo.

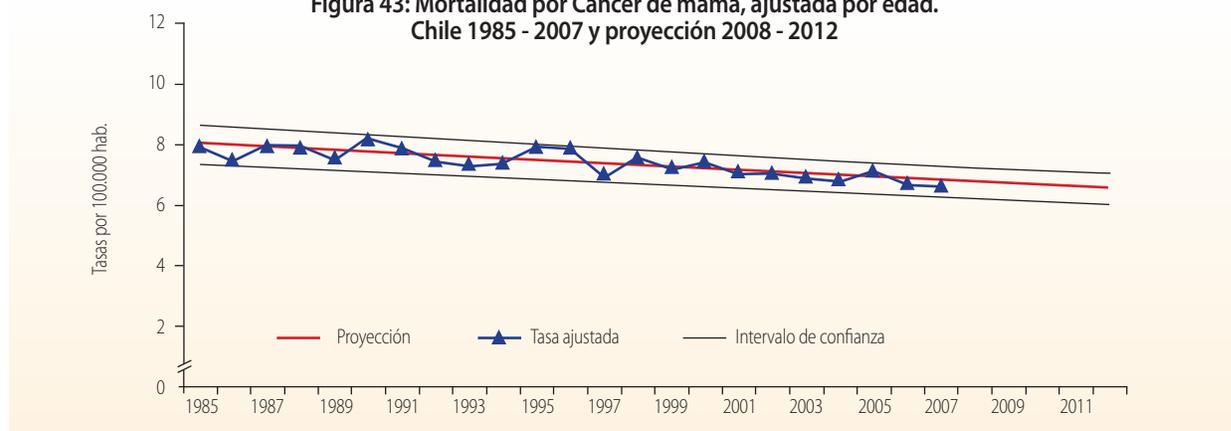
Tabla 16: Cumplimiento de Garantías de oportunidad GES para Cáncer Cervicouterino, Chile 2008

| Garantía de Oportunidad | Situación Previa a GES, año 2002 | Situación 2008 |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Atención con especialista dentro de 30 días desde la sospecha | 92,0% | 98,1% |
| Confirmación incluye etapificación: dentro de 30 días desde la consulta de especialista | 68,1% | 96,0% |
| Tratamiento de Lesión pre-invasora: dentro de 30 días desde confirmación diagnóstica | 63,0% | 84,3% |
| Tratamiento Cáncer invasor: dentro de 20 días desde Etapificación | 53,4% (medido en menor de 30 días) | 71% (medido en menor de 20 días) |

Fuente: Programa Cáncer Cervicouterino

Respecto de la meta de reducir la tasa de mortalidad por Cáncer de mama, ajustada por edad en 25% entre 1999 y 2007 la tasa bajó de 7,5 a 6,6 por cien mil habitantes, lo que constituye una reducción del 12% y un avance en la meta de 36%. Este problema de salud fue incorporado al sistema GES en 2005.

Figura 43: Mortalidad por Cáncer de mama, ajustada por edad. Chile 1985 - 2007 y proyección 2008 - 2012



Fuente: Epidemiología, MINSAL

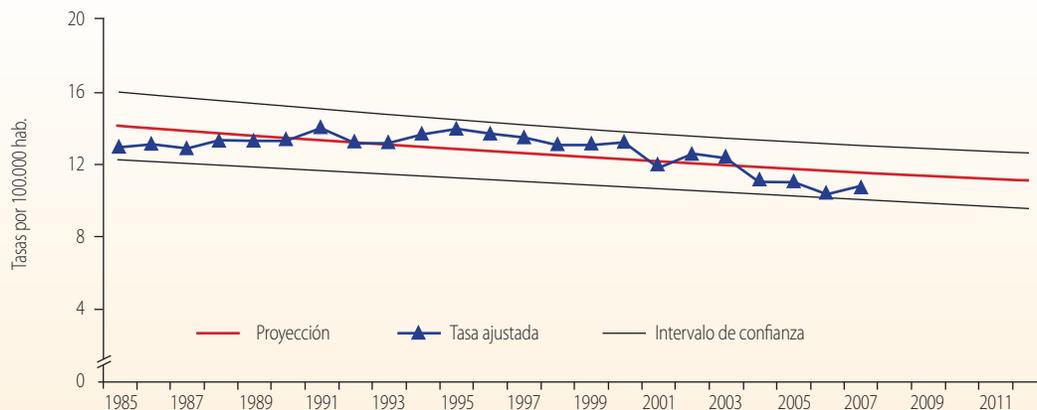
Tabla 17: Cumplimiento de Garantías de oportunidad GES para Cáncer de Mama, Chile 2008

| Garantía de Oportunidad | Situación Previa a GES, año 2003 | Situación 2008 |
|--|------------------------------------|--|
| Atención por especialista: Dentro de 30 días desde sospecha, | 81,0% | 96,2% |
| Confirmación Diagnóstica (incluye Etapificación): Dentro de 45 días desde atención por especialista. 2003: % de mujeres con Probable | 55,0% | 89,3% |
| Inicio dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica. | Quirúr. 70% QMT. 60% RT. 27% | Quirúr. 89,7% QMT. 73,2% RT. 66,3% |

Fuente: Programa Cáncer de Mama

Referente a cáncer de vesícula y vías biliares, la tasa de mortalidad, ajustada por edad, bajó de 13 por cien mil hab. en 1999 a 10,6 en 2007, lo que significa una reducción del 18% y 72% de avance en la meta. Este problema de salud fue incorporado al sistema GES en 2005, accediendo a colecistectomía preventiva 82.360 usuarios entre 2006 y 2008.

**Figura 44: Mortalidad por Cáncer de vesícula y vías biliares, ajustada por edad.
Chile 1985 - 2007 y proyección 2008 - 2012**



Fuente: Epidemiología.

c. Enfermedades Mentales

- Disminuir la recurrencia de episodios depresivos.
- Reducir la tasa de mortalidad por suicidio.
- Detener el ascenso de abuso de drogas y bajar dependencia de alcohol en mayores de 12 años.

Meta: 1. Bajar la prevalencia en un 10%, pasando de 7,5 a 6,8.

Grado de cumplimiento: No evaluable

2. Bajar en un 10% la tasa ajustada por edad.

Grado de cumplimiento: Con retroceso

3. Beber problema: reducción de prevalencia en 10%; y Abuso de drogas. Mantener prevalencia de último mes en 3%.

Grado de cumplimiento: Con retroceso

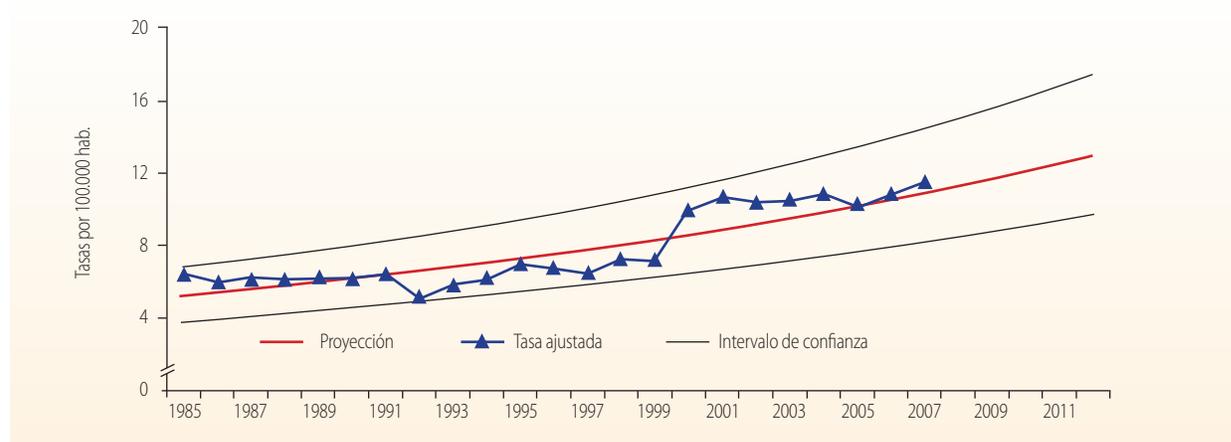
Recurrencia de episodios depresivos: No se cuenta con información para el evaluar el cumplimiento de este objetivo. La prevalencia utilizada como línea base fue tomada del único estudio poblacional que midió prevalencia de trastornos psiquiátricos, en 3 ciudades del país, entre los años 1992 y 1999, llevado a cabo por un equipo investigador de la Universidad de Concepción (Vicente y col.). Posteriormente no se ha realizado ningún estudio de las mismas características metodológicas que permitan una comparación.

La Encuesta Nacional de Salud realizada el año 2003 (Ministerio de Salud) incluyó la medición de trastornos psiquiátricos, utilizando un instrumento denominado CIDI Short Form, con el que se obtuvo prevalencias de 5,1% para el último mes y 17% para el último año, cifras que no concuerdan con las arrojadas por el primer estudio mencionado, probablemente por el método de aplicación del cuestionario. Según la II Encuesta de Calidad de Vida y Salud (MINSAL 2006), un 22,3% de los entrevistados, autoreportó depresión, angustia o neurosis en las últimas dos semanas¹⁹.

Las principales actividades realizadas en torno a este objetivo han sido la implementación del programa nacional de detección y tratamiento de la depresión y la incorporación de éste al régimen GES, a contar del 1 de julio de 2006. Entre 2006 y 2008, han ingresado al sistema 829.299 casos.

La tasa de mortalidad por suicidio, ajustada por edad, aumentó un 60%, es decir, de 7 por cien mil hab. en 1999 a 11,2 por cien mil en 2007, contrario a la meta propuesta para 2010 de reducir la mortalidad en 10%. Hay que considerar que la RE N° 2164 del año 2000, actualizó los procedimientos de identificación y codificación de las causas de muerte y se adoptaron mecanismos de validación de los registros de causas de defunción.

**Figura 45: Mortalidad por suicidio, ajustada por edad.
Chile 1985 - 2007 y proyección 2008 - 2012**



Fuente: Epidemiología.

Abuso de drogas y dependencia de alcohol: Según estudios de consumo de drogas en población general, realizadas por CONACE²⁰, se observa un aumento en la prevalencia de consumo del último año para marihuana (de 5,7% a 6,4%) y un aumento algo menor para el consumo de cocaína (de 1,5% a 1,8%). La prevalencia de consumo del último año para pasta base se mantuvo en 0,7%.

En relación con el consumo de alcohol, según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud realizada por el MINSAL, 2001 y 2006, disminuye discretamente la prevalencia de bebedores problemas de 16,5% (29,9% para hombres y 5,5% para mujeres) a 15,2% (25,6% para hombres y 5,8% para mujeres). Cabe señalar, que al analizar por sexo, en hombres se observa una disminución, mientras que en mujeres aumenta levemente.

²⁰Estudio Nacional de Drogas en Población General.

¹⁹“En las últimas dos semanas ¿ha tenido usted alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud?”

El estudio CONACE, 2008, mostró una prevalencia de consumo de alcohol de último mes de 50%. El informe final de este estudio no incluye datos para beber problema (EBBA positivo), sino que informa una tasa de abuso de alcohol de 13% (según la Clasificación de Enfermedades Mentales de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos) por lo que no es posible comparar los resultados al respecto.

A partir del 1º de julio del 2007 se incorporó el tratamiento de personas menores de 20 años con consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en el sistema GES, ingresando entre 2007 y 2008 4.489 casos a tratamiento.

c. Enfermedades Respiratorias

- Reducir la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias.
- Reducir la tasa de mortalidad por IRA baja en adultos mayores.

Meta: 1. Bajar en un 15% la tasa de Enfermedades respiratorias ajustada por edad.

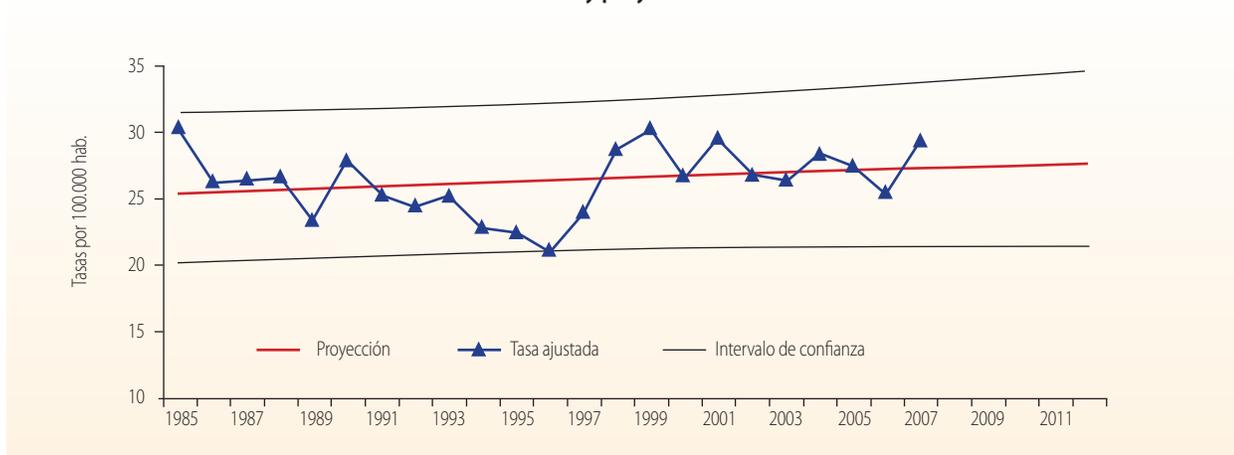
Grado de cumplimiento: No cumplido

2. Bajar en un 20% la tasa de Mortalidad por IRA ajustada por edad:

Grado de cumplimiento: Cumplido

La tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias, ajustada por edad, disminuye levemente 1999 y 2007 de 30,2 a 29 muertes por cien mil hab., respectivamente.

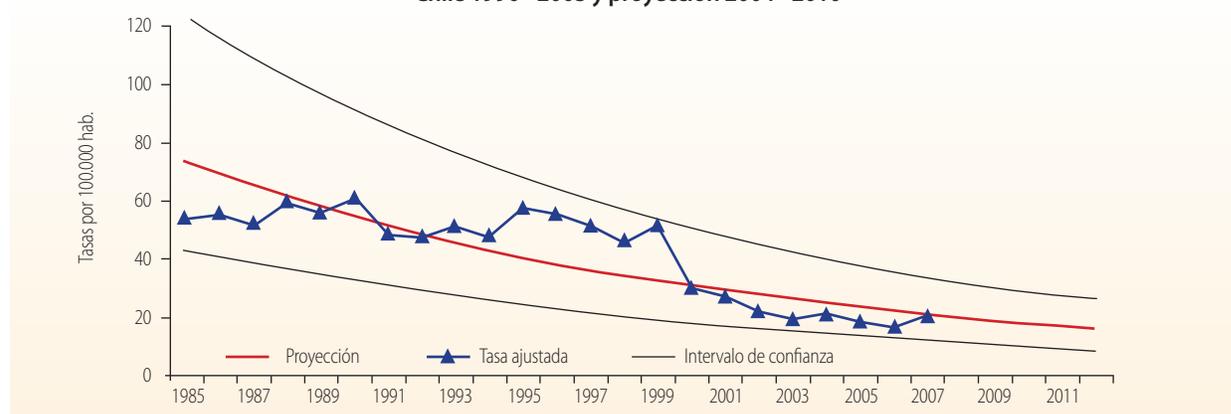
**Figura 46: Mortalidad por enfermedades respiratorias, ajustada por edad.
Chile 1985 - 2007 y proyección 2008 - 2012**



Fuente: Epidemiología, MINSAL.

Sin embargo, es importante señalar que dentro de este grupo de enfermedades, se observa una marcada reducción en la mortalidad por infecciones respiratorias (60%), de 51 muertes por cien mil hab. en 1999 a 20 en 2007.

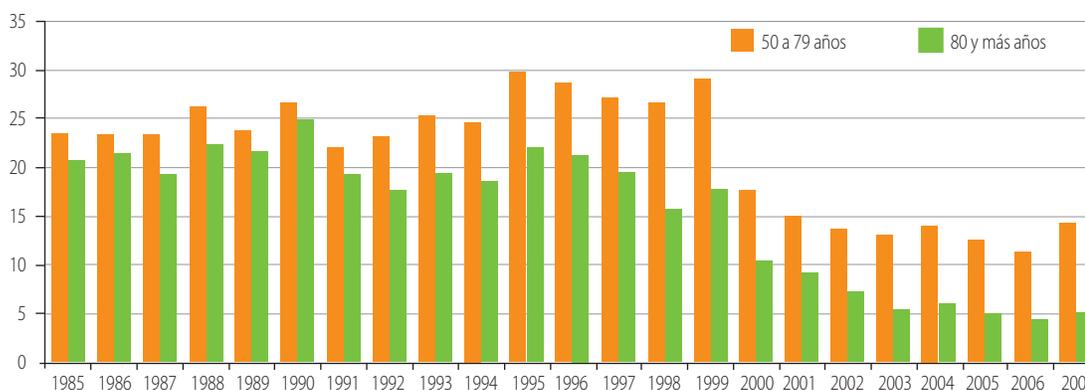
Figura 47: Mortalidad por infecciones respiratorias, ajustada por edad. Chile 1990 - 2003 y proyección 2004 - 2010



Fuente: Epidemiología, MINSAL.

Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) bajas en el adulto mayor: En el grupo de edad de 50 a 79 años, la mortalidad disminuyó un 51%, entre 1999 y 2007, mientras que en el grupo de 80 y más, disminuye 72%, en el mismo periodo.

Figura 48: Mortalidad por IRA, 50 y más años. Chile 1985 y 2007



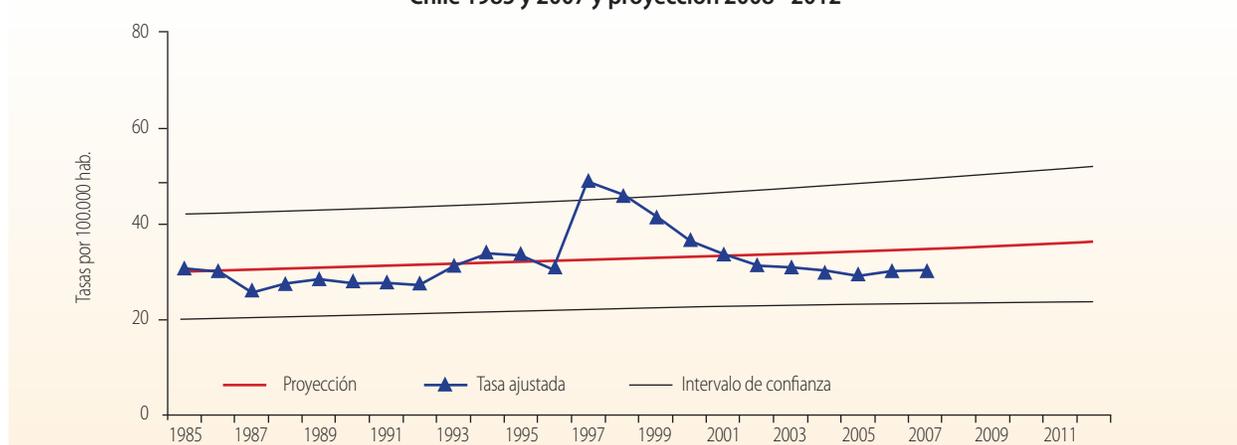
Fuente: Epidemiología, MINSAL.

e. Traumatismos y Envenenamientos

- Reducir la tasa de mortalidad del grupo de Traumatismos y envenenamientos.
 - Quebrar la tendencia al ascenso de la mortalidad por accidentes del tránsito.
- Meta:** 1. Reducción de la tasa estandarizada por edad 1999 en 20%. Grado de cumplimiento: Cumplido
 2. Mantener la tasa ajustada por edad 1999. Grado de cumplimiento: Con retroceso

La tasa de mortalidad, estandarizada por edad, por accidentes no intencionales²¹, disminuyó de 45,9 por 100 mil hab. en 1998 a 29,9 en 2007. Esto implica una disminución del 35%, superando ampliamente la meta a 2010.

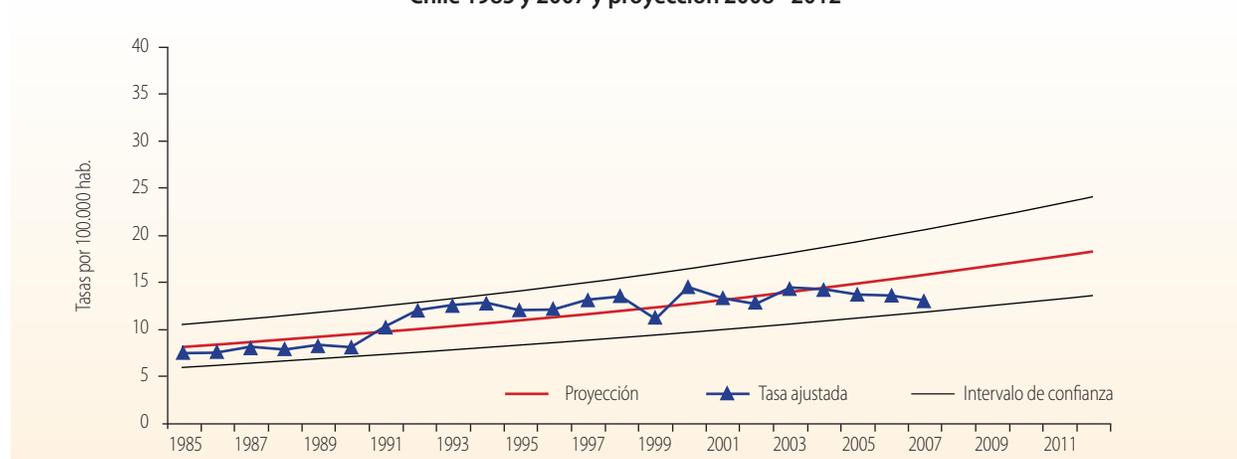
Figura 49: Mortalidad por accidentes no intencionales, ajustada por edad. Chile 1985 y 2007 y proyección 2008 - 2012



Fuente: Epidemiología, MINSAL.

Para los accidentes del tránsito se planteó quebrar la tendencia al ascenso de la tasa de mortalidad, manteniendo la tasa estandarizada por edad de 1999 (11,6 muertes por cien mil hab.). En el periodo 1999-2007, se ha observado un comportamiento variable en la tasa, siendo de 12,8 por 100 mil hab. en 2007, lo que representa un aumento del 16% y un retroceso respecto del cumplimiento de la meta. Cabe señalar que a partir de 2004, se observa una tendencia al descenso de la mortalidad.

Figura 50: Mortalidad por accidentes de Tránsito, ajustada por edad. Chile 1985 y 2007 y proyección 2008 - 2012



Fuente: Epidemiología, MINSAL.

A partir de la incorporación en las garantías GES en 2007, han accedido a diagnóstico y tratamiento 15.652 casos a diciembre de 2008 y su distribución se detalla en el cuadro siguiente:

²¹Incluye muertes por accidentes de tránsito, envenenamientos, caídas, quemaduras, ahogamientos y otros accidentes no intencionales.

Cuadro 6: Acceso a garantías relacionadas con prematuridad. Chile 2006-2008

| Garantía | 2007 | 2008 |
|---|-------|--------|
| Politraumatizado grave con lesión medular | 61 | 221 |
| Politraumatizado grave sin lesión medular | 494 | 1.819 |
| Traumatismo craneoencefálico moderado o grave | 2.279 | 10.778 |
| Total anual | 2.834 | 12.818 |

Fuente: Elaboración propia en base a datos SIGGES

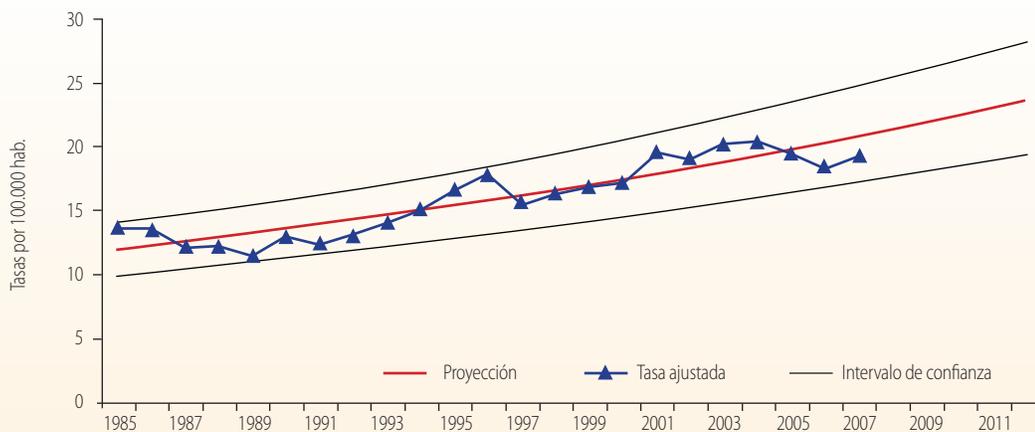
f. Diabetes Mellitus

- 1. Frenar el aumento de la mortalidad por Diabetes Mellitus.
- 2. Reducir la proporción de discapacitados por diabetes.

Meta: Mantener la tasa estandarizada por edad 1999. Grado de cumplimiento: Con retroceso
No cuantificada. Grado de cumplimiento: No evaluable

No se ha logrado la meta de frenar el ascenso en la mortalidad por Diabetes, con una tasa de mortalidad ajustada en 2007 de 19,1 muertes por cien mil hab., lo que implica un aumento de 17% según la tasa de 1999 (16,8 por cien mil hab.).

Figura 51: Mortalidad por Diabetes, ajustada por edad. Chile 1985 y 2007 y proyección 2008 - 2012



Fuente: Epidemiología, MINSAL.

Diabetes tipo 1 y 2 fueron incorporados al sistema GES el año 2005. Hasta 2008 se habían ingresado 522.028 casos. Asimismo, el año 2006 se incluyó la retinopatía diabética, ingresando 73.428 casos entre 2006 y 2008²².

²²Datos SIGGES a través de Data Mart

No de casos ingresados a sistema GES, de acuerdo a datos SIGGES

| Diabetes Mellitus | 2006 | 2007 | 2008 |
|--------------------|--------------|---------------|---------------|
| Tipo 1 | 435 | 2812 | 3672 |
| Tipo 2 | 46798 | 443628 | 418356 |
| Total anual | 47233 | 446440 | 522028 |

Si bien no se cuenta con información que permita evaluar el avance en la meta de reducir la proporción de discapacitados por diabetes y no se cuenta con una línea de base para evaluar este indicador, según el Estudio de Carga de Enfermedad de Chile 2007, los AVISA asociados a Diabetes tipo 2, fueron 72.230, ocupando el décimo lugar de las causas de AVISA, para todas las edades y ambos sexos.

g. VIH/SIDA

- 1. Quebrar la tendencia ascendente de la mortalidad.
- 2. Reducir la tasa de transmisión vertical de 30 a 5%.

Meta: 1. Meta mantener la tasa estandarizada por edad 1999.

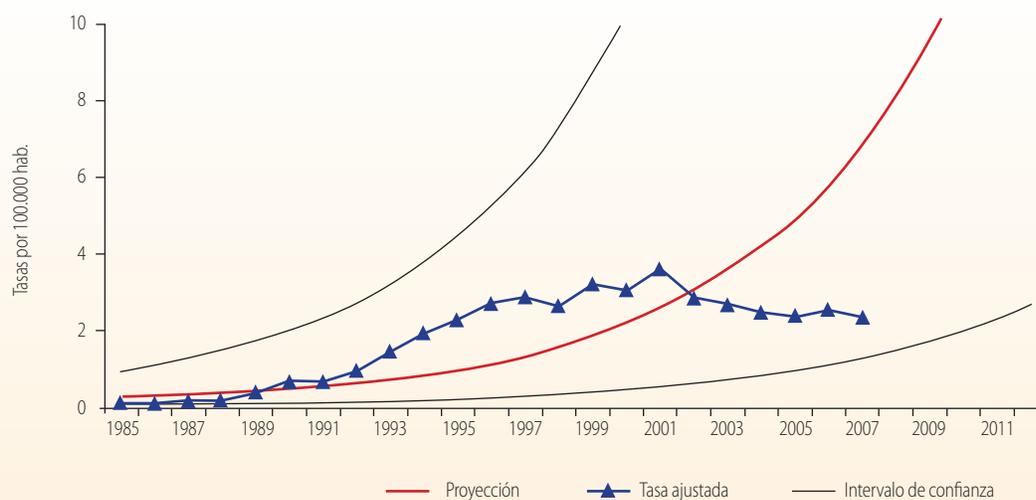
Grado de cumplimiento: Cumplido

2. Reducir la tasa de transmisión vertical de 30 a 5%.

Grado de cumplimiento: Cumplido

En 2007, la tasa de mortalidad por VIH/SIDA ajustada por edad, fue de 2,3 por cien mil hab., lo que representa una reducción de 27% respecto al año 1999 (3,7 por cien mil hab.), con lo que se cumple el objetivo propuesto. Es importante señalar que al calcular el intervalo de confianza de la proyección de la mortalidad a 2012, éste se observa muy amplio, debido a la gran variabilidad que presentaron las tasas desde 1985. A partir del año 2002 se observa una tendencia sostenida al descenso.

Figura 52: Mortalidad por VIH - SIDA, ajustada por edad.
Chile 1985 y 2007 y proyección 2008 - 2012



Fuente: Epidemiología, MINSAL.

Para lograr este objetivo, se han desarrollado actividades como la incorporación del SIDA en el Programa de Enfermedades Catastróficas del FONASA, la incorporación del Tratamiento Antirretroviral en las Garantías Explícitas en Salud (GES), entre otras. (ver recuadro)

Las iniciativas implementadas durante la década fueron:

- Incorporación del SIDA en el Programa de Enfermedades Catastróficas FONASA
- Incorporación del Tratamiento Antirretroviral y exámenes de monitoreo (CD4, Carga Viral y genotipificación) en las Garantías Explícitas en Salud (GES), incluye cobertura de 100%, oportunidad en el acceso y protección financiera.
- Desarrollo de programa de apoyo psicosocial para la adherencia a TARV
- Trabajo asociado con VIVOPOSITIVO para la formación de consejeros entre pares.
- Conformación del Comité Asesor de infectólogos especialistas en VIH/SIDA, para la elaboración de Guías Clínicas, Protocolos de Tratamiento, transferencia de capacidades a los equipos de salud locales.
- Capacitación continua y actualización de equipos de atención multidisciplinarios.
- Negociación anual con Compañías Farmacéuticas para la obtención de rebajas en precios de ARV.
- Compra centralizada de ARV a través de CENABAST.
- Diseño e implementación de Modelo de Atención para la personas con VIH/SIDA.
- Actualización de Guías Clínicas.
- Evaluación de impacto de terapias, a través de estudio de cohorte de adultos y niños en TARV, desde 2001
- Diseño e implementación de Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH desde el año 2005. Incluye ofrecimiento universal del test VIH a las embarazadas, acceso a protocolo farmacológico para las mujeres VIH+ y sus hijos y sucedáneos de leche materna
- Inclusión del examen VIH en la embarazada en la Ley de Medicina Preventiva (GES), desde 2006
- Evaluación de la implementación de la Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH

La tasa de transmisión vertical de VIH se reduce de 30% a 2,6% en 2008²³, superando la meta propuesta para 2010. Esto ha sido posible gracias a la implementación de la Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH.

El dato se obtuvo de los registros del Centro Nacional de Referencia de SIDA del Instituto de Salud Pública, donde se realiza el estudio de laboratorio de todos los hijos nacidos de madres con VIH del país. Entre enero y diciembre de 2008,

²³Fuente: Informe Epidemiológico del VIH/SIDA en Chile a Diciembre de 2008. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud.

nacieron un total de 153 hijos de madre VIH, de los cuales 4 resultaron positivos al VIH, 94 fueron diagnosticados como negativos y 55 continuaron en estudio.

Con el incremento y cobertura de las terapias antiretrovirales, se ha logrado aumentar la supervivencia pasando de 85% en el 2005 a 91,2% a 3 años de seguimiento (2008), junto a una disminución de las infecciones oportunistas de 8% a 3% en el mismo período. Ello ha permitido reducir el número de hospitalizaciones y de licencias médicas de personas con VIH/SIDA y se ha favorecido la integración laboral de ellas, todo lo cual apunta a una mejoría en la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA. Sin embargo, persiste una proporción importante de personas que están accediendo tardíamente a control y tratamiento, lo que impacta negativamente en las posibilidades terapéuticas y en la supervivencia. Se requiere profundizar y promover el acceso al diagnóstico precoz, adecuando las estrategias de promoción del examen VIH, particularmente en población de hombres jóvenes.

h. Enfermedades Osteoarticulares

- Reducción de la discapacidad y dolor crónico en pacientes con enfermedades osteoarticulares.

Meta: no cuantificada

Grado de Cumplimiento: No evaluable

Este objetivo de impacto, en su evaluación a mitad de período, se informó como sin información para evaluar la reducción de la discapacidad y dolor crónico en pacientes con enfermedades osteoarticulares, por lo que, en esa oportunidad se propuso establecer un objetivo de desarrollo para el período 2006-2010.

Aumentar la cobertura de enfermos con condiciones osteoarticulares con adecuado diagnóstico, tratamiento y manejo de factores de riesgo (respecto al estándar).

Este aumento de cobertura de enfermedades osteoarticulares se ha conseguido a través de la incorporación en AUGE de los siguientes problemas de salud:

1. Escoliosis en menores de 25 años, que requieren tratamiento quirúrgico, en régimen desde el 1º de Julio de 2005
2. Artrosis de Cadera en personas de 65 años y más, con limitación funcional severa, que requiere reemplazo articular, en régimen desde el 1º de Julio de 2005
3. Artrosis de Cadera y Rodilla, tratamiento médico en personas de 55 años y más, en régimen desde 1º de Julio de 2007
4. Hernia del Núcleo Pulposo Lumbar, en régimen desde 1º de Julio de 2007
5. Artritis Reumatoidea en personas de 15 años y más, en régimen desde 1º de Julio de 2007

A lo anterior se suma desde 1º de enero de 2008 se incorpora a Programa Piloto GES la Artritis Reumatoidea Juvenil.

6. La incorporación de estos problemas de salud al Régimen de Garantías explícitas ha permitido garantizar a todos los beneficiarios de FONASA e ISAPRE: acceso, oportunidad y protección financiera para los prestaciones garantizadas.

Asimismo, en relación a la definición de estándares de atención, la incorporación a GES ha significado el desarrollo de una Guía Clínica de diagnóstico, tratamiento y seguimiento para cada uno de los problemas de salud mencionados. A continuación se muestra una tabla que cuantifica las personas atendidas bajo el régimen de garantías explícitas, desde el momento en que cada una de ellas, se incorporó al sistema.

Tabla 18: Enfermedades Osteoarticulares (Atendidas al 30 junio 2009)

| | Total de Casos atendidos |
|--|-----------------------------|
| Escoliosis tratamiento quirúrgico | 2.389 |
| Artrosis de Cadera , reemplazo articular | 8.071 |
| Tratamiento Médico Artrosis de Cadera Leve o Moderada | 30.319 |
| Tratamiento Médico Artrosis de Rodilla Leve o Moderada | 54.778 |
| Hernia Núcleo Pulposo Lumbar | 6.237 |
| Artritis Reumatoide del adulto | 20.688 |
| Total | 122.482 |
| Artritis Reumatoidea Juvenil | 502 |

Fuente: SIGGES, casos acumulados desde la entrada en vigencia de cada garantía

i. Cuidados Paliativos

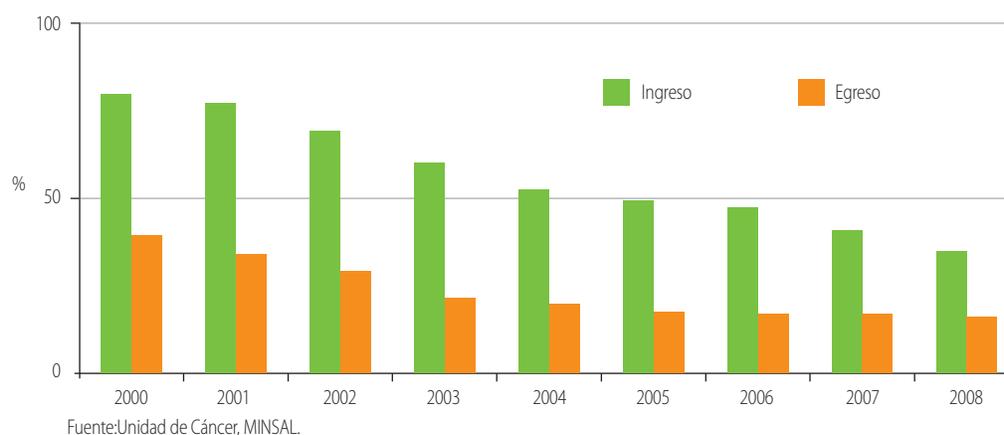
- 1. Reducción de la prevalencia de dolor (mejoría de la calidad de vida) de pacientes terminales.
- 2. Aumento del número de paciente que fallece en el hogar bajo cuidados paliativos (mejoría de la calidad de muerte)

Meta: no cuantificada

Grado de Cumplimiento: Cumplido

A través de la reducción de la prevalencia de dolor, se busca la mejoría en la calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado. Para cuantificar esta evolución se utiliza como indicador, la variación de la escala EVA para adultos y su equivalente según edad en niños, tanto al ingreso como al egreso del paciente al programa, cada año. El período a observar, para esta evaluación, va del 1 de enero al 31 de diciembre, de cada año entre 2000 y 2008, e incorpora a niños y adultos.

Figura 53: Dolor intenso a severo según EVA al ingreso y egreso de niños y adultos al programa PAD CP. Chile 2000 - 2008



El año 2000, del total de pacientes que ingresaron al programa, 80% lo hizo con dolor intenso o severo (EVA 5-10), disminuyendo a 39,8% al momento del fallecimiento, proporción que disminuye sistemáticamente en cerca de 50%, llegando en 2008 a pasar de 35% a 16%, respectivamente. Esto, además de ser un positivo balance en cuanto a la calidad y efectividad del programa, también muestra una mayor oportunidad en el ingreso de los pacientes al programa.

Distribución de la escala de dolor (EVA), al ingreso y egreso, en niños y adultos incorporados al programa PAD CP. Chile, 2008.

| Ingreso | | | Egreso | |
|---------|------|-------------------------|--------|------|
| n° | % | | n° | % |
| 3.436 | 21% | SIN DOLOR 0 | 10.180 | 62% |
| 2.127 | 13% | DOLOR LEVE 1 a 2 | 1.863 | 11% |
| 5.072 | 31% | DOLOR MODERADO 3 a 4 | 1.700 | 10% |
| 2.781 | 17% | DOLOR INTENSO 5 a 6 | 1.791 | 11% |
| 2.945 | 18% | DOLOR SEVERO 7 a 10 | 827 | 5% |
| 16.361 | 100% | TOTAL | 16.361 | 100% |

Omisión del dato n=1818

Fuente: Unidad de Cáncer, MINSAL.

Según la tabla un 35% ingresó con dolor intenso a severo (EVA 5-10), permaneciendo con dolor intenso (EVA 5-6) un 10,9% y dolor severo (EVA 7-10), un 5,1%. Respecto a este dato, series internacionales reportan cerca de un 30% de dolor por cáncer refractario a tratamiento estándar.

El Programa Nacional de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos por cáncer avanzados, se inicia en el año 1994 con la Comisión Nacional de Cuidados paliativos y la atención de pacientes del sector público, desde entonces el número de pacientes ingresados ha aumentado gradual y sostenidamente. Se incorpora al régimen de garantías explícitas en salud

el año 2005, para personas con cáncer avanzado del sector público y privado, alcanzando a 19.194 personas de ambos sexos y edad el año 2008. (gráfico1). (FONASA – 2008 SIGGES, DEIS)

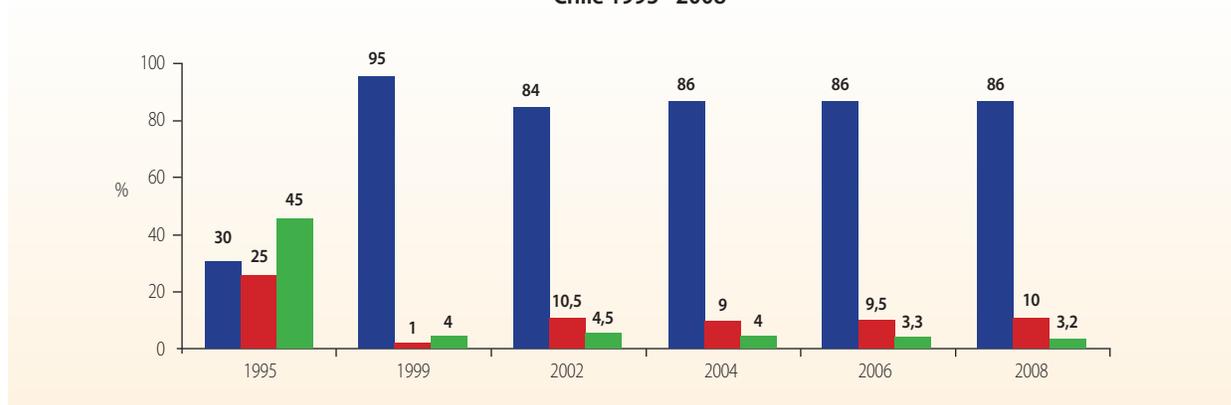
Figura 54: Pacientes ingresados al PAD CP por Cáncer avanzado, Chile 2000 - 2008



Fuente: Unidad de Cáncer, MINSAL.

Respecto del aumento en el número de paciente que fallece en el hogar, bajo cuidados paliativos, es necesario tener presente que 1) un 63,1% de los ingresados al programa son mayores de 65 años, 2) un 13,2% de las familias son uni-personal, de ellas, el 68,8% son femeninas, 3) de aquellos que tienen más de 60 años, el 32,9% de los hombres y 60,2% mujeres, viven solos, 4) más del 20% de las familias está formada por paciente y cuidador adulto mayor, 5) finalmente el 7% están institucionalizados.

Figura 55: Distribución lugar de fallecimiento (%) de pacientes bajo cuidados paliativos. Chile 1995 - 2008



Fuente: Unidad de Cáncer

* El hogar de acogida se considera residencia habitual, lo mismo que domicilio

j. Salud Bucal

- 1. Disminuir caries en población menor de 20 años.
- 2. Cobertura de atención odontológica en el menor de 20 años.

Meta: 1. Se medirá este impacto en la población de 12 años, logrando un índice COPD de 1,9 en esa edad.

Grado de cumplimiento: Cumplido
2. Alcanzar una cobertura del 50% en los menores de 20 años.

Grado de cumplimiento: No cumplido

La evaluación del objetivo de disminuir caries en la población menor de 20 años, fue abordada en el capítulo I de Salud Infantil

Sobre la meta de alcanzar una cobertura del 50% en los menores de 20 años, medido en primeras consultas, en el año 1999 era de 22% y en el año 2008 fue de 22,5%, lo que muestra que no se avanzó en el cumplimiento de este objetivo sanitario, a pesar que esta cobertura aumentó levemente en algunos años

Durante esta década, las metas de cumplimiento de la atención primaria y las metas para los bonos de desempeño de la ley 19.664 han estado referidas a la atención odontológica integral en las edades de mayor riesgo biológico. Comprometiendo altas coberturas de atención odontológica integral, especialmente en los niños de 6 y 12 años, y en las embarazadas.

Además a partir del año 2005 se inicia la incorporación de la salud bucal a las garantías GES, entre ellas, la salud oral integral para niños de 6 años, la atención de la Urgencia Odontológica Ambulatoria, para toda la población y la Salud Oral Integral del Adulto de 60 años, en 2007. Finalmente, se incorpora la atención odontológica integral de la embarazada, como piloto, durante 2009.

También existen programas especiales, de menor cobertura, dirigidos a grupos con mayor vulnerabilidad social como es el programa para hombres y mujeres de escasos recursos y el programa de cierre de brechas en su componente odontológico (ex adulto mayor).

Tabla 20: Cobertura de primeras Consultas odontológicas en menores de 20 años beneficiarios de FONASA por Región y Servicio de Salud, Chile 200

| Región | Servicio de Salud | Beneficiarios menores 20 años | 1ª consulta menores 20 años | Cobertura |
|----------------------|---------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---------------|
| XV | Arica | 33645 | 8975 | 26,70% |
| I | Iquique | 72.199 | 15.548 | 21,50% |
| II | Antofagasta | 119.690 | 28.173 | 23,50% |
| III | Atacama | 74.123 | 12.984 | 17,50% |
| IV | Coquimbo | 192.243 | 43.260 | 22,50% |
| V | Aconcagua | 63.320 | 49.416 | 78,00% |
| | Valparaiso San Antonio | 108.910 | 19.411 | 17,80% |
| | Viña del Mar Quillota | 215.227 | 50.181 | 23,30% |
| RM | Metropolitano Central | 213.811 | 27.679 | 12,90% |
| | Metropolitano Norte | 177.662 | 32.504 | 18,30% |
| | Metropolitano Occidente | 295.616 | 53.530 | 18,10% |
| | Metropolitano Oriente | 128.501 | 46.502 | 36,20% |
| | Metropolitano Sur | 273.115 | 44.433 | 16,30% |
| | Metropolitano Sur Oriente | 391.876 | 59.854 | 15,30% |
| VI | Libertador B. O'Higgins | 211.930 | 35.368 | 16,70% |
| VII | Maule | 256.828 | 58.062 | 22,60% |
| VIII | Arauco | 49.007 | 16.581 | 33,80% |
| | Bio-Bio Los Angeles | 107.198 | 33.581 | 31,30% |
| | Concepcion | 147.952 | 40.393 | 27,30% |
| | Ñuble | 120.377 | 26.699 | 22,20% |
| | Talcahuano | 86.078 | 34.119 | 39,60% |
| IX | Araucania Norte | 52.528 | 13.524 | 25,70% |
| | Araucania Sur | 201.659 | 54.834 | 27,20% |
| X | Chiloé | 44.630 | 15.531 | 34,80% |
| | Del Reloncaví | 98.406 | 21.933 | 22,30% |
| | Osorno | 59.660 | 13.332 | 22,30% |
| XIV | Valdivia | 100.102 | 28.817 | 28,80% |
| XI | Aysen | 26.150 | 5.187 | 19,80% |
| XII | Magallanes | 34.033 | 1.376 | 4,00% |
| Total general | | 3.956.476 | 891.787 | 22,50% |



**CAPITULO III: DISMINUIR LAS
DESIGUALDADES EN SALUD**



Este objetivo pretende orientar las políticas del sector hacia la disminución de las desigualdades en salud entre grupos poblacionales, mejorando la salud de aquellos más desfavorecidos de la sociedad chilena.

Para ello, se establecieron tres indicadores a través de los cuales monitorear su avance: Mortalidad Infantil, Esperanza de Vida y Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP). Si bien, la situación de estos indicadores a nivel nacional ha mejorado considerablemente, no se ha producido la disminución esperada de las brechas entre los grupos poblacionales.

Cabe señalar que, para la evaluación de este objetivo se desarrollaron tres áreas paralelamente, una relacionada con mortalidad infantil y esperanza de vida, que además incorpora otros aspectos relevantes relacionados con inequidades en mortalidad. Un segundo estudio relacionado con el cálculo y análisis de los AVPP y un tercer componente, relacionado con la evaluación de los objetivos de desarrollo. En el presente informe sólo se incorporarán los aspectos relativos a la evaluación del grado de cumplimiento de los OS de impacto, mientras que los otros componentes de la evaluación serán objeto de futuras publicaciones, que quedarán disponibles en la página web <http://epi.minsal.cl>

a. Mortalidad Infantil

- Reducir la brecha de mortalidad infantil entre grupos educacionales extremos.

Meta 2010: 1. Reducir en un 10% el diferencial de mortalidad infantil entre hijos de madres de grupos educacionales extremos

Grado de cumplimiento: Con retroceso

Este objetivo no se ha cumplido, la brecha de la MI entre grupos educacionales extremos, aumenta en un 30% de 2,6 en el trienio 1998-2000 a 3,4 en el trienio 2004-2006.

Tabla 21: Tasa de Mortalidad infantil y diferenciales según escolaridad de las madres y componentes de la MI. Chile, años 1998-2000; 2001-2003 y 2004-2006.

| Escolaridad de las madres | Tasa de Mortalidad | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------|------------|------------|-------------------|------------|------------|-----------------|------------|------------|-------------------|------------|------------|
| | Neonatal Precoz | | | M.Neonatal Tardía | | | M.Post Neonatal | | | Total M. Infantil | | |
| | 1998-2000 | 2001-2003 | 2004-2006 | 1998-2000 | 2001-2003 | 2004-2006 | 1998-2000 | 2001-2003 | 2004-2006 | 1998-2000 | 2001-2003 | 2004-2006 |
| Hasta 3 años | 5,1 | 5,6 | 7,8 | 2,7 | 1,4 | 2,4 | 7,9 | 8,1 | 8,8 | 15,7 | 15,1 | 19 |
| 4 a 6 años | 5,9 | 5,5 | 4,7 | 2,2 | 1,7 | 1,6 | 7,4 | 6,1 | 5,4 | 15,4 | 13,3 | 11,7 |
| 7 a 9 años | 4,7 | 4,1 | 4,8 | 1,4 | 1,4 | 1,4 | 5,4 | 4,2 | 3,9 | 11,5 | 9,7 | 10 |
| 10 a 12 años | 4,5 | 4 | 4,7 | 1,3 | 1,1 | 1,1 | 3,7 | 2,9 | 2,6 | 9,5 | 8,1 | 8,5 |
| 13 Y más | 3,6 | 3 | 3,4 | 0,8 | 0,7 | 0,8 | 1,6 | 1,3 | 1,4 | 6 | 5 | 5,6 |
| Total | 4,5 | 4 | 4,4 | 1,3 | 1,1 | 1,1 | 4 | 3,1 | 2,8 | 9,9 | 8,2 | 8,3 |
| Diferencial menor/mayor escolaridad | 1,4 | 1,9 | 2,3 | 3,4 | 2,0 | 3,0 | 4,9 | 6,2 | 6,3 | 2,6 | 3,0 | 3,4 |
| % de cambio 98-00 / 04-06 | 62% | | | -11% | | | 27% | | | 30% | | |

Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas vitales 1998-2006. MINSAL.

Ya desde el año 2000 Chile ha descendido a cifras de mortalidad infantil de sólo un dígito. Para el trienio 2004 – 2006 la mortalidad infantil alcanzó a 8,1 por 1.000 nacidos vivos (NV), lo que representa una disminución de 17,8% con respecto al trienio 1998-2000. Esta cifra confirma el mejoramiento sostenido que han experimentado en las últimas décadas los indicadores globales que dan cuenta de la situación general de la salud de la población en Chile.

Sin embargo, la disminución observada no es homogénea cuando se analiza según componente de la mortalidad infantil. En efecto, la mortalidad infantil, de manera global, disminuye de 9,8 en el trienio 1998-2000 a 8,1 por mil NV en el trienio 2004-2006, lo que en términos porcentuales representa un 17,3%, mientras que la mortalidad neonatal precoz; neonatal tardía y post neonatal se reducen en 3,0% y 14,9% y 34,1% respectivamente.

Figura 56: Tasa de mortalidad infantil y sus componentes.
Chile, trienios 1998 - 2000 y 2004 - 2006



Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas vitales 1998

La tabla a continuación, muestra los números absolutos de fallecidos y las tasas para cada componente de la mortalidad infantil según los diferentes trienios analizados. Para el cálculo de las tasas, el numerador corresponde a la suma de las muertes de menores de 1 año ocurridas en el trienio observado, y como denominador el total de nacidos vivos en los tres años que conforman el trienio.

Tabla 22: Número y Tasa de Mortalidad infantil según componentes y trienios.
Chile, años 1998-2000; 2001-2003 y 2004-2006

| Trienios observados | Número de Fallecidos | | | | Nacidos Vivos | Tasa de MI x 1.000 NV |
|---------------------|----------------------|--------------------|------------------|-------------------|------------------|-----------------------|
| | M. Neonatal Precoz | M. Neonatal Tardía | M. Post Neonatal | Total M. Infantil | | |
| 1998-2000 | 3.643 | 1.031 | 3.109 | 7.783 | 754.947 | 10,3 |
| 2001-2003 | 2.922 | 842 | 2.294 | 6.058 | 719.241 | 8,4 |
| 2004-2006 | 3.077 | 786 | 1.921 | 5.784 | 691.187 | 8,4 |
| Total | 9.642 | 2.659 | 7.324 | 19.625 | 2.165.375 | 9,1 |

Fuente: Elaboración propia, en base estadísticas vitales 1998-2006, MINSAL

Gracias a los avances del nivel de educación de la población chilena, el tamaño absoluto del grupo “sin escolaridad” se ha reducido notablemente, y por ello, las tasas calculadas son inestables, reflejando, más bien, la sensibilidad de los cálculos a los números pequeños, que la realidad poblacional. Por esta razón, para analizar la tasa de mortalidad según nivel de educación de la madre, para los tréanos 1998-2000 y 2004-2006, se ha introducido un cambio en los grupos de comparación, con respecto al documento inicial de los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010, en el cual los grupos de comparación fueron “madres sin escolaridad” versus “madres con 13 o más años de escolaridad”. Es así que, para este análisis, los cálculos y comparaciones de brechas de mortalidad se realizan identificando a las mujeres con “hasta 3 años de escolaridad” como grupo de menor nivel educacional, para compararlo con mujeres de 13 y más años de escolaridad.

En el periodo 1998-2000, la tasa de mortalidad infantil observada de los hijos de madres con hasta 3 años de escolaridad fue de 15,7 por 1.000 NV, mientras que para las madres con 13 o más años de escolaridad este indicador era de 6 niños por 1.000 NV. Es decir, el riesgo de fallecer antes de alcanzar un año de vida era de 2,6 veces mayor los niños de madres con menor escolaridad.

Tabla 23: Número y Tasa de Mortalidad infantil según escolaridad de las madres y componentes de la Mortalidad Infantil. Chile, 1998-2000

| Escolaridad de las madres | Defunciones | | | | Nacidos Vivos | Tasa de Mortalidad | | | |
|---------------------------|--------------------|--------------------|------------------|-------------------|----------------|--------------------|--------------------|------------------|-------------------|
| | M. Neonatal Precoz | M. Neonatal Tardía | M. Post Neonatal | Total M. Infantil | | M. Neonatal Precoz | M. Neonatal Tardía | M. Post Neonatal | Total M. Infantil |
| Hasta 3 años | 74 | 39 | 115 | 228 | 14.543 | 5,1 | 2,7 | 7,9 | 15,7 |
| 4-6 | 374 | 139 | 472 | 985 | 63.931 | 5,9 | 2,2 | 7,4 | 15,4 |
| 7-9 | 826 | 248 | 934 | 2.008 | 173.899 | 4,7 | 1,4 | 5,4 | 11,5 |
| 10-12 | 1.582 | 456 | 1.287 | 3.325 | 348.955 | 4,5 | 1,3 | 3,7 | 9,5 |
| 13 y más | 550 | 127 | 245 | 922 | 153.619 | 3,6 | 0,8 | 1,6 | 6 |
| Total | 3.406 | 1.009 | 3.053 | 7.468 | 754.947 | 4,5 | 1,3 | 4 | 9,9 |

Fuente: Elaboración propia, en base estadísticas vitales 1998-2000, MINSAL

En el periodo 2001-2003, la tasa de mortalidad infantil observada de los hijos de madres con hasta 3 años de escolaridad fue de 15,1 por 1.000 NV, mientras que para las madres con 13 o más años de escolaridad este indicador era de 5 niños por 1.000 NV. La relación entre la tasa de MI y la escolaridad de las madres muestra una clara relación. A menor escolaridad, mayor nivel de MI.

Esta tendencia es más elocuente aún en la mortalidad neonatal precoz que considera a niños que fallecen antes de los 7 días de vida.

Tabla 24: Número y Tasa de Mortalidad infantil según escolaridad de las madres y componentes de la Mortalidad Infantil. Chile, 2001-2003

| Escolaridad de las madres | Defunciones | | | | Nacidos Vivos | Tasa de Mortalidad | | | |
|---------------------------|--------------------|--------------------|------------------|-------------------|----------------|--------------------|--------------------|------------------|-------------------|
| | M. Neonatal Precoz | M. Neonatal Tardía | M. Post Neonatal | Total M. Infantil | | M. Neonatal Precoz | M. Neonatal Tardía | M. Post Neonatal | Total M. Infantil |
| Hasta 3 años | 60 | 15 | 86 | 161 | 10.666 | 5,6 | 1,4 | 8,1 | 15,1 |
| 4-6 | 272 | 83 | 302 | 657 | 49.287 | 5,5 | 1,7 | 6,1 | 13,3 |
| 7-9 | 614 | 209 | 616 | 1.439 | 148.359 | 4,1 | 1,4 | 4,2 | 9,7 |
| 10-12 | 1.421 | 401 | 1.035 | 2.857 | 350.966 | 4 | 1,1 | 2,9 | 8,1 |
| 13 y más | 483 | 112 | 212 | 807 | 159.963 | 3 | 0,7 | 1,3 | 5 |
| Total | 2.850 | 820 | 2.251 | 5.921 | 719.241 | 4 | 1,1 | 3,1 | 8,2 |

Fuente: Elaboración propia, en base estadísticas vitales 2001-2003, MINSAL

En el periodo 2004-2006, la tasa de mortalidad infantil observada de los hijos de madres con hasta 3 años de escolaridad fue de 19 por 1.000 NV, mientras que para las madres con 13 o más años de escolaridad este indicador era de 5,6 niños por 1.000 NV (tabla 10). Al comparar con el trienio 1998-2000.

Tabla 25: Número y Tasa de Mortalidad infantil según escolaridad de las madres y componentes de la Mortalidad Infantil. Chile, años 2004-2006

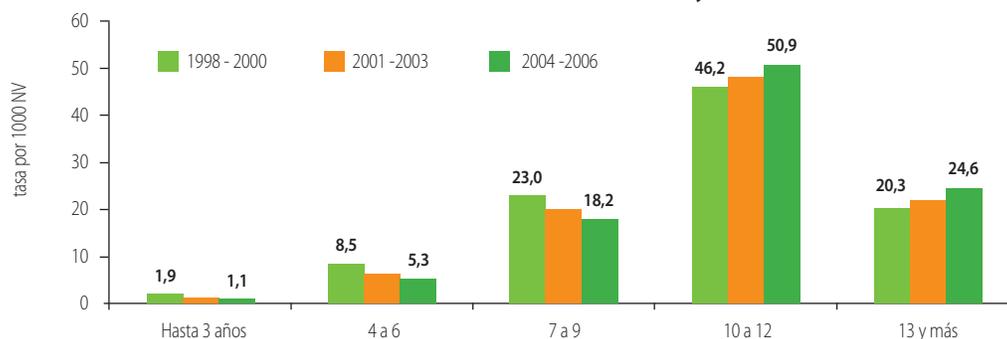
| Escolaridad de las madres | Defunciones | | | | Nacidos Vivos | Tasa de Mortalidad | | | |
|---------------------------|--------------------|--------------------|------------------|-------------------|----------------|--------------------|--------------------|------------------|-------------------|
| | M. Neonatal Precoz | M. Neonatal Tardía | M. Post Neonatal | Total M. Infantil | | M. Neonatal Precoz | M. Neonatal Tardía | M. Post Neonatal | Total M. Infantil |
| Hasta 3 años | 58 | 18 | 66 | 142 | 7.478 | 7,8 | 2,4 | 8,8 | 19 |
| 4-juni | 170 | 60 | 199 | 429 | 36.537 | 4,7 | 1,6 | 5,4 | 11,7 |
| 7-sept | 601 | 172 | 488 | 1.261 | 125.525 | 4,8 | 1,4 | 3,9 | 10 |
| 10-dici | 1.654 | 400 | 922 | 2.976 | 351.925 | 4,7 | 1,1 | 2,6 | 8,5 |
| 13 Y MAS | 581 | 133 | 231 | 945 | 169.722 | 3,4 | 0,8 | 1,4 | 5,6 |
| Total | 3.064 | 783 | 1.906 | 5.753 | 691.187 | 4,4 | 1,1 | 2,8 | 8,3 |

Fuente: Elaboración propia, en base estadísticas vitales 2001-2003, MINSAL

La transición demográfica en la que se encuentra el país, se hace evidente también en la disminución de los nacidos vivos a través del transcurso del periodo observado. Los datos muestran que para el trienio 1998-2000 nacieron 754.947 menores mientras que para el periodo 2004-2006 esta misma cifra alcanza el total de 691.187, lo que corresponde a una disminución de 9,2% aproximadamente.

Además, de lo planteado en el párrafo anterior, el efecto del aumento de los niveles de escolaridad de la población del país se refleja en un cambio de la distribución porcentual de los tramos de escolaridad de las madres de los NV durante los trienios analizados. En la figura 57, se observa una disminución de la proporción de madres con menos años de educación y por ende un aumento en los tramos de mayor escolaridad.

Figura 57: Proporción de madres con hijos NV según tramos de escolaridad. Chile, trienios 1998 - 2000, 2001 - 2003 y 2004 - 2006



Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas vitales 1998

A partir de lo anterior, es posible afirmar que para comparar las tasas de los distintos periodos observados, es necesario ajustar dicha tasas a un denominador común, este procedimiento fue realizado, en el marco de la evaluación de los objetivos sanitarios y se encontrará disponible en la página <http://epi.minsal.cl>. Cabe señalar, que al realizar el ajuste mencionado, la brecha no aumenta, sino que disminuye en un 11,5%, por lo que es necesario revisar su metodología, para validar su uso.

b. Esperanza de Vida

- Aumentar en la esperanza de vida en grupos más desposeídos.

Meta 2010: Aumentar en 2 años la esperanza de vida en grupos más desposeídos

Grado de cumplimiento: Avance importante

El análisis de la esperanza de vida, según grupos de escolaridad, muestra un incumplimiento de la meta, ya que sólo aumentó en 0,8 años, la esperanza de vida temporaria (a los 20 años) en hombres sin escolaridad, muy por debajo de lo que presenta el grupo de 13 y más años de educación (2,8 años), mientras que en mujeres, aumentó en 1,6 años; en éstas, el aumento es similar a lo que se muestra en el grupo de 13 y más años de escolaridad.

Tabla 26: Evolución de la esperanza de vida a los 20 años según nivel de escolaridad y sexo. Chile. 1985-2006

| Esperanza de vida a los 20 Años e(20), según escolaridad | | | | | |
|--|------------|---------------|------------|------------|------------|
| Periodo | Total | Sin educación | 1-8 años | 9-12 años | 13 y+ años |
| Hombres | | | | | |
| 1985-87 | 51,3 | 45,9 | 50 | 52,9 | 56,9 |
| 1990-92 | 53,2 | 47,2 | 51,5 | 55 | 58,8 |
| 1995-97 | 54 | 49,5 | 53,6 | 53,3 | 54,3 |
| 1998-00 | 54,8 | 51,9 | 51,6 | 55,8 | 62,2 |
| 2001-03 | 55,8 | 51,8 | 51,6 | 57,1 | 63,8 |
| 2004-06 | 56,3 | 52,7 | 51,6 | 56,4 | 65 |
| Cambio 98-06 | 1,5 | 0,8 | 0 | 0,7 | 2,8 |
| Mujeres | | | | | |
| 1985-87 | 57,4 | 52,1 | 56,7 | 61 | 60,4 |
| 1990-92 | 58,7 | 52,6 | 57,8 | 61,8 | 62,8 |
| 1995-97 | 59,6 | 55,9 | 59,2 | 60,5 | 59,7 |
| 1998-00 | 60,5 | 56,8 | 58,3 | 62,4 | 65,7 |
| 2001-03 | 61,5 | 57,2 | 58,7 | 63,6 | 66,8 |
| 2004-06 | 62 | 58,4 | 58,8 | 63,1 | 67,4 |
| Cambio 98-06 | 1,5 | 1,6 | 0,5 | 0,6 | 1,7 |

Fuente: Elaboración propia, en base estadísticas vitales 1985-2006, MINSAL

Como es ampliamente conocido, la esperanza de vida es considerada como uno de los indicadores que reflejan la situación de salud de una población. En nuestro país, la esperanza de vida al nacer, para el periodo 2004-2006 para las mujeres ya sobrepasó los 81 años y para los hombres los 75 años. Sin embargo, ello no se refleja de manera homogénea en la población.

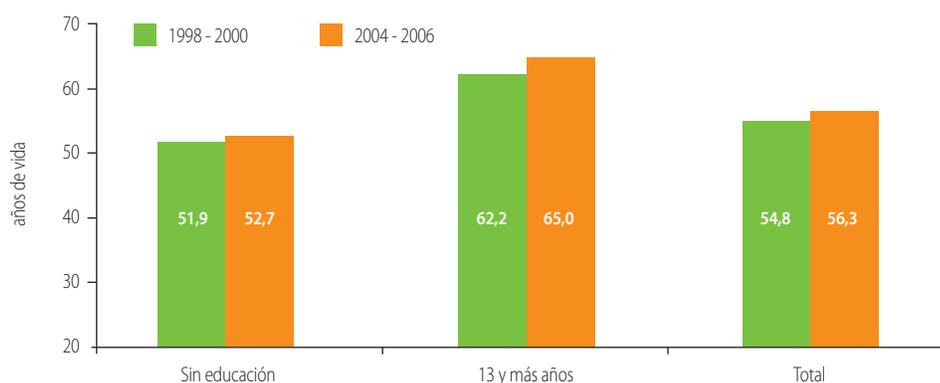
La tabla muestra la esperanza de vida prevista a los 20 años de hombres y mujeres según su nivel educacional. Las personas con menos educación presentan una esperanza de vida inferior a las con más educación, esta tendencia se observa en todos los periodos calculados. Para los años 2003-2006, los hombres con 13 y más años de escolaridad en promedio viven 12 años más que los hombres sin escolaridad. (52,7 y 65 años respectivamente). En el caso de las mujeres la diferencia de la esperanza de vida a los 20 años es de 9 años promedio para las que alcanzan mayor escolaridad (58,4 y 67,4).

Por otra parte, entre el periodo 1998 y 2006 aumento en 1,5 años para los hombres. Este aumento muestra una gradiente de desigualdad entre la enseñanza básica (1-8 años), enseñanza media (9 a 12 años) y enseñanza superior. La principal contribución de este aumento está dado por los hombres de mayor escolaridad con un aumento de la esperanza de vida de 2,8 años en este tramo de escolaridad.

La esperanza de vida a los 20 años para hombres y mujeres, según tramos de escolaridad ha aumentado sostenidamente en todos los tramos de escolaridad y en todos los periodos observados. En la figura 16, se observa que el aumento entre el periodo 1998-2000 y 2004-2006 es de 1,5 años para la población total. Sin embargo, el análisis del aumento es desigual en los distintos tramos de escolaridad.

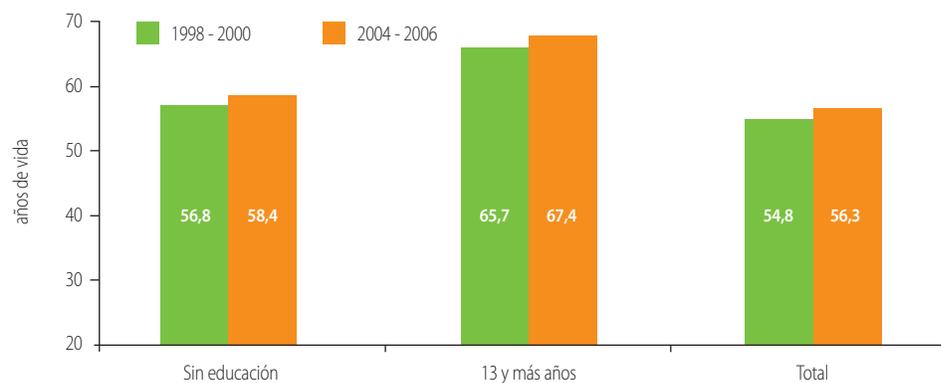
Las figuras a continuación muestran la esperanza de vida a los 20 años según tramos de escolaridad entre los periodos 1998-2000 y 2004-2006 para hombres y mujeres respectivamente. En los hombres sin educación la esperanza de vida entre los dos periodos aumento sólo en 0,8 años, mientras que en el grupo de 13 y más años de escolaridad el aumento es de 2,8 años promedio, acentuándose la diferencia de desigualdad en el aumento de la esperanza de vida. Para las mujeres la situación muestra un panorama distinto y más favorable en cuanto a la desigualdad. En efecto, se observa un aumento de la esperanza de vida para el total de la población mayor de 20 años es de 1,6 años, para el grupo de menos escolaridad es de 1,5 y para los de 13 y más años de educación es de 1,7 años, respectivamente.

**Figura 58: Esperanza de vida en hombres a los 20 años, según tramos de escolaridad.
Chile 1998 - 2000, 2004 - 2006**



Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas vitales 1998

Figura 59: Esperanza de vida en mujeres a los 20 años, según tramos de escolaridad. Chile 1998 - 2000, 2004 - 2006



Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas vitales 1998

c. Años de Vida Potencial Perdidos

- Reducir en un 30% la brecha de Años de Vida Potenciales Perdidos entre comunas.

Meta 2010: Reducir en un 30% la brecha de Años de Vida Potenciales Perdidos entre comunas.

Grado de cumplimiento: Con retroceso

El tercer objetivo de impacto dice relación con reducir en un 30% la brecha de Años de Vida Potenciales Perdidos entre comunas. En el quinquenio 2003-2007, si se considera sólo las comunas con más de 10 mil habitantes, el rango se encuentra entre 146,5 AVPP (Independencia) y 25,8 AVPP por mil hab. (Pica), así, la comuna con la peor situación pierde 120,7 AVPP por mil hab., más que la comuna con mejor situación.

En el quinquenio utilizado para la definición de la meta (1994-1998), que también considera sólo las comunas con más de 10 mil habitantes, la brecha era de 114,9 AVPP²⁴ por 1000 hab., esto implica que la brecha entre las comunas ha aumentado en un 5%, no alcanzando la meta propuesta para el decenio.

Tabla 27: Rango de la tasa de AVPP (por 1000 habitantes) Comunas de Chile, quinquenios 1994-1998 y 2003-2007

| QUINQUENIO | 1994-1998 (**) | 2003-2007 |
|---------------------------|-----------------|-----------------------|
| Nº comunas analizadas (*) | 235 | 242 |
| Población mitad período | 13.726.664 | 15.557.122 |
| % población país | 94 | 96 |
| Tasa AVPP menor | 47,5 (Vitacura) | 25,8 (Pica) |
| Tasa AVPP mayor | 162,4 (Yumbel) | 146,5 (Independencia) |
| Brecha | 114,9 | 120,7 |

(*) Se excluyen las comunas nuevas y las que tienen una población a mitad del período menor a 10.000 habt.

(**) Quinquenio que determinó la meta calculado con la población de 1996 proyectada por el INE según el Censo 1992.

²⁴Cabe señalar que para el cálculo de la meta se utilizó la población proyectada según el censo de población 1992, mientras que para el cálculo del trienio 2003-2007 se utilizó la proyección 2002, no obstante, en el documento extenso, a publicarse próximamente, se reportará también la situación inicial, calculada sobre la base de la proyección 2002.

Tabla 28a: COMUNA DE PICA - 2006

| Población (*) | 11.622 |
|--------------------------------------|--------|
| Porcentaje Pob. de 0 a 14 años (*) | 9,2 |
| Porcentaje Pob. de 15 a 64 años (*) | 87 |
| Porcentaje Pob. de 65 y más años (*) | 3,8 |
| Porcentaje de ruralidad (**) | 18,3 |
| Porcentaje Pob. étnica (**) | 49,3 |
| Porcentaje de pobreza total (**) | 10,4 |
| Tasa de desempleo (%) (**) | 7,3 |
| Promedio años de escolaridad (**) | 9,9 |

(*) INE. Población proyectada al año 2006.
 (**) MIDEPLAN. Encuesta CASEN 2006.

Tabla 28b: COMUNA DE INDEPENDENCIA - 2006

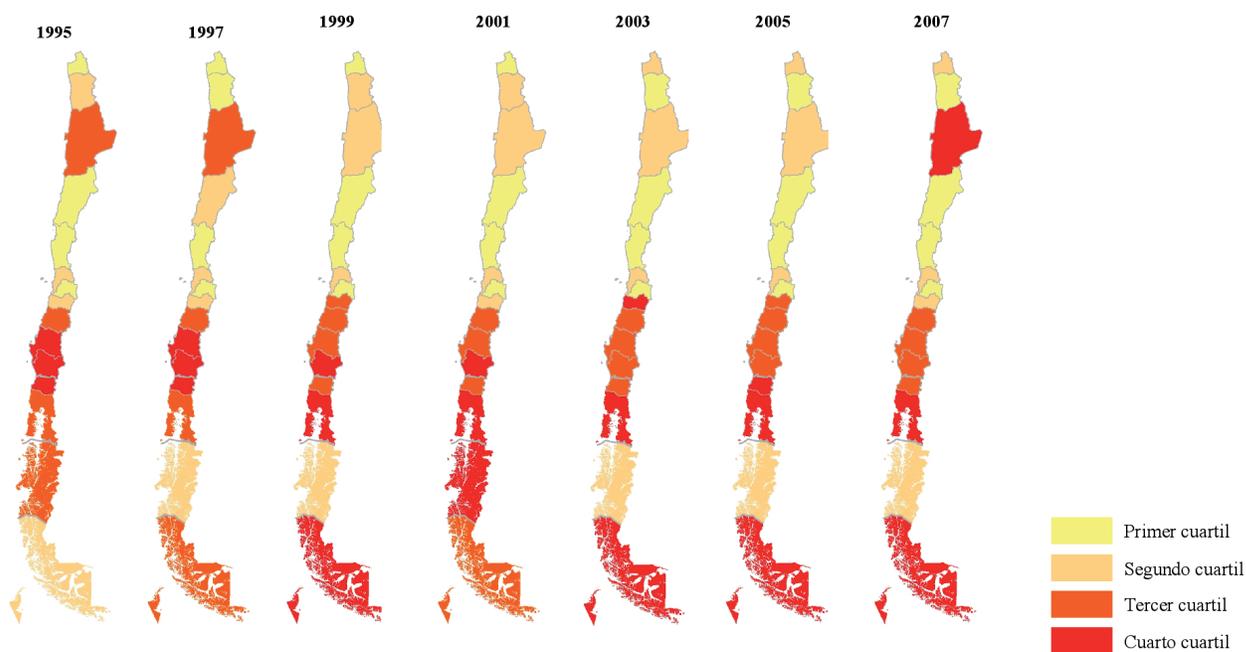
| Población (*) | 57.886 |
|--------------------------------------|--------|
| Porcentaje Pob. de 0 a 14 años (*) | 18,5 |
| Porcentaje Pob. de 15 a 64 años (*) | 66,7 |
| Porcentaje Pob. de 65 y más años (*) | 14,8 |
| Porcentaje de ruralidad (**) | 0 |
| Porcentaje Pob. étnica (**) | 3,5 |
| Porcentaje de pobreza total (**) | 6 |
| Tasa de desempleo (%) (**) | 5,9 |
| Promedio años de escolaridad (**) | 11,3 |

(*) INE. Población proyectada al año 2006.
 (**) MIDEPLAN. Encuesta CASEN 2006.

Cabe señalar que para el cálculo de la meta se utilizó la población proyectada según el censo de población 1992, mientras que para el cálculo del trienio 2003-2007 se utilizó la proyección 2002, no obstante, en el documento extenso, a publicarse próximamente, se reportará también la situación inicial, calculada sobre la base de la proyección 2002.

Se agrupó a las regiones en cuartiles de AVPP, es así que, al observar la situación grandes zonas, se aprecia que los mayores riesgos se concentran en comunas del sur del país, destacando las regiones X, XI y XII por presentar un importante deterioro de su indicador en el último quinquenio.

Figura 60:



El análisis de la información muestra una tendencia al descenso de la tasa de AVPP a nivel nacional y regional; mientras en 1998 la tasa de AVPP nacional fue de 86,6 por cada mil hab., en 2003 fue de 76,6 por mil, es decir, ha habido una reducción de la tasa de 11% en cinco años. Sin embargo, entre 1999 y 2003, ha aumentado la brecha entre las regiones y ha aumentado discretamente la brecha entre las comunas.

Esta situación permite reiterar lo señalado en la evaluación del avance en el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios, realizada a mitad del período, respecto a la necesidad de profundizar en el análisis de las causales del daño y de las inequidades geográficas observadas en relación a los AVPP, pues su conocimiento permitirá una adecuada re-focalización de las intervenciones colectivas orientadas a la reducción de inequidades en salud, las que sin duda deben tener un abordaje intersectorial.

En este contexto, la Subsecretaría de salud Pública ha impulsado durante los últimos años, una serie de iniciativas tendientes a promover la aplicación del enfoque de equidad y de los Determinantes sociales de la salud en la planificación, implementación y evaluación de las estrategias de salud pública.

Entre estas iniciativas se encuentra la elaboración de diagnósticos de salud que incorporarán este enfoque en el análisis de la situación de salud regional y comunal, contribuyendo a conocer la magnitud del daño y evidenciar las desigualdades e inequidades de su distribución a nivel poblacional y geográfico, lo que representará un importante insumo para el diseño de estrategias y políticas tendientes a cerrar las brechas identificadas, como es el caso de la brecha comunal de AVPP (www.diagnosticosregionales.cl).





CAPITULO IV: PROVEER SERVICIOS ACORDES A LAS EXPECTATIVAS DE LA POBLACIÓN

*Este capítulo fue elaborado por **Ciro Ibañez, Rafael Agacino y David Debrott**, de la Subsecretaría de Salud Pública y por **Nora Donoso** de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.*

a. Reducir la proporción del ingreso disponible de los hogares que se destina al gasto de bolsillo o pago directo en salud

Para la formulación de este objetivo, no se explicitaron definiciones metodológicas exhaustivas respecto a cómo medir el gasto de bolsillo en salud ni el ingreso disponible. Tampoco respecto a cómo evaluar este objetivo, hecho por el cual la precisión de tales aspectos es tarea de los evaluadores. En este sentido, la evaluación de mitad de periodo realizada el año 2006 entregó algunas orientaciones a este respecto.

Situación a comienzos de la década

El documento que fija los Objetivos Sanitarios, utiliza como fuente principal la V Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF) realizada por Instituto Nacional de Estadísticas (INE), que reúne información de las estructuras de gastos e ingresos del año 1996-1997 para el Gran Santiago.

En términos absolutos, como muestra el cuadro a continuación, cada hogar gastaba en promedio unos \$34 mil por mes en salud en moneda de abril de 2007²⁵. Dicho monto, como se indica en el Cuadro citado, alcanzaba en promedio al 5,5% del gasto total mensual de los hogares e involucraba un 6,2% de su "capacidad de pago"²⁶, **es decir, del poder de compra del que puede disponer un hogar luego de haber financiado su canasta alimenticia**²⁷(ver pie de página en pág.111).

La "capacidad de pago" se define como aquella parte del poder de compra del que dispone un hogar, luego de financiar su subsistencia alimenticia, por lo cual el peso relativo del gasto de bolsillo en salud determina la disponibilidad sobre dicho poder de pago, para otras necesidades básicas como vivienda, vestuario, transporte y educación. O mirado desde otro punto de vista, el poder de satisfacción de las otras necesidades básicas no alimenticias queda más (o menos) expuesto si aumenta (o disminuye) el peso del gasto de bolsillo en salud sobre dicha capacidad, o lo que es lo mismo, los hogares se hacen más vulnerables a los desembolsos en salud.

Tabla 29: Gasto de bolsillo en salud y "capacidad de pago" por hogar, V EPF (1996-97), datos Gran Santiago. Montos mensuales (en pesos de abril de 2007) y tasas de participación.

| Quintiles de ingreso (*) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Media |
|---|---------|---------|---------|---------|-----------|---------|
| Gasto total mensual | 256.270 | 358.897 | 443.315 | 630.498 | 1.402.850 | 618.366 |
| Gasto mensual en salud. | 7.335 | 12.905 | 20.617 | 37.255 | 92.112 | 34.045 |
| Participación del gasto de bolsillo en el gasto total mensual (%). | 2,9 | 3,6 | 4,7 | 5,9 | 6,6 | 5,5 |
| Gasto mensual en alimentos sin beb. alcohol, restaurantes y tabaco. | 132.546 | 103.084 | 119.033 | 131.480 | 138.896 | 122.686 |
| Gasto mensual en salud s/seguro. | 6.740 | 11.887 | 19.182 | 34.232 | 81.682 | 30.744 |
| "Capacidad de pago" | 123.724 | 255.813 | 324.282 | 499.019 | 1.263.954 | 495.680 |
| Peso relativo del gasto de bolsillo en salud en "capac. de pago" según (%). | 5,4 | 4,6 | 5,9 | 6,9 | 6,5 | 6,2 |

(*) Datos ordenados por quintil de ingreso per cápita. Fuentes: Datos de la V EPF calculados a partir de INE (2001) y deflactados por IPC.

Evolución registrada a mitad de periodo

A mitad de período no se dispuso de más información comparable que la señalada en el informe de esa época (MINSAL, 2006). Tampoco hoy se dispone de datos comparables para el 2005, ya que la EPF se realiza aproximadamente cada diez años. Sin embargo, el sector avanzó en la obtención de información complementaria a partir del Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud²⁸ (ver pie de página en pág.111), realizado por el MINSAL, cuyos resultados relativos al gasto de bolsillo sobre una muestra de 5.000 hogares se publicaron en marzo del 2007.

²⁵Todos los datos referidos a la IV EPF utilizados aquí han sido recalculados a partir de INE (2001), www.ine.cl (página visitada en enero de 2009).

²⁶Esta variable fue utilizada en el informe de MINSAL (2006) como variable proxy del "ingreso disponible" y que aquí hemos denominado como "capacidad de pago". Véase nota siguiente.

Esta encuesta señala que el gasto de bolsillo en salud por hogar alcanza un 8,6% del gasto total mensual. Sin embargo, tanto ésta cifra como las tasas por quintiles no son comparables con las señaladas por las V EPF de INE de 1996-97, dadas las diferencias de cobertura y metodológicas existentes entre ellas²⁹. De hecho, en el informe de mitad de período se menciona que el gran déficit a este respecto, era no contar al momento de fijar los objetivos con una línea de base que permitiera definir metas específicas para el gasto de bolsillo en salud.

Estado de avance la final de la década

Respecto de la situación actual, aún cuando existen diferencias de cobertura y diseño muestral entre las dos últimas EPF de INE, podemos realizar algunas comparaciones entre los resultados de los años 1996/97 y los recientemente obtenidos para los años 2006/07 para el Gran Santiago.

El gasto de bolsillo en salud promedio por hogar, medido en moneda de abril de 2007, ha aumentado en términos reales desde \$34 mil a \$42 mil mensuales aproximadamente, es decir, un aumento real en torno al 22,7% en una década. Este aumento sin embargo no ha sido simétrico ni ha tenido, por lo tanto, el mismo efecto en la composición del gasto y en el peso que éste representa sobre la "capacidad de pago" de los diferentes quintiles.

Comparando los Cuadros 1 y 2, se observa que el peso relativo del gasto de bolsillo en salud se mantiene prácticamente constante en el IV quintil (5,9 vs 5,8) y disminuye en el V quintil (6,6 vs 6,3), ambos quintiles de mayores ingresos, mientras aumenta marcadamente en el caso de los tres quintiles de menores ingresos (2,9 vs 3,4; 3,6 vs 4,2; 4,7 vs 6,0). Lo anterior señalaría un cambio en las canastas de consumo que mostraría que, después de una década, los estratos más ricos se han hecho levemente menos vulnerables a los gastos de bolsillo en bienes y servicios de salud, mientras los pobres han aumentado su exposición a tales gastos.

Las diferencias por quintiles de ingreso muestran de manera evidente lo que se esconde tras una aparente mantención del peso relativo del gasto de bolsillo en salud. De allí que resulta necesario profundizar en el análisis y no acotar la medición al valor promedio que, en este caso, prácticamente no tiene variación en el periodo (5,5 vs 5,6).

Tabla 30: Gasto de bolsillo en salud y "capacidad de pago" por hogar, VI EPF (2006-07), datos Gran Santiago. Montos mensuales (en pesos de abril de 2007) y tasas de participación.

| Quintiles de ingreso (*) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Media |
|---|---------|---------|---------|---------|-----------|---------|
| Gasto total mensual | 327.228 | 434.229 | 542.267 | 754.045 | 1.645.759 | 740.706 |
| Gasto mensual en salud. | 11.271 | 18.289 | 32.305 | 43.908 | 103.165 | 41.787 |
| Participación del gasto de bolsillo en el gasto total mensual (%). | 3,4 | 4,2 | 6 | 5,8 | 6,3 | 5,6 |
| Gasto mensual en alimentos sin beb. alcohol., restaurantes y tabaco. | 104.970 | 113.963 | 120.871 | 125.504 | 147.863 | 122.634 |
| Gasto mensual en salud s/seguro. | 11.252 | 18.289 | 32.285 | 43.760 | 101.996 | 41.516 |
| "Capacidad de pago" | 222.258 | 320.266 | 421.396 | 628.541 | 1.497.896 | 618.072 |
| Peso relativo del gasto de bolsillo en salud en "capac. de pago" según (%). | 5,1 | 5,7 | 7,7 | 7 | 6,8 | 6,7 |

(*) Datos ordenados por quintil de ingreso per cápita. Fuentes: Datos de la VI EPF calculados a partir de la base de micro datos de la VI EPF proporcionada por INE, ver INE (2008a).

²⁷El gasto en alimentos excluye bebidas alcohólicas, tabaco y comidas en restaurantes. Debe notarse que ésta variable, siguiendo a MINSAL (2006), se calcula no respecto del ingreso corriente sino como la diferencia entre el gasto total mensual y el gasto mensual en alimentos, por lo cual incluye implícitamente la capacidad de compra o pago disponible por efecto de acceso al crédito.

²⁸Véase MINSAL (2007).

²⁹VA nivel de quintiles, las EPF cuantilizan por ingreso per cápita del hogar mientras el Estudio Nacional de Satisfacción y Gasto en Salud, lo hace por gasto en la medida en que no levanta información de ingreso. El gasto, como muestran las EPF, está influido fuertemente por la capacidad de endeudamiento de los hogares, situación que ha cambiado significativamente en la última década. Esta y otras diferencias, hacen imposible la comparabilidad de los datos.

Esto puede analizarse de una forma más precisa si consideramos el peso de los gastos de bolsillo en salud sobre la “capacidad de pago” tal y como la hemos definido más arriba.

Una comparación inter temporal entre ambas EPF muestra una disminución del peso del gasto de bolsillo en salud solo en el quintil más pobre (5,4 vs 5,1) y una virtual mantención en IV quintil (6,9 vs 7,0), mientras en los otros tres quintiles se observa un aumento (4,6 vs 5,7; 5,9 vs 7,7; 6,5 vs 6,8). Esto implicaría que estos últimos disponen de una proporción menor de su capacidad de pago para otros destinos “luego” de haber solventado sus gastos en salud. Así, los sectores medios (quintiles dos y tres) para solventar su gasto de bolsillo en salud deben sacrificar ahora una mayor cuota de su “capacidad de pago” en relación al quintil más rico que prácticamente no cambia su situación anterior: sólo la eleva levemente en tres décimas.

Lo anterior, señalaría que los estratos de hogares pobres y medios o no han mejorado significativamente su situación (caso del primer quintil) o se han visto compelidos a disminuir la proporción de libre disposición de sus recursos netos de gasto en alimentos, mientras los estratos de hogares ricos han mantenido su situación inicial.

Visto en promedio, el gasto de bolsillo en salud respecto de la “capacidad de pago” de los hogares ha experimentado un aumento (6,2 vs 6,7) hecho que como ya hemos mencionado, esconde diferencias importantes por nivel de ingreso.

En conclusión, si bien a comienzos del periodo no se disponía de una línea base ni de una metodología para monitorear este objetivo, el sector realizó un esfuerzo importante que se verá reflejado en el análisis de los objetivos de desarrollo en Financiamiento Sectorial.

En cuanto a la disminución del gasto de bolsillo en salud, la información analizada no permite establecer de manera categórica una conclusión, dado que no se dispone de los errores de estimación implícitos en dichos cálculos. No obstante, resulta evidente que no existe evidencia a favor de su cumplimiento, más bien se puede observar que existe una tendencia a la mantención de la situación inicial, o un leve retroceso en el análisis promedio.

b. Aumentar la Progresividad en el Pago de la Salud

Esto puede analizarse de una forma más precisa si consideramos el peso de los gastos de bolsillo en salud sobre la “capacidad de pago” tal y como la hemos definido más arriba.

Similar a lo que sucede con el objetivo anterior, no se mencionan, en la formulación del objetivo, definiciones metodológicas sobre cómo evaluar este objetivo. Más aún, como se evidenció en la evaluación de mitad de periodo, el objetivo en sí mismo es confuso.

Tampoco se entrega información sobre línea base que permita evaluar este objetivo, hecho por el cual la precisión de tales aspectos es tarea de los evaluadores. En este sentido, la evaluación de mitad de periodo realizada el año 2006 entregó algunas orientaciones a este respecto.

Por estas razones, la evaluación aquí realizada asume las recomendaciones propuestas en el marco de la evaluación de mitad de periodo y se circunscribe al análisis de la progresividad/regresividad del gasto público realizado por el Estado en materia de salud, en concordancia a los antecedentes expuestos en Minsal (2005: pp. 256). En este sentido, el objetivo se puede interpretar a partir de un análisis del “impacto distributivo” del gasto público en salud.

Situación a comienzos de la década

En el siguiente Cuadro se muestra la distribución de los denominados “subsidios netos en salud” según quintil de ingreso de los hogares. El “subsidio neto” es un concepto desarrollado por el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN) para analizar el impacto distributivo del gasto público social, a partir de información levantada en las Encuestas de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN). En su presentación general, se valorizan los subsidios de educación, salud y los directamente monetarios (SUF, PASIS, etc.).

En el caso del “subsidio neto de salud”, se consideran para su cálculo tanto el valor de los servicios asistenciales entregados gratuitamente o mediante copagos y las entregas de bienes como medicamentos, alimentación complementaria, entre otros, y se descuentan los montos de copagos y cotizaciones a la salud. En este sentido se utiliza el término “netos”.

Tabla 31: Distribución del subsidio neto de salud según quintil de ingreso de hogares, 2000

| Quintiles | I | II | III | IV | V |
|--------------------------------------|--------|---------|---------|---------|-----------|
| Subsidio neto (\$ de noviembre 2000) | 23.058 | 15.798 | 9.832 | 3.369 | -3.524 |
| Ingreso autónomo | 94.302 | 202.693 | 308.084 | 467.761 | 1.472.673 |
| Subsidio/Ingreso autónomo (%) | 24,50% | 7,80% | 3,20% | 0,70% | -0,20% |
| Índice respecto de la media 2000 | 2,38 | 1,63 | 1,01 | 0,35 | -0,36 |
| Distribución porcentual | 47,50% | 32,60% | 20,30% | 6,90% | -7,30% |

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Mideplan (2001)

Se observa que los subsidios netos son, en este sentido, progresivos en el año base, ya que favorecen más a los hogares de menores ingresos, cuestión que disminuye estrictamente hacia los hogares de mayores ingresos. Incluso, en el caso de los hogares de mayores ingresos, el subsidio neto resulta ser negativo, lo que es interpretado como que estos hogares son aportantes netos al sistema.

La progresividad de los subsidios netos se constata tanto si se evalúa en términos absolutos, es decir, en la valoración del subsidio neto promedio por hogar, como si se evalúa en relación a la proporción del subsidio neto en el ingreso autónomo promedio del hogar.

En el primer caso el subsidio neto crece desde -\$3.524 correspondiente al quintil de hogares de mayores ingresos a \$23.058 en el caso del quintil de hogares de menores ingresos.

En el segundo caso se observa que los hogares del quintil de mayores ingresos aportan en promedio un 0,2% de su ingreso autónomo, mientras que para el quintil de menores ingresos el subsidio neto tiene una proporción de 24,5% del ingreso autónomo, siendo esta proporción bastante mayor a la importancia del subsidio neto en relación al ingreso

autónomo de los restantes quintiles, lo cual muestra una significativa focalización del subsidio neto, y por tanto del gasto público, en los hogares de menores ingresos.

Evolución registrada a mitad de periodo

Dado que las encuestas CASEN se realizan actualmente cada 3 años, en la evaluación a mitad de periodo se utiliza información para el año 2003 y luego en la situación de fin de periodo, se emplea información para el año 2006. Actualmente se encuentra comenzando el terreno de dicha encuesta la que reportará nuevos resultados a mitad del año 2010.

Tabla 32: Distribución del subsidio neto de salud según quintil de ingreso de hogares, 2003

| Quintiles | I | II | III | IV | V |
|--------------------------------------|---------|---------|---------|---------|-----------|
| Subsidio neto (\$ de noviembre 2003) | 23.399 | 12.001 | 6.804 | 1.560 | -5.969 |
| Ingreso autónomo | 104.906 | 222.415 | 321.575 | 503.639 | 1.523.565 |
| Subsidio/Ingreso autónomo | 22,30% | 5,40% | 2,10% | 0,30% | -0,40% |
| Índice respecto de la media 2003 | 3,1 | 1,59 | 0,9 | 0,21 | -0,79 |
| Distribución porcentual | 61,90% | 31,80% | 18,00% | 4,10% | -15,80% |

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Mideplan (2001)

Se constata que para el año 2003, la progresividad de los subsidios se mantiene, tanto si se evalúa en términos absolutos, como si se evalúa en relación a la proporción del subsidio neto en el ingreso autónomo promedio del hogar.

En el primer caso el subsidio neto crece desde -\$5.969, correspondiente al quintil de hogares de mayores ingresos³⁰, a \$23.399 en el caso del quintil de hogares de menores ingresos.

En el segundo caso se observa que los hogares del quintil de mayores ingresos aportan en promedio un 0,4% de su ingreso autónomo, mientras que para el quintil de menores ingresos el subsidio neto tiene una proporción de 22,3% del ingreso autónomo, siendo esta proporción bastante mayor a la importancia del subsidio en relación al ingreso autónomo de los restantes quintiles, lo cual muestra una significativa focalización del subsidio neto en los hogares de menores ingresos.

Sin embargo, de acuerdo al Cuadro 5, al comparar la situación del año 2000 con la mostrada en el año 2003 en moneda de igual valor, se observa una disminución de los montos absolutos de los subsidios para los cuatro quintiles de menores ingresos, lo cual es planteado en Minsal (2006: pp. 30).

Tabla 33: Subsidio neto de salud según quintil de ingreso de hogares, (pesos de septiembre 2009)

| Quintiles | I | II | III | IV | V |
|--------------------|--------|--------|--------|-------|--------|
| Subsidio neto 2000 | 30.773 | 21.084 | 13.122 | 4.496 | -4.703 |
| Subsidio neto 2003 | 29.148 | 14.950 | 8.475 | 1.943 | -7.435 |

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Mideplan (2001)

³⁰El que el subsidio neto sea negativo significa que dichos hogares son aportantes netos de recursos hacia los quintiles de hogares de menores ingresos.

Tabla 34: Distribución del subsidio neto de salud según quintil de ingreso de hogares, 2006

| Quintiles | I | II | III | IV | V |
|--------------------------------------|---------|---------|---------|---------|-----------|
| Subsidio neto (\$ de noviembre 2006) | 38.946 | 25.779 | 14.071 | 3.944 | -7.431 |
| Ingreso autónomo | 127.572 | 268.761 | 387.755 | 607.386 | 1.674.722 |
| Subsidio/Ingreso autónomo | 30,50% | 9,60% | 3,60% | 0,60% | -0,40% |
| Índice respecto de la media 2006 | 2,59 | 1,71 | 0,93 | 0,26 | -0,49 |
| Distribución porcentual | 51,70% | 34,20% | 18,70% | 5,20% | -9,90% |

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Mideplan (2001)

De acuerdo a los resultados de la última encuesta CASEN 2006, se constata que el subsidio neto crece desde -\$7.431 correspondiente al quintil de hogares de mayores ingresos a \$38.946 en el caso del quintil de hogares de menores ingresos.

En segundo lugar se observa que los hogares del quintil de mayores ingresos aportan en promedio un 0,4% de su ingreso autónomo, mientras que para el quintil de menores ingresos el subsidio neto tiene una proporción de 30,5% del ingreso autónomo, siendo esta proporción bastante mayor a la importancia del subsidio en relación al ingreso autónomo de los restantes quintiles, lo cual muestra que se mantiene una significativa focalización del subsidio neto en los hogares de menores ingresos.

Lamentablemente, en este caso no es posible realizar una comparación con la información de los años anteriores, dado que el cálculo de la valorización no se incluyó en los años 2000 y 2003 el valor monetario del gasto en el nivel primario de atención municipalizado, lo cual si se hizo para el año 2006. Es por esta razón que los valores son significativamente superiores a los de los años anteriores, en particular para el quintil de menores ingresos³¹.

Desde el punto de vista del sector salud, la incorporación en el cálculo de los recursos del nivel primario de atención es particularmente importante, ya que el efecto redistributivo del gasto en salud es mayor al que conocíamos hasta antes de la CASEN 2006.

Se concluye entonces que la información disponible no es suficiente para emitir un juicio categórico respecto al cumplimiento de este objetivo y, como se advirtió, en su origen existió cierto grado de confusión. Sin embargo, se puede afirmar que el gasto público en salud ha sido progresivo y sigue siéndolo; y adicionalmente, su impacto redistributivo es extraordinariamente importante para los hogares de ingreso medios y especialmente bajos.

Finalmente es necesario dejar planteado en esta evaluación final, la necesidad de reformular este objetivo de impacto tanto desde el punto de vista conceptual como de medición, lo cual facilitaría una evaluación posterior³².

c. Atención a las Expectativas Legítimas de La Población

- Aumentar el grado de satisfacción con su sistema de salud

Meta 2010: No explicitada

Grado de cumplimiento: Con retroceso

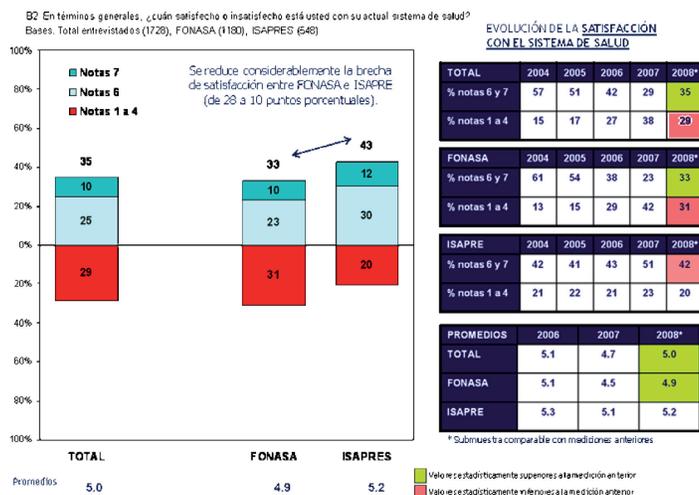
Para este objetivo no se explicitaron metas cuantitativas específicas, sin embargo está disponible el Estudio de Opinión 2008, del Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud que entrega una evaluación periódica de satisfacción usuaria desde el año 2004 al 2008 de las personas con su aseguradora. El estudio comprende una muestra representativa de usuarios de los sistemas ISAPRE y FONASA.

³¹ Hay que añadir a esto que los anexos metodológicos de estimación del valor monetarios de estos subsidios de salud son, nuestro juicio, insuficientes para conocer el procedimiento mediante el cual se hace la estimación

³² Esto ya fue planteado en Minsal (2006: pp. 30) y también por Osvaldo Larrañaga en los comentarios realizados a estos objetivos, disponibles en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/OS/OS%20Dr.%20Larranaga.pdf>

Estos datos permiten observar un retroceso, en términos de la cuantificación del indicador, a nivel de los usuarios con las aseguradoras. Sin embargo, hay aspectos relevantes de la satisfacción de los usuarios en los cuales ha habido avances muy importantes a lo largo de la década que se presentan a nivel de los prestadores de servicios de salud y a los que haremos referencia a lo largo de este capítulo.

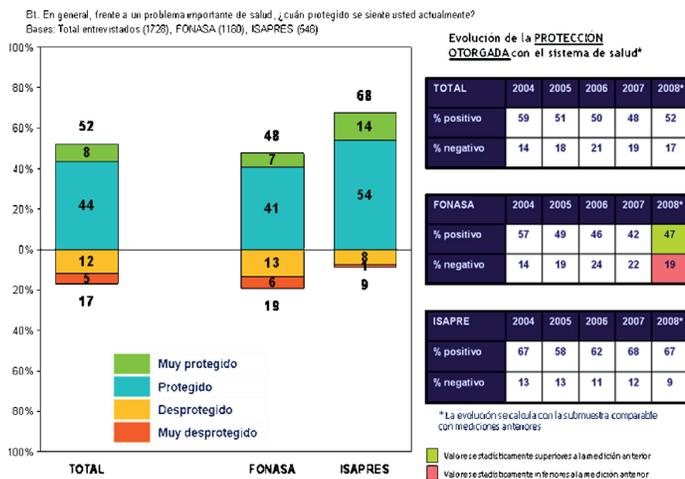
Satisfacción o insatisfacción de los usuarios con su actual Sistema de Salud (Año 2004-2008)



Los resultados de este estudio aportan información acerca de la percepción de protección por parte de las aseguradoras. Cuando se evalúa cuán protegidos se sienten los usuarios frente a un problema de salud, se observa que la evolución positiva que representa las percepciones de “muy protegido” y “protegido” en la población general ha disminuido de un 59% en 2004 a un 52% en 2008. Al analizar por seguro de salud, se aprecia que la declaración de sentirse protegido por el sistema de salud, es menor entre los usuarios de FONASA que en los de ISAPRE. La percepción de protección entre los usuarios FONASA decae constantemente desde el año 2004 al 2008 acumulando un 10% menos de valoración positiva: de 57% a 47%.

Entre los usuarios de ISAPRE la percepción de protección se mantiene relativamente estable, sobre el 60% a excepción del año 2005 donde baja a un 58% la percepción de protección.

Percepción de la Protección otorgada por el Sistema de Salud (Año 2004-2008)



Es importante analizar estos resultados teniendo en cuenta las asociaciones simbólicas que cruzan la percepción de protección y los servicios de salud, dichas relaciones presentan distinciones entre usuarios de FONASA e ISAPRE. Esto se exploró mediante la aplicación de técnicas proyectivas que revelaron a nivel inconsciente los significados de protección. Los resultados de dicho proceso de análisis constataron que:

En el caso de los afiliados a FONASA, el significado de protección, en un 31%, se asocia directamente a la familia y sólo 11% a servicios de salud (representada fundamentalmente por hospitales). Esto podría significar que cuando se pregunta por protección en materia de salud, los usuarios de FONASA, están evaluando fundamentalmente a los prestadores de salud y no al seguro.

Entre los usuarios de ISAPRES el significado de protección es más abstracto e impersonal y se asocia predominantemente a "seguridad" (41%)³³.

1. Evaluación de satisfacción desde la perspectiva de los usuarios

La preocupación de los prestadores de servicios de salud por la satisfacción de su población usuaria, se tradujo en la promoción de buenas prácticas y en el monitoreo de indicadores, que dieran cuenta del cumplimiento de las metas asociadas a las dimensiones de satisfacción.

En la evaluación del quinquenio 2000 – 2005, ya se avizoraba la emergencia de una cultura organizacional fundada en el respeto a los derechos y deberes de las personas en salud y en la centralidad de éstas, en todas las acciones del sector. Estas orientaciones se impulsarían fuertemente en el proceso de implementación de las Garantías explícitas en salud (GES), desde donde se materializaba el enfoque de derechos garantizados por el Estado en salud, lo que implicó definiciones claras sobre las condiciones y protocolos de atención de ciertos problemas de salud y su correspondiente planificación de recursos.

En esa oportunidad, se utilizaron los resultados de la encuesta CASEN 2000 y 2003³⁴ para la evaluación, los que arrojaron un alto grado de satisfacción de los usuarios – de los sistemas público y privado con la atención de salud. La medición evaluaba dimensiones de atención médica, atención de enfermería, trato de personal administrativo, higiene de baños y salas de espera. El análisis entregó que entre los años 2000 y 2003 la evaluación de satisfacción disminuyó entre los usuarios del sistema público pero siempre manteniéndose relativamente alta, cercana al 80%. Entre los usuarios del sistema privado se verificó que, entre ambas mediciones, el nivel de satisfacción se mantuvo alto superando el 95% de satisfacción total.

Por otra parte, también se recogieron iniciativas parciales y segregadas de evaluación de satisfacción usuarias en distintos servicios de salud y en los establecimientos. Los resultados de éstas iniciativas eran parciales y no permitían tener una mirada global de cómo estaban siendo evaluadas las acciones del sector por los usuarios.

A mitad de periodo empezaban a tomar cuerpo otros mecanismos que acercaban el trabajo del sector público de salud a sus usuarios; además de las mediciones de satisfacción, se sumaban los mecanismos de incentivo al personal para mejorar la atención, los mecanismos de recepción y respuesta de reclamos de los pacientes, las cartas de deberes y

³³Red Semántica, *Estudio de Opinión a Usuarios del Sistema de Salud: Conocimiento y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud, GES-AUGE y otros aspectos de la Reforma, encuesta a hogares RM y macrozonas geográficas del país año 2007-2008*. Bases: Total de entrevistados 1447, FONASA 876, ISAPRES 571.

³⁴La encuesta CASEN no siguió incorporando la evaluación de dimensiones de satisfacción en salud con posterioridad al año 2003

derechos de los pacientes y potentes iniciativas de participación, que fomentaban el control social sobre la gestión en salud y el compromiso de la comunidad con las acciones del sector.

Después de casi una década de la formulación de este objetivo es posible observar avances sustantivos en materia de medición de satisfacción como en la instalación de buenas prácticas de atención en salud, a pesar de no cumplirse el objetivo de impacto planteado en esta materia.

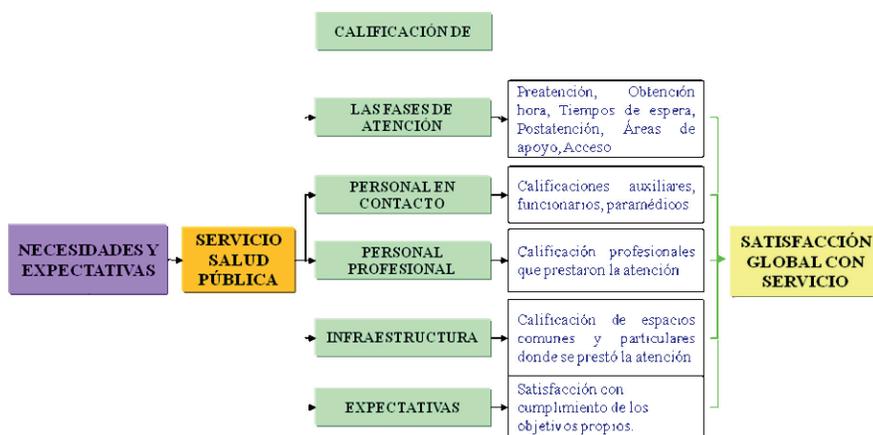
Este capítulo recoge los avances del sector en la mejora de satisfacción usuaria y las principales estrategias de incorporación de los usuarios a la gestión en salud.

1.1 Satisfacción de los usuarios con los Servicios Públicos de Salud

Uno de los avances más importantes de la década es la implementación del un sistema nacional de satisfacción usuaria que permita conocer de manera confiable la percepción de los usuarios del sistema en relación a los servicios prestados por la red asistencial. Esta iniciativa impulsada por la Subsecretaría de Redes Asistenciales³⁵, consistió en el levantamiento de un Estudio Nacional de Satisfacción Usuaria en todos los servicios de salud del país tendiente a contar con información sistemática, periódica y estandarizada que permitan hacer comparaciones a nivel nacional, de las regiones, de los servicios de salud y los establecimientos sobre la percepción de los usuarios respecto de la satisfacción de sus necesidades y expectativas.

El modelo de satisfacción usado en esta medición se puede sintetizar como sigue:

- La medición de la satisfacción de los usuarios de los establecimientos de la Red Nacional de Salud Pública (abiertos y cerrados), se realizó sobre la base de la evaluación de la experiencia específica que los usuarios tuvieron con el desarrollo de la prestación obtenida con anterioridad a la entrevista.
- Se solicitó la calificación de las distintas situaciones de servicio, procesos, actividades y aspectos específicos contemplados en su ejecución.
- La satisfacción con un servicio es una construcción individual y subjetiva que combina una serie de elementos y que incluye aspectos de proceso, resultados y logros en función a las expectativas y necesidades de las personas. Representada por el siguiente esquema:



³⁵ MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Departamento de Participación Social y Trato al Usuario. 2010. Para el caso de los Hospitales se subdividió la muestra en diferentes substratos definidos por el tipo de atención que entregan: Atención ambulatorio, Atención de Urgencia, Atención de Hospitalizados. Para el caso de centros de atención primaria el criterio de selección de la muestra utilizada a nivel de atención primaria fue el total de población FONASA inscrita y validada (proceso octubre 2008) como marco muestral. Luego, se seleccionó el 50% de CESFAM que entregan mayor cantidad de prestaciones anuales en el Servicio de Salud correspondiente.

El universo comprendió a todas las personas atendidas en la red pública de salud durante el año 2008. Se utilizó un muestreo por conglomerado según la unidad territorial-funcional que supone cada uno de los 29 Servicios de Salud del país y estratificado por tipo de establecimiento, a saber, hospital y centros de atención primaria. La muestra final ascendió a aproximadamente 50.000 usuarios de establecimientos de la red asistencial.

Las dimensiones e indicadores específicos evaluados en este estudio se indican en la siguiente tabla:

| Dimensiones e indicadores Estudio Nacional de Satisfacción Usuaría | | | |
|---|---------------------------------------|--|--|
| Hospitalizados | Hospitales Ambulatorios | Urgencia | Centros de Salud |
| Satisfacción Global previa | Satisfacción Global previa | Satisfacción Global previa | Satisfacción Global previa |
| Pre-atención | Pre-atención | Pre-atención | Pre-atención |
| Atención personal auxiliar | Atención personal auxiliar | Atención personal auxiliar | Atención personal administrativo |
| Atención personal profesional | Atención personal profesional | | Atención personal profesional |
| Tiempo de espera | Tiempo de espera | Tiempo de espera | |
| Infraestructura en la sala | Acceso | Acceso | Acceso |
| Alimentación | Infraestructura baño. Sala de espera. | Infraestructura baño. Sala de espera. | Infraestructura baño. Sala de espera. |
| Visitas | Infraestructura sala consulta | Infraestructura sala consulta | Infraestructura sala consulta |
| | Áreas de apoyo | | Áreas de apoyo |
| Post atención | Post atención | Post atención | Post atención |
| Satisfacción posterior | Satisfacción posterior | Satisfacción posterior | Satisfacción posterior |
| Cumplimiento de objetivos | Cumplimiento de objetivos | Cumplimiento de objetivos | Cumplimiento de objetivos |

Este estudio ofrece una riqueza importante en sus resultados los que son una herramienta para mejorar la gestión en términos de calidad de la atención y la satisfacción usuaria.

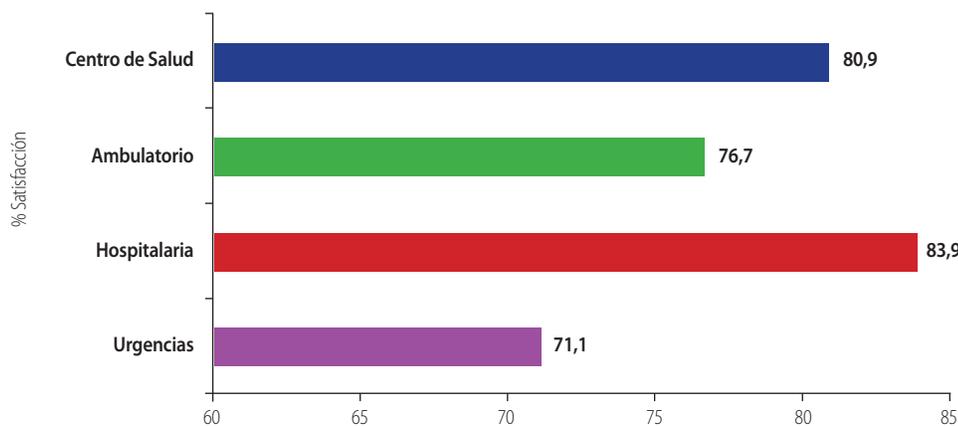
A nivel de análisis los resultados obtenidos se sintetizan en dos índices: el Índice de Satisfacción Global y el Índice de Satisfacción Neta cuyos resultados se presentan a continuación.

(a) Índice de satisfacción de usuarios

Resultados Generales

El Índice de Satisfacción Global para toda la Red de Salud Pública es de 78.1, donde el máximo es de 100, lo cuál revela que el Nivel de Satisfacción de los usuarios respecto de la atención recibida en los Hospitales y Centros de Salud es relativamente buena.

Figura 63: Índice Global de Satisfacción

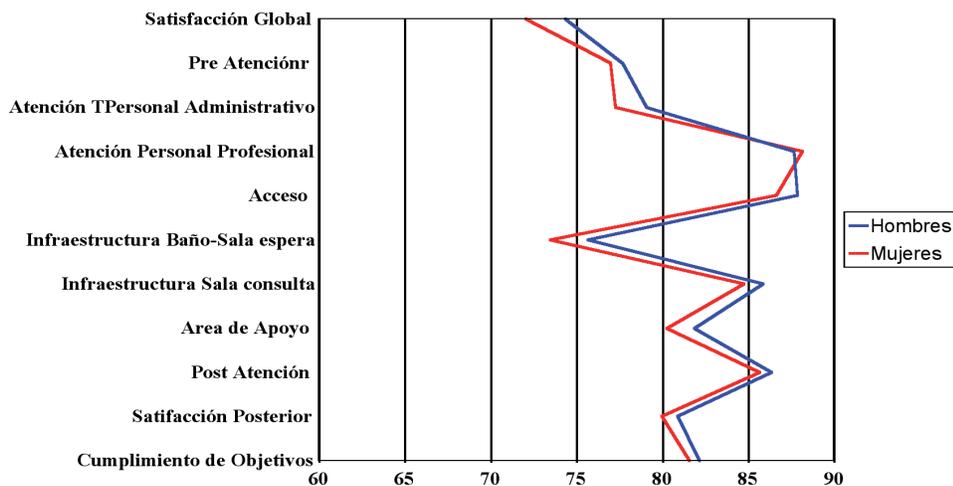


Los menores niveles de atención se observan en la atención de Urgencia siendo el promedio nacional de 71.1 puntos, por otro lado la atención Hospitalaria es la que refleja el mayor nivel de satisfacción, 83.9. El nivel de satisfacción promedio en los Centros de salud es de 80,9.

Índice de satisfacción de usuarios por tipo de atención y género

El Índice de Satisfacción promedio nacional de los Centros de Salud es de 80.9. Los aspectos mejor evaluados son Acceso y Atención de Personal Profesional. Las menores evaluaciones se obtienen para la Infraestructura, baño y sala y espera. Cabe señalar que este dato es coherente con lo que fue reportado en la encuesta CASEN los años 2000 y 2003 en que dichas dimensiones concentraban un bajo nivel de satisfacción.

También se observa que la Satisfacción previa es relativamente baja, especialmente en mujeres, 72.1, sin embargo ésta aumenta después de revisar los aspectos específicos de la atención, llegando a 82 puntos promedio.



Índice de satisfacción de usuarios por servicios de salud y tipo de atención

El análisis por Servicio revela que la menor Satisfacción se produce en el Servicio de Salud de Antofagasta con un Índice promedio de 72.7, mientras que el mayor nivel se observa en el Servicio de Salud Metropolitano Occidente con 87.3.

Satisfacción con la atención ambulatoria por Servicio de Salud: Al desagregar el Índice de Satisfacción Ambulatoria por Servicio, se observa bastante variabilidad entre servicios, siendo el Servicio de Salud del Reloncaví el que presenta el menor nivel, 68.2, mientras que el Servicio Metropolitano Oriente, es el que tiene el mayor nivel de satisfacción, 84.3. De los 24 Servicios, 13 tienen un nivel de Satisfacción superior al promedio y 11 menor que éste.

Satisfacción con la atención hospitalaria por Servicio de Salud: Índice de satisfacción promedio nacional de la atención Hospitalaria es de 83.9, el mayor índice por tipo de atención. Los aspectos mejor evaluados tienen que ver con Atención personal, especialmente la brindada por el personal profesional (88.8). Los aspectos peor evaluados corresponden a: Visitas e Infraestructura, especialmente por el segmento femenino, con índices de 77.9 y 78.4. Este cuadro da cuenta como la atención realizada por el médico es altamente valorada por los usuarios.

El análisis por Servicio revela que el Servicio de Salud Ñuble, es el que presenta el mejor índice en atención Hospitalaria con un Índice promedio de 90.1; mientras que el Servicio de Salud del Reloncaví es el que presenta, en términos relativos, la menor satisfacción.

Satisfacción con la atención de urgencia por Servicio de Salud: La atención de Urgencia es la que presenta el menor de nivel de Satisfacción, siendo el promedio nacional de 71.1. Los aspectos que explican principalmente esta baja satisfacción son Tiempo de Espera e Infraestructura, cuyos índices de satisfacción son de 64.2 y 65.1 respectivamente. El Acceso es el aspecto mejor evaluado, principalmente por los hombres, con 80.3.

El análisis por servicio revela una gran variabilidad en los niveles de satisfacción, en la atención de urgencia, observándose casi 30 puntos de diferencia entre el mejor evaluado (Aysén 82.6) y el peor evaluado (Valparaíso San Antonio 53.5). De los 24 Servicios evaluados 11 están por sobre el promedio y 13 en un nivel menor al promedio.

El Índice global de Satisfacción para Hospitales es de 77 puntos. Del total de Hospitales, destacan tres Hospitales con Índices de Satisfacción superior a 90 puntos, estos son: Combarbalá con 94.2, Curepto 92.3 y Coelemu con 90.4. Por otro lado los Hospitales con menores Índices de Satisfacción son: Arauco con 55.4 y Cañete con 57.3.

Satisfacción con la atención de los Centros de Salud por Servicio de Salud: El índice de Satisfacción Promedio para los 238 Centros de Salud evaluados es de 81.0 puntos. El menor índice de Satisfacción es 61.7 y se obtiene en el Consultorio Pedro Pulgar Melgarejo del Servicio Salud Iquique. Por otro lado, el Consultorio Cienfuegos del Servicio Salud Viña del Mar Quillota, tiene el máximo índice de Satisfacción de 97.1.

Índice Satisfacción Neta

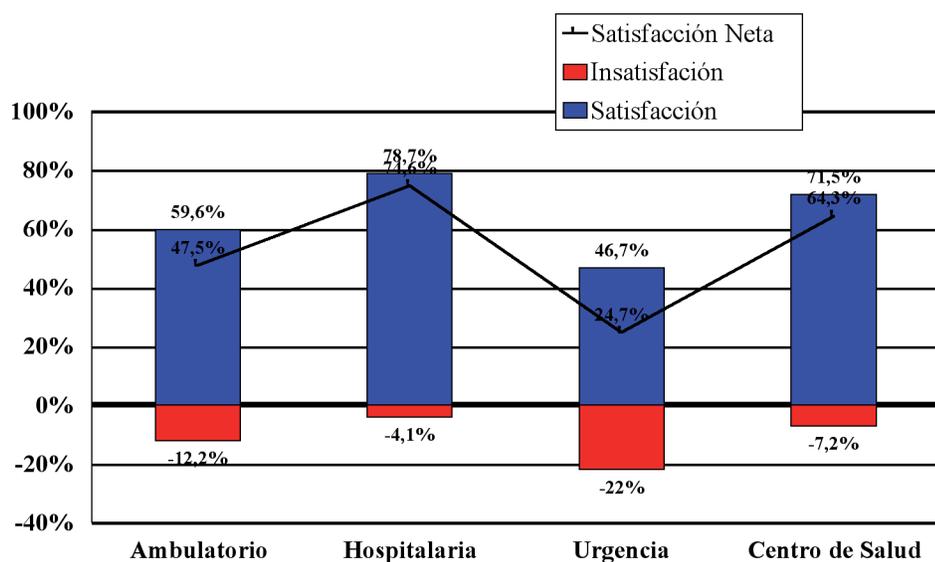
Resultados Generales

La Satisfacción Neta se calcula entre usuarios que califican como Satisfecho y Muy Satisfecho (nota 6 o 7). La Insatisfacción se calcula por el porcentaje de usuarios que califican como Insatisfecho o Muy Insatisfecho. (notas menor o igual a 4).

El Índice de Satisfacción Neta se calcula por la diferencia entre la Satisfacción y la Insatisfacción. Este número representaría el índice de Satisfacción Neta.

En términos generales, los resultados obtenidos para este Índice indican que:

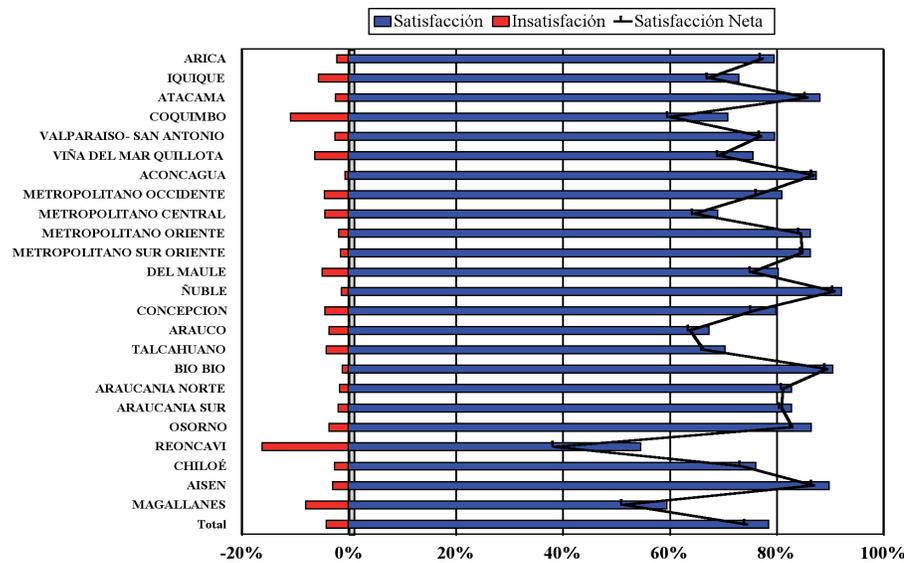
- La atención Hospitalaria es la que presenta los mayores niveles de satisfacción, donde el 78.7% de los usuarios califican la atención con notas 6 o 7, es decir la califican como Satisfechos o Muy Satisfechos y sólo un 4.1% está Insatisfecho, resultando una Satisfacción Neta de 74.6%. En cambio la atención de Urgencia, presenta los menores niveles de Satisfacción y los mayores de Insatisfacción, con una Satisfacción Neta de 24.7%
- El análisis de la Satisfacción Neta por Servicio y tipo de atención revela que sólo en la Atención de Urgencia se observan niveles de Satisfacción Neta negativo.
- Los resultados generales del Índice se presentan en el siguiente gráfico:



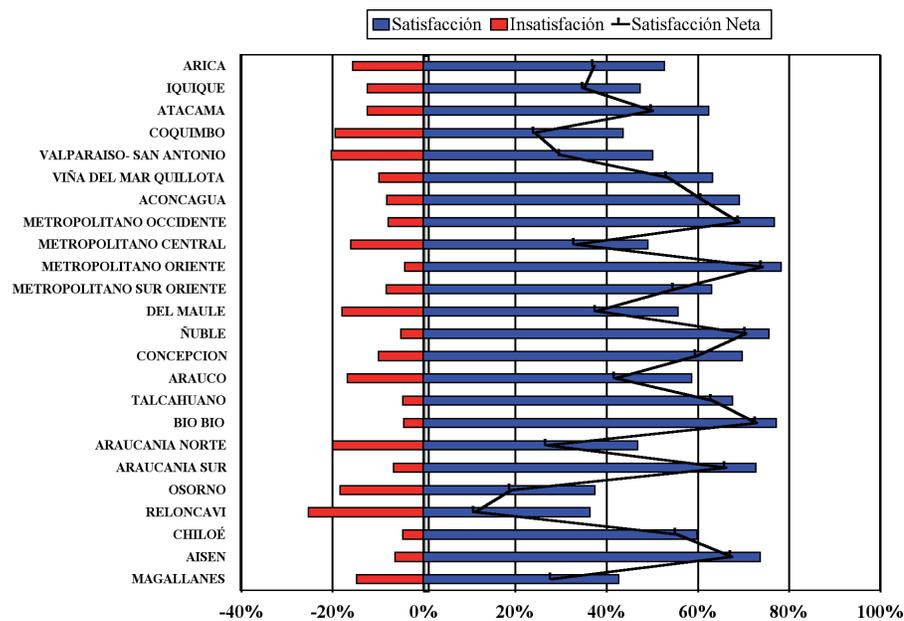
Índice de satisfacción neta por servicios de salud y tipo de atención

A continuación se presenta el resultado del cálculo del índice de satisfacción neta por servicio de salud y tipo de prestación.

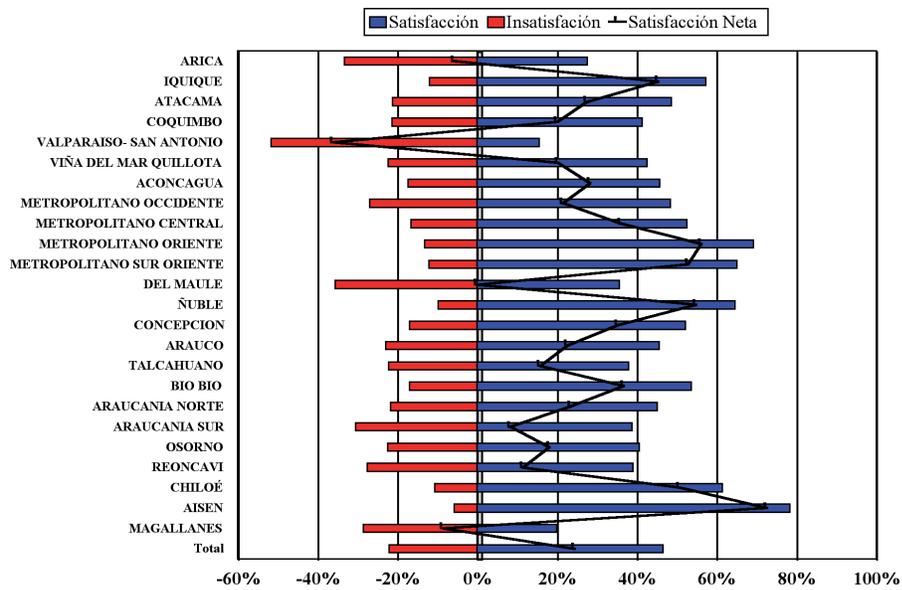
Satisfacción Neta Atención Hospitalaria por Servicio: Los índices más altos de satisfacción neta se observan en el Servicio de Salud de Ñuble. La más alta insatisfacción se presenta en el Servicio de Salud de Reloncaví.



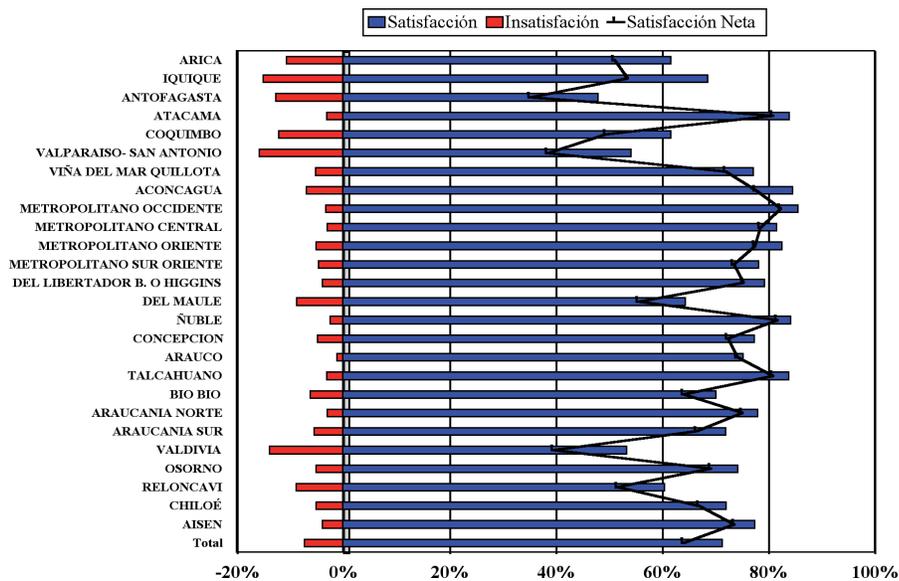
Satisfacción Neta Atención Ambulatoria por Servicio: En relación a la satisfacción neta con la atención ambulatoria por servicio de salud se observa que los mejores resultados se presentan en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente y en el Servicio de Salud de Bío bío.



Satisfacción Neta Atención Urgencia por Servicio. Para el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, el nivel de Insatisfacción supera al de Satisfacción en 36 puntos y en el Servicio de Salud Magallanes la Insatisfacción supera la Satisfacción en 8.5%, y en el Servicio de Salud del Maule la Satisfacción Neta es igual a cero, es decir ambos porcentajes son iguales a 33.6%. La más alta satisfacción se observa en el Servicio de Salud de Aysén.



Satisfacción Neta Atención Centros de Salud por Servicio: A nivel de Centros de Salud se observa que los mejores resultados en satisfacción neta se encuentran en los Servicios de Salud Metropolitano Occidente, Ñuble y Talcahuano.



(c) Conclusiones generales

El Estudio Nacional de Satisfacción Usuaría es una medida de la calidad del servicio, un indicador de cuán bien se está actuando en el proceso de producción del servicio, y se constituye en una herramienta útil en la alineación de la estructura de la organización con su objetivo central. Este tipo de ejercicio ejerce una función de vigilancia interna de la organización.

A su vez, el análisis de la relación entre el índice de satisfacción y los diversos componentes del servicio permite determinar qué elementos de su cadena de producción son más o menos relevantes en la percepción del usuario.

Al observar los índices de satisfacción global por tipo de atención los mejor evaluados corresponden a usuarios Hospitalizados con un promedio de 83,9%, seguido de centros de salud con un promedio de 80,9%. En ambos tipos de atención se obtienen altos niveles de satisfacción lo que nos muestra una serie de elementos que son considerados por los usuarios y son valorados en el proceso de atención.

Al cruzar el indicador de satisfacción global con los índices parciales podemos identificar que la atención profesional es muy bien evaluada, dando cuenta del impacto de una serie de estrategias dirigidas a la humanización del trato, información al usuario y derechos y deberes de los mismos.

Al revisar los casos de satisfacción global, podemos observar que tanto en atención por centros de salud, hospitalizados y ambulatorios un número importante de servicios está por sobre el promedio nacional, dando cuenta de un avance significativo en la identificación de nudos críticos y la adecuada adaptación de los Servicios de Salud a la demanda de los usuarios. Por ejemplo en el caso de atención ambulatoria 13 de los 24 servicios obtuvo un promedio superior al nacional.

Otro elemento interesante es que en los cuatro tipos de atención la atención del personal profesional es uno de los índices parciales mejor evaluados, lo que confirma la alta valoración en el profesional de la salud, como también la idea que al ingresar al sistema (ser atendido por un profesional de la salud) la percepción del sistema es altamente positiva.

Al observar los resultados, podemos identificar que los puntos peor evaluados por los usuarios están vinculados principalmente a factores que tienen que ver con falta de recursos, tanto físico-materiales como humanos. Lo anterior se refleja en que, dos de los indicadores peor evaluados en el área hospitalaria, sean la infraestructura (baños y salas de espera) como también los tiempos de espera, elemento asociado a la falta de personal profesional de la salud y especialistas.

Uno de los datos relevantes que posee el estudio es el alto nivel de satisfacción obtenido por los centros de salud (80.9% de satisfacción promedio nacional), ya que es un indicador que da cuenta de una mejora significativa en el servicio de atención primaria a nivel nacional, en un marco de reforma y cambio de paradigma en la que los pilares fundamentales están centrados en la prevención y el autocuidado de la ciudadanía frente a su salud.

Al observar los índices de satisfacción neta es posible detectar que se mantiene un bajo nivel de satisfacción con la atención en los servicios de urgencia, pero según los datos esta situación es particularmente grave en los Servicios de Salud de Magallanes, del Maule y Valparaíso - San Antonio, siendo este último el peor evaluado ya que su nivel de insatisfacción supera en 36 puntos al de satisfacción.

1.3 Avances en materia de calidad de la atención en salud

En este sentido, es necesario destacar que la Ley de Autoridad Sanitaria (Ley N° 19.937), actual DFL N° 1/2005 del Ministerio de Salud, creó la Superintendencia de Salud como continuadora legal de la Superintendencia de ISAPRES, agregando a las funciones de control y fiscalización de seguros de salud, la supervigilancia de los prestadores de salud a través de la nueva Intendencia de Prestadores. Esta instancia debe ejecutar funciones relacionadas con la acreditación de prestadores institucionales de salud, con el mantenimiento de registros públicos de prestadores institucionales acreditados y de las entidades acreditadoras autorizadas. Asimismo, debe llevar un registro público de los prestadores individuales de salud, considerando sus especialidades y subespecialidades, en el caso que las tuvieren.

Hacemos referencia a este proceso porque si bien en la década 2000 – 2010 no se formularon objetivos de impacto relacionados con calidad de la atención nos parece importante el efecto que la creación de la Superintendencia de Salud puede tener sobre este aspecto. Asimismo, es una oportunidad para que se incluyan dimensiones de calidad de la atención en la formulación de los Objetivos Sanitarios del próximo decenio.

A la fecha se ha desarrollado un conjunto de normativas orientadas a asegurar niveles mínimos de calidad en la asistencia sanitaria, tanto respecto del perfil técnico profesional de las personas que brindan servicios de salud como de las instituciones que participan en la ejecución de prestaciones de salud. Tres son las iniciativas señeras de este proceso:

(a) La creación de un registro público de técnicos y profesionales de la salud

El registro incluye a todos los prestadores individuales de servicios de salud que se encuentren legalmente habilitados para ejercer la profesión respectiva en el país e incluye: médicos- cirujanos, cirujanos-dentistas, enfermeras, matronas, tecnólogos médicos, psicólogos, kinesiólogos, farmacéuticos y químico-farmacéuticos, bioquímicos, nutricionistas, fonaudiólogos, terapeutas ocupacionales y técnicos paramédicos.

El objetivo del registro es dar fe pública de que todas las personas que lo integran poseen las competencias para desempeñar las actividades de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud propias del perfil técnico o profesional respectivo. Estos registros son de carácter informativo y están permanentemente disponibles para toda la población.

A la fecha de este informe el registro disponible en la página web de la Superintendencia de Salud (www.supersalud.cl) contiene antecedentes de una proporción cercana al 92% de los médicos-cirujanos y 89% de los odontólogos habilitados para ejercer en el país. De acuerdo al reglamento, a partir del 1° de julio del año 2010 se contará con registros de enfermeras, matronas, tecnólogos médicos, psicólogos y kinesiólogos. El registro se completará con el resto de los técnicos y profesionales a partir del 1° de julio del año 2011.

Se espera que en el período 2010 - 2015 se completarán las bases de datos de todos los técnicos y profesionales de la salud habilitados para ejercer en el país, por lo que la población podrá acceder libremente a esta información en forma permanente.

(b) La certificación de especialidades y subespecialidades de médicos y odontólogos

De modo similar al registro anterior, y también con el objeto de mejorar la transparencia en el sector, así como asegurar mejores niveles de calidad en el país, se ha optado por certificar las competencias de los especialistas de las principales

profesiones de la salud. Para ello se cuenta con un reglamento que establece el modo de reconocimiento, partiendo con las especialidades médicas y odontológicas y, a futuro, podrá ampliarse a otras profesiones de la salud.

Su propósito es la evaluación periódica de las competencias de los profesionales médicos y dentistas, a objeto de resguardar el interés público ciudadano acerca de la calidad de sus atenciones. La certificación se otorgará sólo si efectivamente y tras un procedimiento imparcial, se comprueban los conocimientos y destrezas que se requieran para su ejercicio. El sistema establece la "recertificación" como una obligación del profesional para demostrar el mantenimiento de sus habilidades como especialista en plazos que no podrán ser inferiores a 5, ni superiores a 10 años. La certificación será regulada y fiscalizada por el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud, sin perjuicio que su ejecución estará a cargo de entidades autónomas denominadas Entidades Certificadoras.

Si bien no es requisito para ejercer una especialidad sí será requisito para la ejecución de ciertas prestaciones del sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES-AUGE), considerando un incentivo económico para certificarse.

Se espera que en el período 2010 - 2015 el total de especialistas médicos y odontólogos participen mediante el régimen de certificación transitorio, iniciándose -en paralelo y hacia fines del año 2010- la certificación de acuerdo a las reglas permanentes definidas por el Ministerio de Salud y cuyo contenido se establece en el reglamento respectivo.

(c) El diseño y puesta en operación de un sistema de acreditación de prestadores institucionales de servicios de salud.

El objetivo de la acreditación de prestadores institucionales de servicios de salud es que ellos cumplan con un conjunto de estándares mínimos que permiten garantizar la calidad de la atención, entendida de acuerdo al marco legal, especialmente para resguardar la seguridad de los pacientes.

La acreditación es un proceso de evaluación periódica de la calidad de los servicios que brindan los prestadores institucionales, y se realiza contrastando la realidad observada -por una entidad evaluadora, autónoma e independiente- en las visitas realizadas a un prestador institucional, comparándola con lo establecido como mínimo deseable, o estándar de calidad definido por el Ministerio de Salud.

Así, se cuenta con un Reglamento del Sistema de Acreditación, se ha habilitado el registro de entidades acreditadoras y de prestadores institucionales acreditados, y se han formulado los estándares generales de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta y cerrada.

Asimismo, se han elaborado estándares generales para servicios de apoyo no asociados a otro prestador institucional, como servicios de laboratorio, imagenología, diálisis, transporte de pacientes o kinesioterapia, los que deben ser debidamente formalizados por el Ministerio de Salud.

Cabe señalar que a la fecha, un centenar de prestadores institucionales se encuentran en distintas fases de preparación para solicitar su acreditación y dos clínicas privadas han solicitado formalmente se les designe una entidad acreditadora para ser evaluadas.

Con respecto a la consideración de la percepción de calidad de parte de los usuarios, es importante señalar que una de las características del sistema de acreditación considera la existencia de mecanismos de medición rutinaria de satisfacción de usuarios en todos los prestadores y el diseño y puesta en práctica de intervenciones pertinentes para mejorarla.

La acreditación de prestadores institucionales, junto a la certificación de las competencias profesionales y el registro tanto de establecimientos acreditados, como de profesionales con sus especialidades y subespecialidades, constituyen los instrumentos de gestión necesarios que permitirán la implementación -gradual y progresiva- de la Garantía de Calidad de las Garantías Explícitas en Salud (GES), más conocido como Plan AUGE. Esta Garantía de Calidad estará vigente cuando se encuentren en pleno funcionamiento los tres sistemas de evaluación que aseguran un mejoramiento continuo en la calidad de atención a toda la población.

(d) Ley que Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud

Con relación al Proyecto de Ley que Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, y cuyo objetivo es “establecer derechos específicos de las personas cuando solicitan atención o ingresan en carácter de pacientes a las instituciones públicas o privadas de salud y que regule la relación entre las personas y los prestadores de salud”, se encuentra ingresado a tramitación desde el 08 de agosto de 2006. Actualmente cursa su segundo trámite constitucional en el Senado para el Informe de Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento.

La materialización de esta propuesta legislativa beneficiará a todos los chilenos y chilenas, usuarios del sector público o privado de salud.

2. Participación social en salud: una década de avances y desafíos³⁶

Durante el Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet, se ha dado especial relevancia a la sociedad civil y a la ciudadanía en comprometer su participación en las decisiones en el diseño y ejecución de políticas públicas. La estrategia para lograr este propósito ha sido mantener un diálogo franco y abierto entre las instituciones y los ciudadanos, contribuyendo a la cohesión social y al fortalecimiento de la democracia.

Desde el año 1993, la participación social aparece como uno de los principios que orientan las políticas de salud junto con la equidad, la eficiencia social, el respeto por la dignidad de las personas y la solidaridad.

Al inicio del actual Gobierno, en Septiembre del 2006, la Presidenta Bachelet entregó a la ciudadanía su Agenda Pro Participación Ciudadana, que contiene una serie de iniciativas en este ámbito, destinadas a fomentar y regular la participación ciudadana. Establece que la participación ciudadana en la gestión pública, es uno de los principios por los que se rigen los órganos de la administración del Estado, por lo que las personas tiene el derecho a participar en las políticas, planes, programas y acciones de la administración y, por ello, toda conducta destinada a excluir o discriminar, sin razón justificada, contraviene este principio.

Para formalizar estos compromisos y en el contexto de la Reforma de Salud en curso, se conformó una mesa de trabajo liderada por el gabinete Ministerial y con participación de las Subsecretarías de Salud Pública y Redes Asistenciales y las instituciones autónomas que conforman el sector, para definir una política de Participación Ciudadana en salud que orientara los cambios institucionales para que respondan a los desafíos planteados.

Dicha política, respalda el trabajo realizado en especial por la Subsecretaría de Redes Asistenciales desde hace varias décadas anteriores y se despliega con el propósito de promover el ejercicio de una ciudadanía activa en la protección de sus derechos en salud, en el control social sobre la gestión, en el diseño, implementación y evaluación de una gestión participativa en el modelo de atención, contribuyendo a elevar la calidad de vida y la equidad en salud.

³⁶ MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Departamento de Participación Social y Trato al Usuario. 2010. Este capítulo fue elaborado íntegramente por el equipo de Participación Social y Trato al Usuario: Sra. Nora Donoso Valenzuela, Sra. María Eliana Díaz Simpson; Sra. Claudia López Echeverría.

Esta política es conocida y respaldada por líderes representantes de organizaciones comunitarias que conforman las instancias de participación existentes en los Servicios de Salud, en el Primer Congreso de Participación Social en Salud de las Redes Asistenciales, realizado en Diciembre 2008.

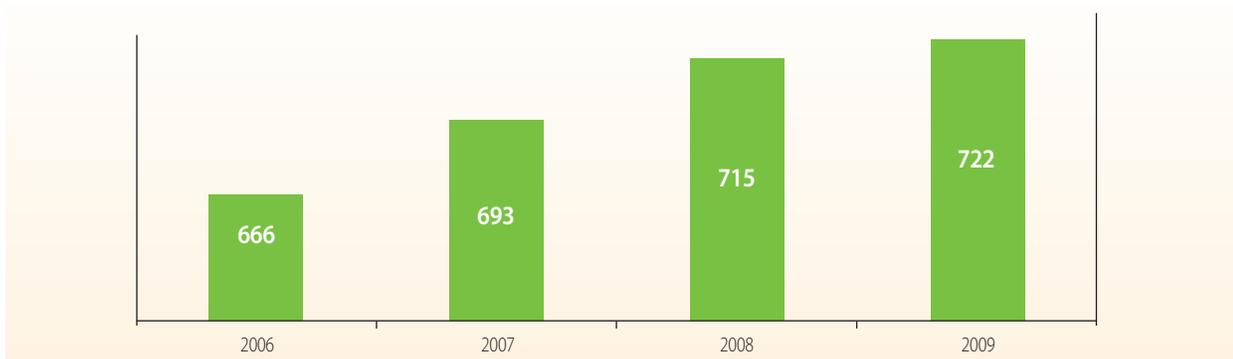
La Agenda Pro Participación social, consta de 4 ejes: Derecho a la Información Pública, Gestión Pública Participativa, Fortalecimiento de la Sociedad Civil y No discriminación y respeto a la diversidad.

2.1 Derecho ciudadano a la Información Pública

a. Sistema Integral de Atención Ciudadana (SIAC/OIRS)

Como respuesta a las necesidades de información y orientación de los ciudadanos, se implementa el Sistema Integral de Atención Ciudadana que en las redes asistenciales está compuesto por una red de 722 Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias. Las OIRS se encuentran en funcionamiento en los establecimientos asistenciales y en las Direcciones de los Servicios de Salud del país y son canales de captura de las solicitudes ciudadanas, quejas y reclamos.

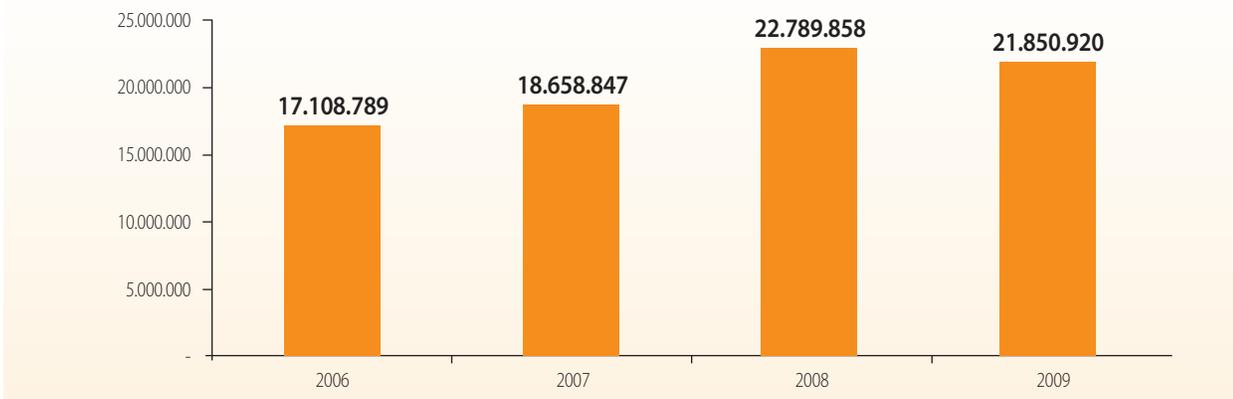
Figura 70: Número de OIRS en establecimientos de la red pública de salud. Chile, 2002 - 2009



Fuente: Unidad de Participación Social y Trato al Usuario. MINSAL

Desde el año 2006, las OIRS han incrementado significativamente el número de atenciones dando cuenta de que los usuarios han legitimado este canal para resolver sus consultas y requerimientos hacia los establecimientos de salud de la red asistencial.

Figura 71: Personas atendidas registradas en OIRS 2006 - 2009, País



Fuente: Unidad de Participación Social y Trato al Usuario. MINSAL

El año 2009, las OIRS alcanzaron un volumen de atenciones cercano a los 22.000.000 incluyendo Consultas, Solicitudes, Reclamos y Sugerencias registradas, de las cuales 61.568 fueron reclamos (0.4%).

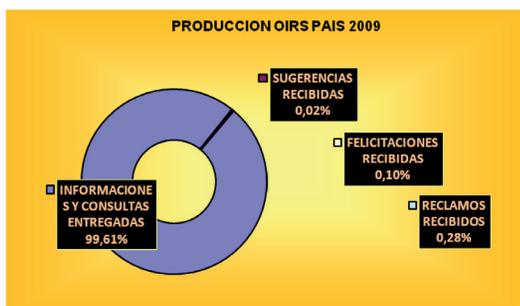
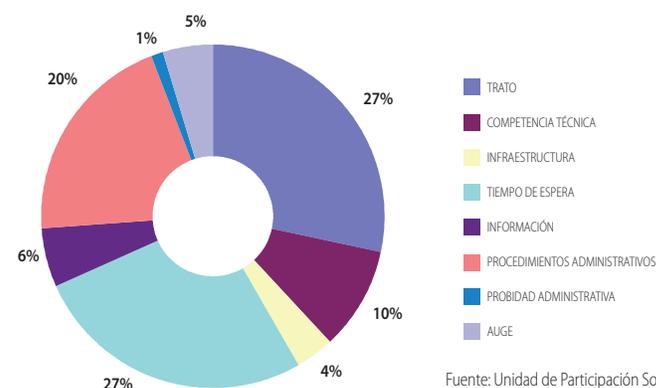


Figura 73: Reclamos País Año 2009

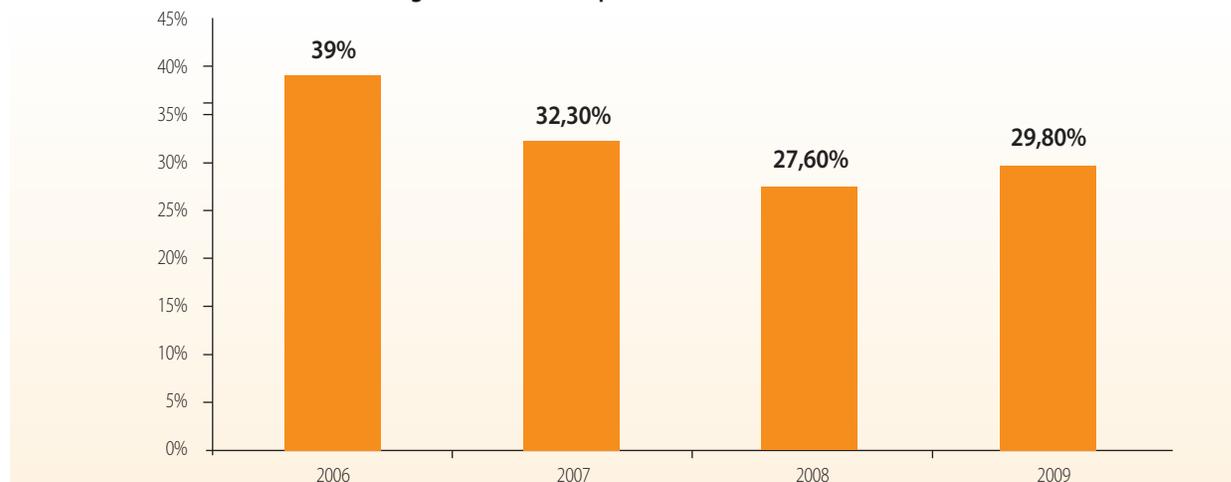
Del total de los reclamos recibidos durante el año 2009, un 27% corresponden a problemas de trato y una cifra similar a problemas con los tiempos de espera para ser atendidos.



Fuente: Unidad de Participación Social y Trato al Usuario. MINSAL

Como se observa en el gráfico siguiente, los reclamos por trato disminuyeron significativamente del año 2006 al año 2008 presentando una leve alza el año 2009.

Figura 74: Reclamos por Trato 2006 - 2009 País



Fuente: Unidad de Participación Social y Trato al Usuario. MINSAL

Las solicitudes ciudadanas son analizadas por los encargados de las OIRS en conjunto con los integrantes de los Consejos Consultivos y de Desarrollo, para identificar áreas críticas y aportar a la implementación de planes de mejora de la calidad de la atención. El año 2009 los 29 Servicios de Salud realizaron planes de mejora del trato.

Actualmente se trabaja con todas las instituciones del sector, se desarrolla una versión adaptada del módulo OIRS del Trámite en Línea. El Trámite en Línea permitirá el ingreso vía web y la informatización de las solicitudes ciudadanas en los Servicios de Salud, además de la interoperabilidad con otros canales de captura como son las OIRS de las Seremías, la OIRS Central del Ministerio de Salud y el Salud Responde.

b. Cartas de Derechos y Deberes elaboradas participativamente

Los establecimientos de las redes asistenciales, han desarrollado Cartas de Derechos y Deberes de las personas en Salud en forma participativa entre usuarios/as, trabajadores/as y directivos. Estas Cartas son acuerdos resultados del proceso de la reflexión conjunta y del conocimiento de los recursos existentes, que corresponden a la realidad local y podrán ser actualizadas de acuerdo a los cambios que se consideren necesarios por dichos actores.

c. Gestión Pública Participativa

Durante este decenio se han impulsado diversas instancias que promueven la incidencia ciudadana en la Gestión Pública de Salud, estas han proliferado en torno a las actividades de los establecimientos de salud abriendo espacio a la participación efectiva de las personas en salud.

d. Consejos Consultivos, de Desarrollo, Comités Locales de Salud

Son instancias de participación que incorporan a representantes de organizaciones comunitarias, en mecanismos de participación en la gestión de los establecimientos de las redes asistenciales. Al 2009 se encuentran en funcionamiento en 606 establecimientos de salud, tanto de atención primaria como del nivel hospitalario. Los integrantes de los Consejos representan a un número aproximado de 3.000 organizaciones sociales vinculadas con la red de establecimientos de salud. Constituyen la plataforma para convocar a la ciudadanía a ejercicios de rendición de cuentas participativas y presupuestos participativos. Como resultado de estos procesos, durante el 2009, alrededor del 50% de los Consejos, renovaron sus directivas.



e. Consejos de Participación Social de las Direcciones de Servicios de Salud

La totalidad de las Direcciones de los Servicios de Salud del país, constituyeron durante el año 2009, instancias de participación social conformadas por representantes de los Consejos de participación de los establecimientos de sus redes, organizaciones comunitarias, agrupaciones de usuarios, grupos de voluntariado y representantes de los funcionarios de salud. Dentro de sus objetivos principales se encuentra el aportar a la definición de estrategias de desarrollo institucional, evaluar la gestión y calidad del funcionamiento de la Red Asistencial, articulación de los servicios, además de ser espacios de intercambio de información entre los gestores de redes y la ciudadanía.

f. Consejos Integradores de la Red Asistencial (CIRA)

Los Consejos Integradores de la Red Asistencial (CIRA) fueron definidos en el decreto Supremo N° 140, como una instancia de carácter asesor y consultivo presidido por el Director del Servicio de Salud, en su calidad de gestor de red, está constituido por directivos representantes de los establecimientos que conforman dicha red asistencial. Los CIRA son una herramienta donde se integran los diferentes niveles de atención de una red asistencial, en los que se discuten, coordinan y validan propuestas y se toman decisiones en conjunto. Es destacable que su composición incluye a representantes de los Consejos de la sociedad civil existentes en la red asistencial y de otras organizaciones de la comunidad, organismos funcionales que por Ley se constituyen en instancias asesoras del Director/a de los Servicios de Salud.

g. Consultas ciudadanas

Con el fin de aportar insumos desde la ciudadanía a la definición de los Objetivos Sanitarios de la Década 2010-2020, durante el año 2009 se desarrolla a nivel nacional una consulta ciudadana llamada "Construyamos Juntos una mejor salud para todos y todas". Se realizan 39 Foros con la sociedad civil y 15 foros con funcionarios del sector, con un total de 10.000 personas participantes de todas las regiones del país. Estas actividades se complementan con una consulta a través de cuadernillos para trabajo en grupos locales con un total de 3.000 participantes.

1. Cuentas Públicas Participativas

Un mecanismo instalado en los servicios de salud y hospitales de la red asistencial es el ejercicio de rendición de cuentas. Durante los últimos años se ha desencadenado un proceso de construcción colectiva que considera tanto en su diseño como en la presentación y en la evaluación, la participación de los ciudadanos. En las Redes Asistenciales, el año 2009 realizaron Cuenta Pública Participativa los 29 Directores de Servicios de Salud y 133 Directores de Hospitales. A partir de esta iniciativa, se ha validado un espacio de diálogo y evaluación de la calidad de los servicios y pertinencia de las políticas de salud en el marco de promover la transparencia en la gestión pública.

2. Presupuestos Participativos

El Presupuesto Participativo en Salud es un proceso deliberativo en el que la ciudadanía decide sobre el uso de los recursos públicos en Salud, y desarrolla un control y seguimiento de la ejecución presupuestaria, sustentado en la transparencia de la gestión pública y en el ejercicio democrático. Forma parte de un continuo entre el balance de gestión y rendición de cuentas, la generación de propuestas para la mejoría de la situación de salud y calidad de los servicios y la toma de decisiones sobre la inversión en salud.

A través de este ejercicio, se pone a disposición un marco presupuestario en base al cual la ciudadanía (comunidad usuaria) prioriza, formula propuestas y decide de manera informada, el destino de estos recursos.

Todos los Servicios de Salud ha instalado Presupuestos Participativos, encontrándose en diferentes fases de desarrollo. Los ejes temáticos priorizados son Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades y Satisfacción Usuaria. Se ha convocado a comunidades provenientes de más de 100 comunas a lo largo del país en el año 2009. Los recursos involucrados ascienden a 1.000 millones de pesos aproximadamente y el número de personas que han participado de las votaciones y priorización de propuestas alcanza a más de 70.000 a lo largo del país.

h. Instalación de capacidades para la participación ciudadana

Con el objetivo final de mejorar la accesibilidad de los usuarios a los servicios de salud a través de la incorporación de la gestión participativa en las funciones directiva y operativa de las redes, se desarrolla un proceso de instalación de capacidades en materias de gestión participativa, con recursos de la Unión Europea. Producto de ello, 129 funcionarios de diferentes estamentos realizan pasantías nacionales destinadas a intercambio de experiencias y buenas prácticas en gestión de usuarios y participación ciudadana; 144 directivos realizan un Diplomado en Gestión Participativa con la Universidad Complutense de Madrid, de los cuales 25 acceden a un Master en estas materias; 45 profesionales de los Servicios de Salud realizan un Diplomado en Gestión Participativa con la U. de Los Lagos y 630 funcionarios de las Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias y otros puntos de atención directa a los usuarios, realizan Curso de Atención de público y trato al usuario, del Centro del Buen Trato de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

i. Fortalecimiento de la Sociedad Civil

Tanto en relación con la necesidad de generar redes de apoyo para enfrentar los problemas de salud como en relación con la generación de propuestas para contribuir a la mejoría de la calidad de vida y promoción de la salud, el sector salud promueve la organización y asociacionismo de la ciudadanía.

Así existe un número importante de organizaciones de autoayuda, monitores de salud, organizaciones funcionales de salud comunitaria, agrupaciones de carácter ambientalista, entre otras que se incorporan activamente en las distintas instancias de participación en salud, tales como Comités de Usuarios, Comités Vida Chile, Consejos Consultivos, Consejos Asesores, y, que participan en la realización de diagnósticos participativos y la elaboración de Planes Comunales y Regionales de Salud.

Especialmente en la red asistencial se ha desarrollado y fomentado la organización de grupos de voluntariado que realizan acciones de apoyo a la humanización de la atención, apoyo a los cuidados domiciliarios y a pacientes postrados, entre otros.

En conjunto con la Dirección de Organizaciones Sociales, la Asociación de Municipalidades y la Subsecretaría de Protección Social, se desarrolla este programa que busca contribuir a la formación de dirigentes sociales y líderes comunitarios, entregándoles conocimientos en materias de protección social y derechos en salud. Dado el énfasis de la Reforma en la protección de los derechos ciudadanos en salud y teniendo como contraparte a la Dirección de Organizaciones Sociales, se trabaja en conjunto con Fonasa y la Superintendencia de Salud buscando contribuir a la capacitación de dirigentes sociales y líderes comunitarios entregándoles conocimientos en materias de protección social y derechos en salud. La Escuelas de Gestores Sociales involucraron a 940 líderes sociales en 30 Jornadas a lo largo del país, durante el año 2009.

j. No discriminación y Respeto a la Diversidad

El sector salud a través de distintas iniciativas recoge las necesidades y expectativas de las minorías sexuales, étnicas, y grupos especialmente vulnerables y en situación de discriminación e incorpora el enfoque de género en sus prestaciones de salud. Una de las intervenciones más importantes en este ámbito es el Acompañamiento Espiritual de los Enfermos. En el marco de la humanización de la gestión y del respeto a todas las creencias, se han creado Unidades de Acompañamiento Espiritual de los Enfermos en 100 establecimientos hospitalarios (65%), se ha capacitado a 6.300 funcionarios y voluntarios que entregan la atención, se han desarrollado cuatro Diplomados sobre el tema con 240 asistentes y realizado 6 Congresos Internacionales sobre el tema, con la asistencia de 3.100 personas.

También se conforma el Consejo Asesor Interreligioso, instancia de consulta no obligatoria y de dictamen no vinculante, integrado por representantes de entidades religiosas constituidas de conformidad con o reconocidas por la Ley N° 19.638, que ha creado el Reglamento de Asistencia Religiosa de Hospitales y que se reúne mensualmente desde su creación.

c. CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

A pesar de que no se formularon objetivos de impacto relacionados con Calidad de la atención, se decidió incorporar algunos aspectos de la evaluación de los objetivos de desarrollo, por la utilidad que puede prestar, en términos de servir de insumo para los procesos de reformulación de objetivos sanitarios en marcha.

En este sentido, es necesario destacar que la Ley de Autoridad Sanitaria (Ley N° 19.937), actual DFL N° 1/2005 del Ministerio de Salud, creó la Superintendencia de Salud como continuadora legal de la Superintendencia de ISAPRES, agregando a las funciones de control y fiscalización de seguros de salud, la supervigilancia de los prestadores de salud a través de la nueva Intendencia de Prestadores. Esta instancia debe ejecutar funciones relacionadas con la acreditación de prestadores institucionales de salud, con el mantenimiento de registros públicos de prestadores institucionales acreditados y de las entidades acreditadoras autorizadas. Asimismo, debe llevar un registro público de los prestadores individuales de salud, considerando sus especialidades y subespecialidades, en el caso que las tuvieren.

A la fecha se ha desarrollado un conjunto de normativas orientadas a asegurar niveles mínimos de calidad en la asistencia sanitaria, tanto respecto del perfil técnico profesional de las personas que brindan servicios de salud como de las instituciones que participan en la ejecución de prestaciones de salud.

Tres son las iniciativas orientadas en este sentido:

La creación de un registro público de técnicos y profesionales de la salud

El registro incluye a todos los prestadores individuales de servicios de salud que se encuentren legalmente habilitados para ejercer la profesión respectiva en el país e incluye: médicos- cirujanos, cirujanos-dentistas, enfermeras, matronas, tecnólogos médicos, psicólogos, kinesiólogos, farmacéuticos y químico-farmacéuticos, bioquímicos, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales y técnicos paramédicos.

El objetivo del registro es dar fe pública de que todas las personas que lo integran poseen las competencias para desempeñar las actividades de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud propias del perfil técnico o profesional respectivo. Estos registros son de carácter informativo y están permanentemente disponibles para toda la población.

A la fecha de este informe el registro disponible en la página web de la Superintendencia de Salud (www.supersalud.cl) contiene información de una proporción cercana al 92% de los médicos-cirujanos y 89% de los odontólogos habilitados para ejercer en el país. De acuerdo al reglamento a partir del 1º de julio del año 2010 se contará con registros de enfermeras, matronas, tecnólogos médicos, psicólogos y kinesiólogos. El registro se completará con el resto de los técnicos y profesionales a partir del 1º de julio del año 2011.

De acuerdo a lo señalado en el período 2010 - 2015 se completarán las bases de datos de todos los técnicos y profesionales de la salud habilitados para ejercer en el país, por lo que la población podrá acceder libremente a esta información en forma permanente.

La certificación de especialidades y subespecialidades de médicos y odontólogos.

De modo similar al registro anterior, y también con el objeto de mejorar la transparencia en el sector, así como asegurar mejores niveles de calidad, el país ha optado por certificar las competencias de los especialistas de las principales profesiones de la salud. Para ello se cuenta con un reglamento que establece el modo de reconocimiento, partiendo con las especialidades médicas y odontológicas y, a futuro, podrá ampliarse a otras profesiones de la salud.

Su propósito es la evaluación periódica de las competencias de los profesionales médicos y dentistas, a objeto de resguardar el interés público ciudadano acerca de la calidad de sus atenciones. La certificación se otorgará sólo si efectivamente y tras un procedimiento imparcial, se comprueban los conocimientos y destrezas que se requieran para su ejercicio. El sistema establece la "recertificación" como una obligación del profesional para demostrar el mantenimiento de sus habilidades como especialista en plazos que no podrán ser inferiores a 5, ni superiores a 10 años. La certificación será regulada y fiscalizada por el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud, sin perjuicio que su ejecución estará a cargo de entidades autónomas denominadas Entidades Certificadoras.

Si bien no es requisito para ejercer una especialidad el ser reconocido como tal en el país, este reconocimiento será requisito para la ejecución de ciertas prestaciones del sistema de garantías o Garantías Explícitas en Salud (GES-AUGE), insertándole al sistema un incentivo económico para certificarse.

Se espera que en el período 2010 - 2015 se habrá certificado el total de especialistas médicos y odontólogos mediante el régimen de certificación transitorio, iniciándose -en paralelo y hacia fines del año 2010- la certificación de acuerdo a las reglas permanentes definidas por el Ministerio de Salud y cuyo contenido se establece en el reglamento respectivo.

El diseño y puesta en operación de un sistema de acreditación de prestadores institucionales de servicios de salud.

El objetivo de la acreditación de prestadores institucionales de servicios de salud es que ellos cumplen con un conjunto de estándares mínimos que permiten garantizar la calidad de la atención, entendida de acuerdo al marco legal, especialmente para resguardar la seguridad de los pacientes.

La acreditación es un proceso de evaluación periódica de la calidad de los servicios que brindan los prestadores institucionales, y se realiza contrastando la realidad observada -por una entidad evaluadora, autónoma e independiente- en las visitas realizadas a un prestador institucional, comparándola con lo establecido como mínimo deseable, o estándar de calidad definido por el Ministerio de Salud.

A la fecha de este informe parte importante del sistema se encuentra oficializado. Así, se cuenta con un Reglamento del Sistema de Acreditación, se ha habilitado el registro de entidades acreditadoras y de prestadores institucionales acreditados, y se han formulado los estándares generales de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta y cerrada.

Asimismo, se han elaborado estándares generales para servicios de apoyo no asociados a otro prestador institucional, como servicios de laboratorio, imagenología, diálisis, transporte de pacientes o kinesioterapia, los que deben ser debidamente formalizados por el Ministerio de Salud.

Cabe señalar que a la fecha, un centenar de prestadores institucionales se encuentran en distintas fases de preparación para solicitar su acreditación y dos clínicas privadas han solicitado formalmente se les designe una entidad acreditadora para ser evaluadas.

Con respecto a la consideración de la percepción de calidad de parte de los usuarios, es importante señalar que una de las características del sistema de acreditación considera la existencia de mecanismos de medición rutinaria de satisfacción de usuarios en todos los prestadores y el diseño y puesta en práctica de intervenciones pertinentes para mejorarla.

La acreditación de prestadores institucionales, junto a la certificación de las competencias profesionales y el registro tanto de establecimientos acreditados, como de profesionales con sus especialidades y subespecialidades, constituyen los instrumentos de gestión necesarios que permitirán la implementación -gradual y progresiva- de la Garantía de Calidad de las Garantías Explícitas en Salud (GES), más conocido como Plan AUGE. Esta Garantía de Calidad estará vigente cuando se encuentren en pleno funcionamiento los tres sistemas de evaluación que aseguran un mejoramiento continuo en la calidad de atención a toda nuestra población.

Por último, con relación al Proyecto de Ley que Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, y cuyo objetivo es "Establecer derechos específicos de las personas cuando solicitan atención o ingresan en carácter de pacientes a las instituciones públicas o privadas de salud y que regule la relación entre las personas y los prestadores de salud", se puede informar lo siguiente:

- Fecha de ingreso a tramitación: 08 de agosto de 2006
- Estado de tramitación: Segundo trámite constitucional. Senado. Para Informe de Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento.
- Beneficiarios directos: Todos los chilenos y chilenas, usuarios del sector público o privado de salud.





CONCLUSIONES

Durante los últimos 10 años, Chile ha sufrido una serie de transformaciones, en distintas esferas del ámbito nacional. Los avances en la medicina, los cambios en la dinámica demográfica y epidemiológica, las modificaciones en las condiciones de vida, los hábitos y costumbres, individuales y sociales, muestran su evolución en la Evaluación de Los Objetivos Sanitarios de Impacto de la Década 2000-2010. Este es un esfuerzo por dar cuenta del grado de consecución de las metas establecidas a inicios de la década, sin embargo, será necesario complementar esta evaluación con los resultados de la evaluación de los objetivos sanitarios de desarrollo, de tal manera de entregar una evaluación más comprehensiva, de esta importante herramienta de planificación sanitaria de amplio alcance.

Con relación al OS I: Mantener y mejorar los logros alcanzados, especialmente en lo relacionado con salud infantil, se destacan las metas logradas en cáncer, salud bucal, infecciones respiratorias, anomalías congénitas y mortalidad. Sin embargo no se logró avanzar en temas relativos a mejorar la calidad de vida, dado que no se cuenta con sistemas de información que permitan evaluar estos aspectos.

Con relación a salud de la mujer, se destacan los avances en mortalidad, excepto mortalidad materna que se mantiene similar que a inicios de la década, no obstante se reduce la mortalidad por aborto y complicaciones obstétricas, así como de cáncer de cuello uterino. Similar a lo que sucede en salud infantil, tampoco se cuenta con información respecto de calidad de vida en grupos específicos, que permitan establecer una tendencia.

En lo relativo a enfermedades infecciosas, se alcanzó la gran mayoría de los objetivos. Entre los que no se logran están tuberculosis (a pesar de que tiene un avance importante, no alcanza a cumplirse), enfermedad de Chagas, dengue, rubéola, enf. Meningocócica y enf. Entéricas, cuyos fracasos en el logro de las metas se explica, básicamente, por la aparición de brotes difíciles de controlar.

Respecto de los objetivos relacionados con los cambio culturales y estilos de vida, no se aprecian los avances que se esperaban, la gran mayoría de estos objetivos presentan un estancamiento o bien un retroceso en su indicador, especialmente tabaquismo, obesidad y condicionantes ambientales. Esto representa un gran desafío para las estrategias sanitarias de la década que se inicia, dado que estos factores son determinantes en la carga de enfermedad de la población, cuyo abordaje es complejo y cuya intervención provoca efectos a largo o muy largo plazo.

De los objetivos relacionados con reducir muertes y discapacidad, existe un alto número de metas cumplidas o con avance importante en su consecución, especial mención merecen aquellas relacionadas con enfermedades cardiovasculares, cánceres, ciertas enfermedades respiratorias (especialmente en personas mayores) y cuidados paliativos. Los suicidios y dependencia de drogas, los accidentes y Diabetes Mellitus presentan los peores indicadores, con lo que, no sólo no se cumple la meta, sino que muestran una tendencia al deterioro de esas condiciones de salud.

Tampoco se cumplen los objetivos de impacto relacionados con disminuir las desigualdades salud, No obstante, es necesario mencionar que, el tamaño absoluto de los grupo estudiados para este objetivo, que se denominan "sin escolaridad", se han reducido notablemente gracias a los avances en las coberturas de educación. Esto produce inestabilidad de las tasas, con lo que su análisis se torna más complejo que la sola comparación directa entre grupos extremos.

ANEXOS

Anexo 1

Estimación de la Mortalidad

La mortalidad es uno de los indicadores de salud más importantes, constituyendo también, la información que con mayor frecuencia se encuentra disponible para su análisis. En este estudio, se analizan la causa de muerte, tanto específicas como agrupadas, los grupos edad definidos, sexo y región. No obstante, para el presente informe sólo se analizará el fenómeno para algunas causas agrupadas, algunas específicas, para todas las edades (excepto algunos casos específicos) y para el total nacional.

Este estudio contó con el registro de defunciones proporcionado por el Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud (DEIS), correspondiente a los años 1985 a 2007, que cuenta con datos sobre número de defunciones por causa de muerte (CIE-10), por sexo, edad, atención médica y calidad de certificación, entre otras variables.

Homologación CIE9 Y CIE10: La base de datos de defunciones consta de un total 1.819.958 registros, para el período comprendido entre 1985 y 2007. Se realizó en primera instancia de una validación de los códigos de clasificación; cabe señalar que los códigos de clasificación para 1985 hasta 1996 corresponden a la clasificación de enfermedades internacional CIE9. Y para el período de 1997 y 2007 corresponden al CIE10.

Dado que existen aproximadamente 6000 códigos diferentes de clasificación para el CIE9 y 12000 aprox. Para el CIE10, se considero la necesidad de contar con una clasificación que permitiera agrupar causas de mortalidad con un menor nivel de desagregación.

Es así que, a partir de las bases de datos de defunciones de los años 1985 a 2007, se reclasificaron las muertes, codificadas según CIE-10, a la clasificación propuesta por López, Mathers, Ezzati, Jamison y Murray (Global Burden of Diseases 2006). Estos autores clasifican las enfermedades en tres grupos de acuerdo a su relevancia en términos de políticas públicas. Los tres grupos son:

- Grupo I: Enfermedades transmisibles, causas maternas, del período perinatal y enfermedades o condiciones nutricionales.
- Grupo II: Enfermedades no transmisibles.
- Grupo III: Lesiones. Este grupo incorpora a las llamadas lesiones intencionales y no intencionales.

La clasificación Murray no incluye la categoría "síntomas, signos y enfermedades mal definidas" de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Cada grupo se subdivide en subgrupos, los cuales fueron considerados en su totalidad para el cálculo de mortalidad.

2. Se procedió a realizar un algoritmo computacional de homologación a través de un sistema de clasificación internacional propuesta por el Global Burden of
1. Disease, en que para una misma causa de mortalidad en este sistema, aparecen los correspondientes códigos CIE9 y CIE10 que la conformarían.

Reasignación de muertes provenientes de códigos mal definidos y basura.

A este algoritmo de homologación se incorporó otro que fuese capaz de distribuir proporcionalmente ciertas defunciones a un grupo específico de causas, dado que se tienen antecedentes de que existiría un sub-registro de estas, habiéndolas clasificado con un sesgo uniforme en otras ya conocidas.

Las muertes por códigos susceptibles de reasignación, corresponden a los "mal definidos" y a los "basura":

- a) Muertes mal definidas: Cerca del 3% de las defunciones corresponden a "síntomas, signos y enfermedades mal definidas". Tal como se definió para los estudios de carga 1996 y 2007, no se reasignan las muertes de este grupo, siendo excluidas del estudio.
- b) Muertes con códigos basura: Los códigos basura comprenden códigos de la CIE-10 que representan causas que no son útiles para efectos de políticas de salud. Estos códigos corresponden a:
 - Muertes por lesiones en que el origen no ha sido determinado (intencional o no intencional): Códigos Y10-Y34 de la CIE-10.
3. Muertes por enfermedades cardiovasculares que carecen de un significado diagnóstico como insuficiencia
2. cardíaca:
 - Códigos CIE-10, I47.2, I49.0, I46, I50, I51.4, I51-5, I51.6, I51.9, I70.9.
 - Muertes por cáncer codificadas como secundarios o no especificados. Son los códigos C76, C80 y C97 de la CIE-10.

La reasignación de los códigos basura se realizó de acuerdo a la siguiente metodología:

- a) Muertes por enfermedades cardiovasculares carentes de significación diagnóstica: estas causas de muerte fueron reasignadas a enfermedad isquémica y otras enfermedades cardiovasculares.
- b) Muertes por cánceres secundarios o mal especificados: La reasignación se realizó pro-rateando estas causas en todas las localizaciones exceptuando hígado, páncreas, ovario, tráquea, bronquios y pulmón (presumiblemente fáciles de detectar).

Agrupamiento de defunciones en grupos de edad seleccionados

Posteriormente a la reasignación de los códigos mal definidos mencionados en los puntos anteriores, se procedió a organizar la base de datos de mortalidad por grupo de causa, subgrupo y causa específica, por sexo, edad y región

Los grupos de edad seleccionados en conjunto con el Ministerio de Salud, son los siguientes: 0-4, 5-14, 15-34, 35-44, 45-49, 50-79 y 80 y más años.

Cálculo de la mortalidad por causa específica

Una vez establecidos los códigos asociados a cada enfermedad, se calcularon los indicadores clásicos de mortalidad por grupos de causa, subgrupos y causas específicas, por grupos edad y por sexo.

Para el cálculo de cada tasa, el numerador se definió como el número de muertos ocurridos para cada año del periodo de estudio (1985-2007) correspondiente a cada grupo, subgrupo y causa específica; y el denominador la población (total, por edad y/o sexo y región según corresponda) para ese año, proyectada por el INE-CELADE a partir del Censo 2002 (INE-CELADE, 2004), y que por convención corresponde a la población en la mitad del año. Las tasas están expresadas por 100,000 habitantes.

Para la mortalidad en menores de 1 año (infantil) y la mortalidad materna, se utilizó, como denominador, el número de nacidos vivos, provenientes del registro del Sistema de Estadísticas Vitales, del DEIS.

Ajuste de tasas

Se realizó un ajuste de tasas utilizando la estructura de población de Chile del año 2002.

Proyección de tasas ajustadas

La II etapa consistió en realizar un algoritmo para el procesamiento de la información para las causas anteriores, que permitiera obtener las tasas observadas por cada 100.000 habitantes, así como las tasas ajustadas por edad utilizando como población estándar 2002.

A fin de visualizar los patrones de tendencias para los años 2007 al 2012, fue necesario proyectar las tasas ajustadas, utilizando para esto una estimación en base a un ajuste exponencial de las series.

Se utilizaron para este algoritmo tanto las bases de datos de estimaciones poblacionales del INE, como las correspondientes bases de datos de defunciones agrupadas en las causas estudiadas.

Los tramos de edad utilizados para el ajuste fueron los siguientes: 0-4, 5-14, 15-34, 35-44, 45-49, 50-79 y 80 más años.

El nivel de desagregación geográfico para los cuales se presentan tanto las proyecciones como las tasas ajustadas observadas corresponde a regiones y total país.



Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010

Evaluación final del período



Grado de cumplimiento de objetivos de impacto



GOBIERNO DE
CHILE
MINISTERIO DE SALUD