Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios

2021-2030

"Avanzando en la construcción de comunidades y entornos saludables"

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD PARA LOS OBJETIVOS SANITARIOS AL 2030

MINISTERIO DE SALUD

Subsecretaría de Salud Pública

División de Planificación Sanitaria

Departamento Estrategia Nacional de Salud

Octubre, 2025

Resolución exenta N°831 del 11 de junio de 2024 del Ministerio de Salud

CONTENIDO

PRESENTACIÓN 5

I. INTRODUCCIÓN 6

II. MARCO CONCEPTUAL 8

III. METODOLOGÍA 12

IV. ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD 2021-2030 16

OE 1 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES 20

OE 2 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES 37

OE 3 LESIONES Y VIOLENCIA 66

OE 4 ESTILOS DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO 75

OE 5 CURSO DE VIDA 94

OE 6 EQUIDAD 110

OE 7 MEDIO AMBIENTE 120

OE 8 SISTEMA DE SALUD 132

OE 9 CALIDAD DE LA ATENCIÓN 159

V. GLOSARIO 171

VI. REFERENCIAS 174

PRESENTACIÓN

Los Objetivos Sanitarios de la Década 2021-2030 reflejan el constante compromiso del Estado de Chile en mejorar la salud y el bienestar de la población. Esto comprende garantizar una atención sanitaria de calidad para todas las personas que requieren del sistema de salud, así como implementar intervenciones que aborden los determinantes sociales de la salud, con el fin de reducir las inequidades existentes.

Para avanzar en el cumplimiento de estos objetivos, se ha desarrollado una Estrategia Nacional de Salud con una visión de mediano y largo plazo, basada en los principios rectores de derechos humanos, universalidad y equidad.

El trabajo coordinado entre el sector salud, otros sectores del Estado y la comunidad, resulta esencial para la implementación y éxito de esta Estrategia. Por ello, se invita a fortalecer alianzas y compromisos que aseguren la sostenibilidad de los logros alcanzados en períodos anteriores, así como enfrentar colaborativamente los desafíos, con objeto de alcanzar las metas definidas.

El presente documento establece las prioridades para esta década, junto con los objetivos y metas correspondientes. Confiamos que contribuirá en el fortalecimiento y alineación de los distintos actores y sectores involucrados, de manera de avanzar juntos en la construcción de comunidades y entornos más saludables.

Dra. Tania Herrera Martínez

Jefa de la División de Planificación Sanitaria

I. INTRODUCCIÓN

En Chile, desde la década del 2000, la definición de Objetivos Sanitarios se ha establecido como una función rectora del Ministerio de Salud (1). Esto ha permitido instaurar un ciclo de planificación estratégica que identifica las prioridades en materia de salud, las cuales se reflejan en la Estrategia Nacional de Salud. Este instrumento orienta las acciones del sector y promueve la coordinación intersectorial necesaria para alcanzar los objetivos planteados.

La planificación en salud resulta fundamental, ya que permite abordar de manera integral y eficiente las necesidades de la población. Esto implica enfrentar diversas problemáticas mediante la identificación y ejecución de intervenciones adecuadas a los distintos contextos, garantizando la sostenibilidad de los resultados obtenidos.

En este contexto, resulta imprescindible utilizar procesos de priorización que fundamenten los temas a incluir en la planificación sanitaria. La definición de estas prioridades no depende exclusivamente de factores clínicos o epidemiológicos, sino que también considera elementos como decisiones políticas, la situación económica y las demandas sociales (2). Por ello, tanto la planificación como el establecimiento de prioridades en salud constituyen un acto de naturaleza ética, social y técnica (3).

En las últimas décadas, el desarrollo de la planificación sanitaria en Chile se ha sustentado en un instrumento marco para la gestión del sector, conforme a lo establecido en la Ley de Autoridad Sanitaria N°19.937 de 2004. Cada uno de los planes elaborados ha tenido como objetivo mejorar las condiciones de vida y el nivel de salud de la población. Estos planes son el resultado del trabajo conjunto de múltiples actores, quienes han incorporado aprendizajes de procesos de planificación anteriores, enfrentando diversos desafíos relacionados con la estructura y funcionamiento del sistema de salud, la disponibilidad presupuestaria, el trabajo intersectorial y la necesidad de fortalecer la participación de la sociedad civil (4-6).

Así, durante el decenio 2000-2010, el sector salud trabajó orientado a cuatro objetivos sanitarios principales: 1) mejorar los logros sanitarios alcanzados; 2) enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento; 3) reducir las desigualdades en salud; y 4) proveer servicios acordes con las expectativas de la población. En el período 2011-2020, los objetivos se actualizaron a: 1) mejorar la salud de la población; 2) disminuir las inequidades; 3) aumentar la satisfacción de la población; y 4) asegurar la calidad de las prestaciones de salud.

En ambos decenios se llevaron a cabo evaluaciones a mitad y al final de cada periodo, centradas en los resultados y en los procesos considerados fundamentales para el cumplimiento de los objetivos. En particular, la evaluación de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 evidenció

resultados variados según las diferentes áreas temáticas, aportando aprendizajes significativos y recomendaciones tanto en salud poblacional como en gestión sectorial y coordinación con el Intersector (7-10).

En la actualidad, a nivel internacional los Estados Miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se han comprometido a avanzar en el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) [1]. En este marco, destaca el ODS 3, "Salud y bienestar", que en la Región de las Américas se impulsa a través del Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2030. Estos instrumentos, junto con el Consenso de Montevideo, proveen lineamientos que refuerzan los derechos en salud, la cobertura universal y la equidad, subrayando la importancia de fortalecer la intersectorialidad en todos los niveles de gestión (11).

Para la formulación de la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030, es esencial que esta se sustente en los objetivos globales y regionales en salud, alineándose con las metas establecidas en el contexto internacional. Además, resulta fundamental incorporar las lecciones aprendidas de procesos anteriores, así como considerar los efectos derivados de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 y los nuevos desafíos que emergen del contexto social, demográfico y ambiental actual. No menos importantes son los problemas persistentes, que en muchos casos se han agravado en los últimos años. En conjunto, estos factores constituyen un reto de gran magnitud que exige un compromiso firme tanto del sector salud como de todos los demás sectores del Estado para asegurar una adecuada implementación de la Estrategia Nacional de Salud hasta 2030.

[1] https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/

II. MARCO CONCEPTUAL

La Estrategia Nacional de Salud 2021-2030 es una herramienta de gestión sanitaria que pretende entregar alto valor público en salud teniendo en cuenta el contexto sociosanitario del país, por lo que, en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el Consenso de Montevideo[2] y el Plan estratégico de la OPS 2020-2025[3], fundamenta su diseño e implementación a partir de los principios y enfoques que se describen a continuación.

PRINCIPIOS

Derechos en salud: la Estrategia Nacional de Salud orienta su quehacer en posibilitar que las personas alcancen el más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, promoviendo el abordaje de los determinantes sociales y avanzado en la disposición garantizada de servicios de salud accesibles, seguros y eficaces, en respuesta a las necesidades sentidas y expresadas de la población.

Universalidad: la Estrategia Nacional de Salud contribuye desde el establecimiento de resultados hacia la universalización de la cobertura sanitaria. En este sentido asume el desafío específico de fortalecer la Atención Primaria de Salud desde distintas perspectivas, en coherencia con los dispuesto en el proceso de reforma de salud en curso (12), además de fortalecer el acceso universal a medicamentos y propender a la reducción del impacto del gasto de bolsillo en salud.

Equidad: La Estrategia Nacional de Salud considera la equidad como un valor y un principio que sustenta el derecho a la salud y a la justicia social, comprendiendo que las disparidades en el estado y los resultados de salud entre grupos no son exclusivas de diferencias biológicas, sino el resultado de procesos sociales que crean diferencias en la construcción de vidas saludables y en el acceso a los servicios de salud. Por este motivo orienta el actuar del sector, y de los distintos sectores gubernamentales y sociales, hacia el desarrollo de estrategias que fortalezcan la equidad.

[2] Para más información consultar: https://consensomontevideo.cepal.org/es

[3] Consultar documento en: https://www.paho.org/es/documentos/plan-estrategico-ops-2020-2025

ENFOQUES

Descentralización: como instrumento de planificación para el logro de los Objetivos Sanitarios, la Estrategia Nacional de Salud requiere del involucramiento de los actores sectoriales del nivel regional y local, para el desarrollo de procesos de priorización y selección de intervenciones que respondan a las realidades sociosanitarias de la población, dadas las diferencias de índole geográfica, social o cultural propias de cada territorio.

Focalización: en consideración al principio del universalismo proporcional descrito como una solución para reducir las desigualdades sanitarias, se establece un accionar en donde las estrategias se implementan con carácter universal, pero con una intensidad proporcional al nivel de la desventaja de los grupos (13). Por tanto, se coloca especial énfasis en identificar, abordar y modificar las desigualdades que poseen los grupos con mayor exposición y condición de vulnerabilidad en los distintos temas presentes.

Organizaciones de salud integradas: la Estrategia Nacional de Salud fomenta el trabajo en red mediante la gestión basada en resultados, fortaleciendo el ciclo de gestión integral y sus procesos de planificación, seguimiento y evaluación, así como el desarrollo de acciones que faciliten la alineación entre los diferentes niveles de la red y que promuevan el cambio en el foco de gestión de los equipos, agregando valor al trabajo desarrollado.

COMPONENTES TRANSVERSALES

En la presente Estrategia Nacional de Salud, y con el fin de entregar un abordaje integral y eficiente a las necesidades de salud de la población, se ha considerado transversalizar en las distintas temáticas el enfoque de equidad, la perspectiva de curso de vida, el modelo de salud integral, familiar y comunitario y la intersectorialidad, estableciendo una lógica complementaria e interrelacionada, desde la cual se identifican y abordan de manera conjunta las diferencias de resultados en salud.

Para abordar la equidad, se ha considerado identificar y abordar la presencia de las condiciones sociales subyacentes que determinan la salud y el bienestar, así como las desigualdades particulares asociadas al territorio, la condición socioeconómica, el género, y la pertinencia cultural y étnica. Se requiere, además, considerar la interrelación de estos elementos entre sí, o con otro tipo de condiciones de afectación a la salud, como la edad y las etapas o situaciones de la vida.

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

En cuanto al modelo de salud integral, familiar y comunitaria, se releva el cuidado integral centrado en las personas y con continuidad en la red de salud, creando condiciones para satisfacer las necesidades y expectativas de las personas. Esto, a partir de ámbitos de acción priorizados tales como promoción, prevención, calidad en la atención y participación, los que permiten dar respuesta a la heterogeneidad de las necesidades y la demanda de la población.

En relación con la intersectorialidad, esta constituye un medio relevante para el logro de los objetivos, buscando vincular a los distintos actores, sectores e instituciones para establecer estrategias colaborativas e integrales, a través de la planificación, programación, implementación y evaluación de acciones conjuntas.

MARCO DE PLANIFICACIÓN

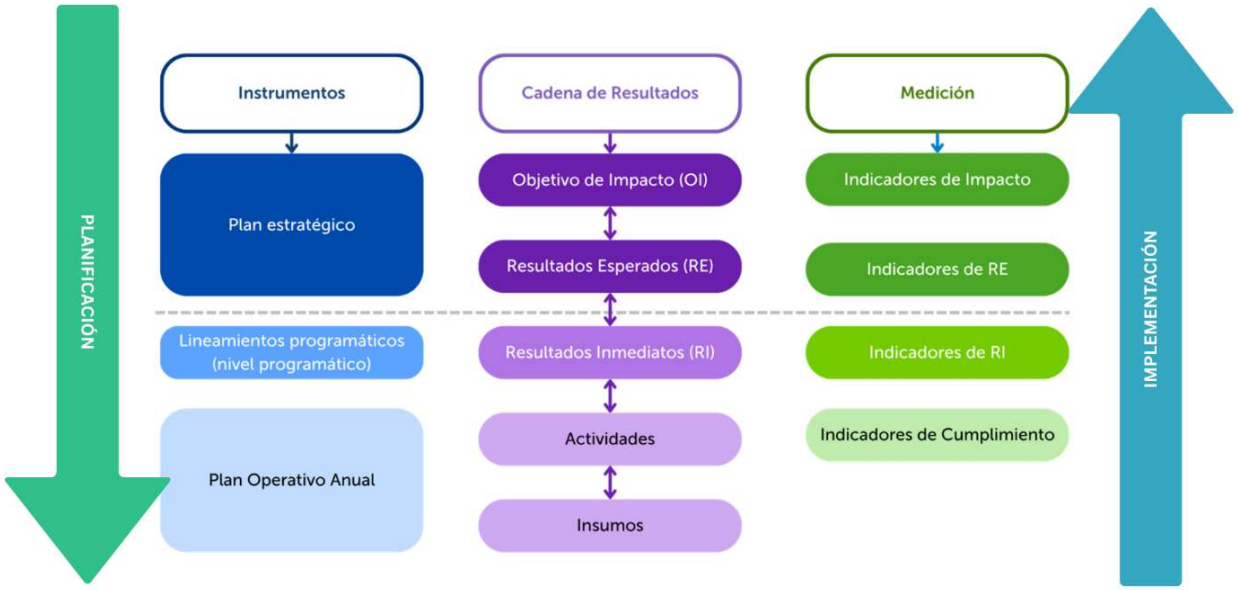
La elaboración de la Estrategia Nacional de Salud se basa en el método de Gestión Basada en Resultados, el cual corresponden a un enfoque estratégico de planificación y gestión que centra sus esfuerzos en alcanzar resultados concretos y medibles, más allá del cumplimiento de actividades o procedimientos. Su propósito es mejorar la eficiencia, eficacia y transparencia en el uso de los recursos públicos, mediante la definición clara de objetivos, el seguimiento de indicadores de desempeño y la evaluación sistemática de los logros obtenidos. Este modelo se orienta al logro de impactos reales en la población, facilitando la toma de decisiones informada y la rendición de cuentas ante la ciudadanía (14).

Este instrumento de relevancia para la planificación del sector considera una serie de resultados organizados en niveles, que cumplen una lógica agregativa para su alcance. De acuerdo con esto, existen los Objetivos de Impacto (OI), que dan cuenta de cambios relevantes en la salud de las personas en el largo plazo; los Resultados Esperados (RE), asociados a intervenciones sanitarias o intersectoriales específicas de alcance en el mediano plazo; y los Resultados Inmediatos (RI), que se asocian directamente a los resultados de productos y servicios que implementa cada organismo en el nivel de responsabilidad en el sector salud que le compete (7). La disposición concatenada de estos tres tipos de resultados da lugar a la cadena de resultados para cada tema, los que tienen

una relación lógica y causal, en la que los resultados alcanzados en un nivel contribuyen al logro de los que se encuentran en la siguiente posición (Figura 1).

El proceso de planificación se estructura en torno a dos dimensiones: la dimensión estratégica y la dimensión operativa, las cuales están estrechamente interrelacionadas a través de los lineamientos temáticos que orientan la acción. La dimensión estratégica corresponde al nivel más alto de planificación en la que se encuentran los objetivos sanitarios nacionales, los OI y los RE, y tiene por función establecer el rumbo general del sistema de salud. La dimensión operativa traduce esas orientaciones en acciones concretas definiendo loa productos y servicios, los responsables y los recursos necesarios, todo lo cual queda plasmado en un plan operativo anual. Entre estas dos dimensiones, los lineamientos temáticos actúan como ejes que aseguran coherencia, alineación y continuidad.

Figura 1. Marco de Planificación Estrategia Nacional de Salud.



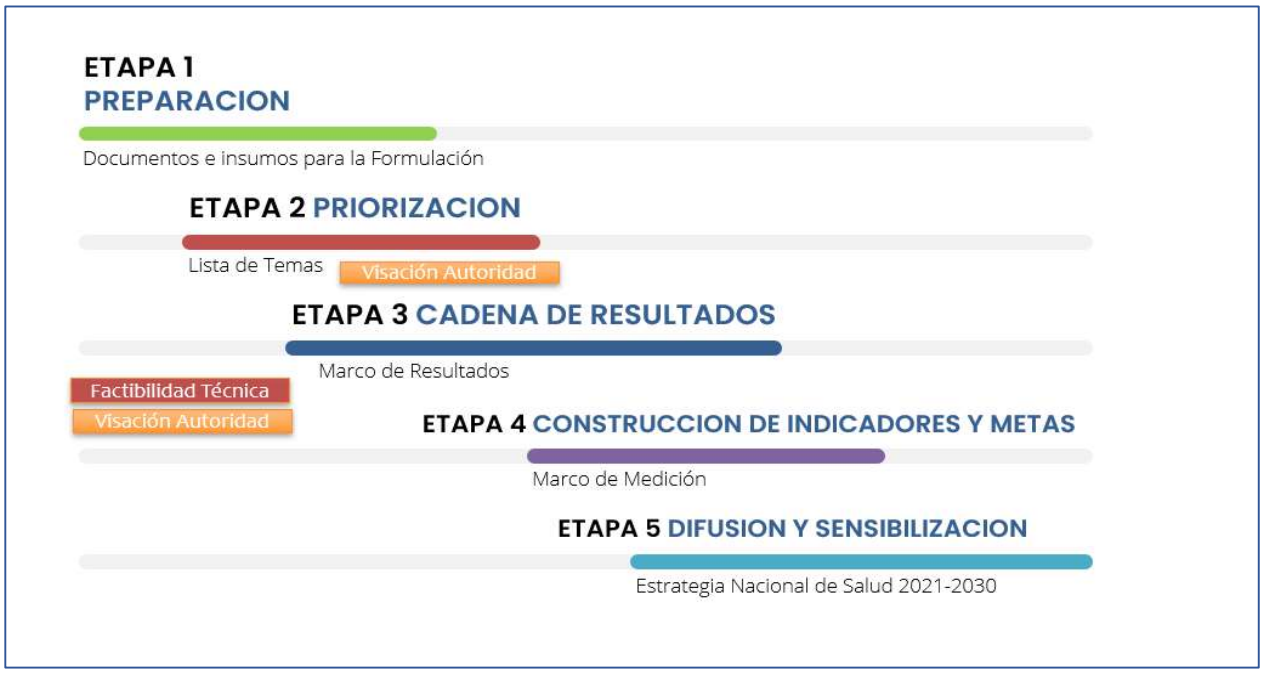
Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud.

III. METODOLOGÍA

La Estrategia Nacional de Salud emplea el enfoque de gestión basada en resultados, la que considera un ciclo de gestión integral compuesto por tres procesos clave: planificación, seguimiento y evaluación (15).

El marco metodológico definido consideró la implementación de cinco etapas sucesivas: preparación, priorización, definición de la cadena de resultados, construcción de indicadores y metas, y difusión y sensibilización (ver Figura 2). Cada una de estas etapas contempló la elaboración de un producto específico los que fueron desarrollados en instancias de trabajo con diversos actores del intra e intersector. La coordinación de este proceso fue realizada por el Departamento Estrategia Nacional de Salud y contó con el acompañamiento de un grupo de trabajo asesor[4].

Figura 2. Etapas del proceso de formulación OSD 2021-2030.



Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud.

[4] Conformado por profesionales expertos en diversas materias de salud pública, mediante Resolución exenta N°469 del 14 de mayo de 2021.

1. **Etapa de preparación**: entre 2018 y 2020 se elaboraron y recolectaron documentos e insumos clave dentro del proceso. Destacan como productos, la metodología del proceso de formulación, la adecuación de esta a causa de la pandemia y el desarrollo inicial de la evaluación de final de período. Durante esta etapa, tanto en el nivel central como en las regiones, se realizaron jornadas de trabajo que recogieron sugerencias de los equipos técnicos y directivos, para los ajustes metodológicos.

2. **Etapa de priorización:** entre 2019 y 2021 se definieron los temas de salud a incluir. Para ello se tomó como base la Estrategia Nacional 2011-2020 y se identificaron y priorizaron temas nuevos. Este proceso incluyó el desarrollo de jornadas regionales y nacionales, diálogos ciudadanos, planificación comunitaria y encuestas, que fueron aplicadas a equipos técnicos de distintos niveles y sectores, además de organizaciones de la sociedad civil. Finalmente se realizó un proceso de priorización, en base al método de Hanlon modificado por la OPS (16). El producto de este trabajo fue presentado y visado por la autoridad, formalizándose a través de Resolución Exenta N°528 del 3 de junio de 2021.

3. **Cadena de resultados**: durante el segundo semestre del 2021, y en consideración al modelo de planificación establecido en la década anterior, para cada tema seleccionado se definieron resultados organizados en niveles, existiendo por tanto Objetivos de Impacto (OI), Resultados Esperados (RE) y Resultados Inmediatos (RI). Este proceso se desarrolló a través de mesas intersectoriales conformadas para cada tema, las que aplicaron la metodología de marco lógico bajo la dirección de un monitor y un facilitador, roles ejercidos por referentes de la red Estrategia Nacional de Salud y por profesionales del área de las ciencias sociales con experiencia en salud pública, respectivamente (17-18) [5]. Mediante este trabajo se lograron establecer los OI y RE para 42 temas, los que fueron posteriormente visados por la autoridad (19).

4. **Construcción de indicadores y metas:** esta etapa tuvo por objeto definir el marco de monitoreo para cada uno de los temas, basándose en una propuesta realizada por el Departamento de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile, la que fue ajustada por una contraparte ministerial integrada por el Departamento Estrategia Nacional de Salud, el Departamento de Estadísticas e Información de salud (DEIS) y el

[5] Para conocer lista de organismos y técnicos participantes consultar documento. Estrategia Nacional de salud para los Objetivos Sanitarios al 2030. Disponible: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-al-2030.pdf

Departamento de Epidemiología. Posteriormente se consultó a los equipos técnicos generándose una propuesta final para la autoridad (20).

5. **Difusión y sensibilización:** esta etapa fue desarrollada a lo largo de todo el proceso, lo que permitió comunicar en forma continua los diferentes hitos y definiciones establecidas. Además, la primera versión del documento fue publicada en 2022 (21). Durante este mismo año se realizó un proceso de adecuación regional de la Estrategia Nacional de Salud a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y las Direcciones de Servicios de Salud, promoviendo la participación de los Departamentos de Salud Municipal, la ciudadanía y el intersector (22).

Actualización de la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030

A mediados de 2022, y tras dos años en los que el país y el mundo hubieron de enfrentar la pandemia por COVID-19, se creó un comité ejecutivo[6] liderado desde gabinete de la Subsecretaría de Salud Pública en conjunto con la División de Planificación Sanitaria, el que tuvo por función revisar y actualizar la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030.

Dicho proceso que abarcó los años 2022 a 2024, redefinió la estructura general y los temas priorizados con sus objetivos de impacto e indicadores asociados, elaborando una nueva versión que fue aprobada por la autoridad y formalizada mediante Resolución Exenta N°831 del 11 de junio del 2024[7].

Desde el punto de vista metodológico, este nuevo proceso tomó como base tanto la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 como la vigente al 2022, ajustando las temáticas previa consulta con los equipos técnicos. Así, se generaron fichas de indicadores y se analizaron las tendencias de cada uno para definir las metas a alcanzar al 2030. En vista de las modificaciones, se debieron ajustar los resultados esperados y sus indicadores, en un proceso organizado por el Departamento de Estrategia Nacional de Salud y que contó con la participación de los referentes técnicos ministeriales de cada tema.

[6] Resolución exenta N 95 del 12 de enero 2024. Crea el grupo de trabajo asesor denominado "Comité revisor de Objetivos Sanitarios 2021-2030".

[7] Modifica resolución exenta N°528 del 3 de junio de 2021.

De esta forma, la versión actualizada de la Estrategia Nacional de Salud al 2030 cuenta con nueve objetivos estratégicos, 52 objetivos de impacto y 139 resultados esperados, los cuales son descritos en detalle en el presente documento.

IV. ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD 2021-2030

La Estrategia Nacional de Salud 2021- 2030 surge como instrumento de planificación para orientar el accionar hacia el logro de los siguientes Objetivos Sanitarios de la Década:

1. Mejorar la salud y bienestar de la población.
2. Disminuir las inequidades en salud.
3. Asegurar la calidad de la atención en salud.

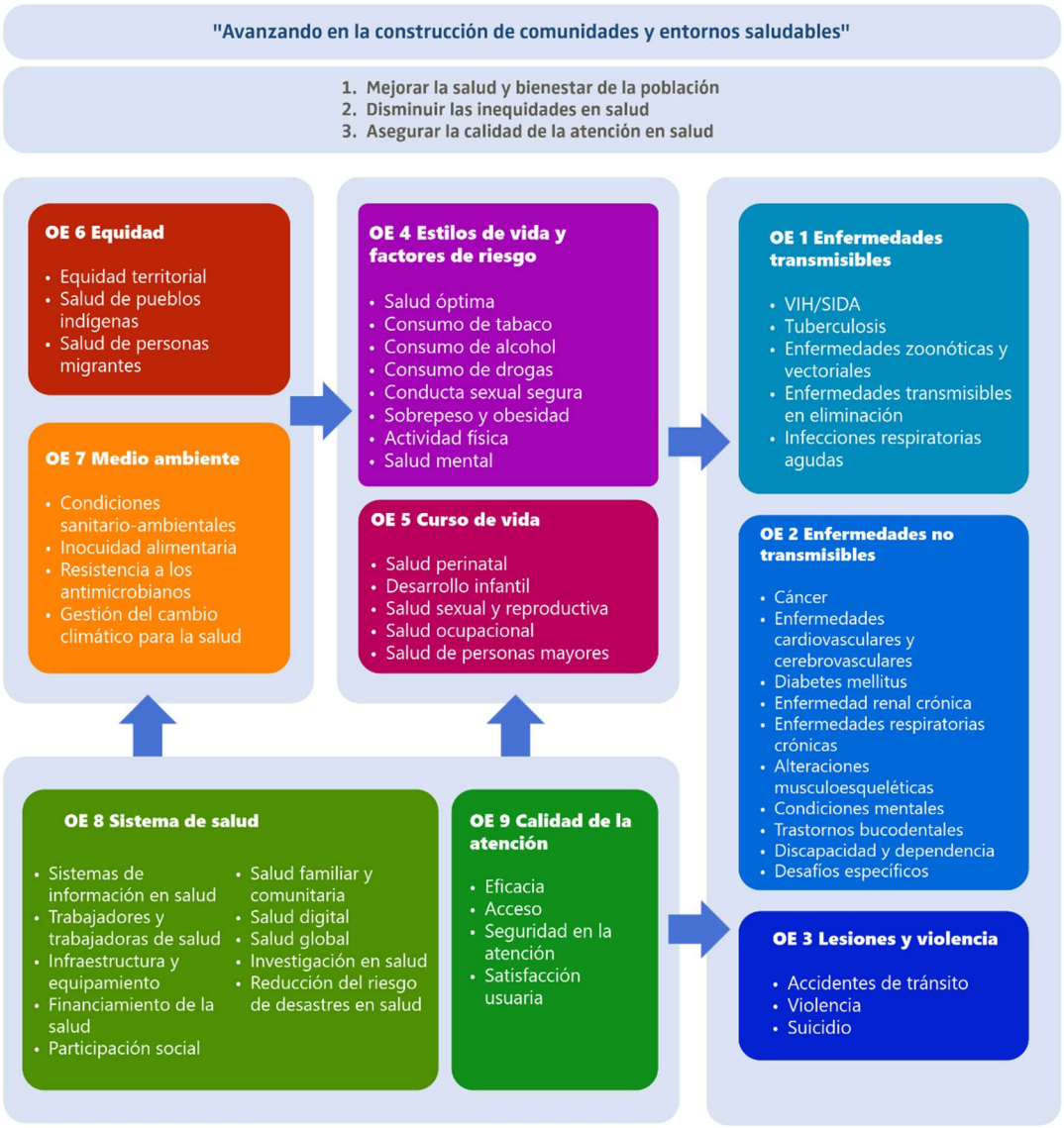
Para la consecución de estos objetivos se definieron nueve áreas de intervención, denominadas Objetivos Estratégicos (OE), en las que se agrupan una serie de temas de interés sanitario:

- **OE1** Enfermedades transmisibles
- **OE2** Enfermedades no transmisibles
- **OE3** Lesiones y violencia
- **OE4** Estilos de vida y factores de riesgo
- **OE5** Curso de vida
- **OE6** Equidad
- **OE7** Medio ambiente
- **OE8** Sistema de salud
- **OE9** Calidad de la atención

Cada tema presente en los OE posee Objetivos de Impacto (OI) y Resultados Esperados (RE), con sus respectivos indicadores y metas, los que se detallan mediante una ficha técnica en documento anexo.

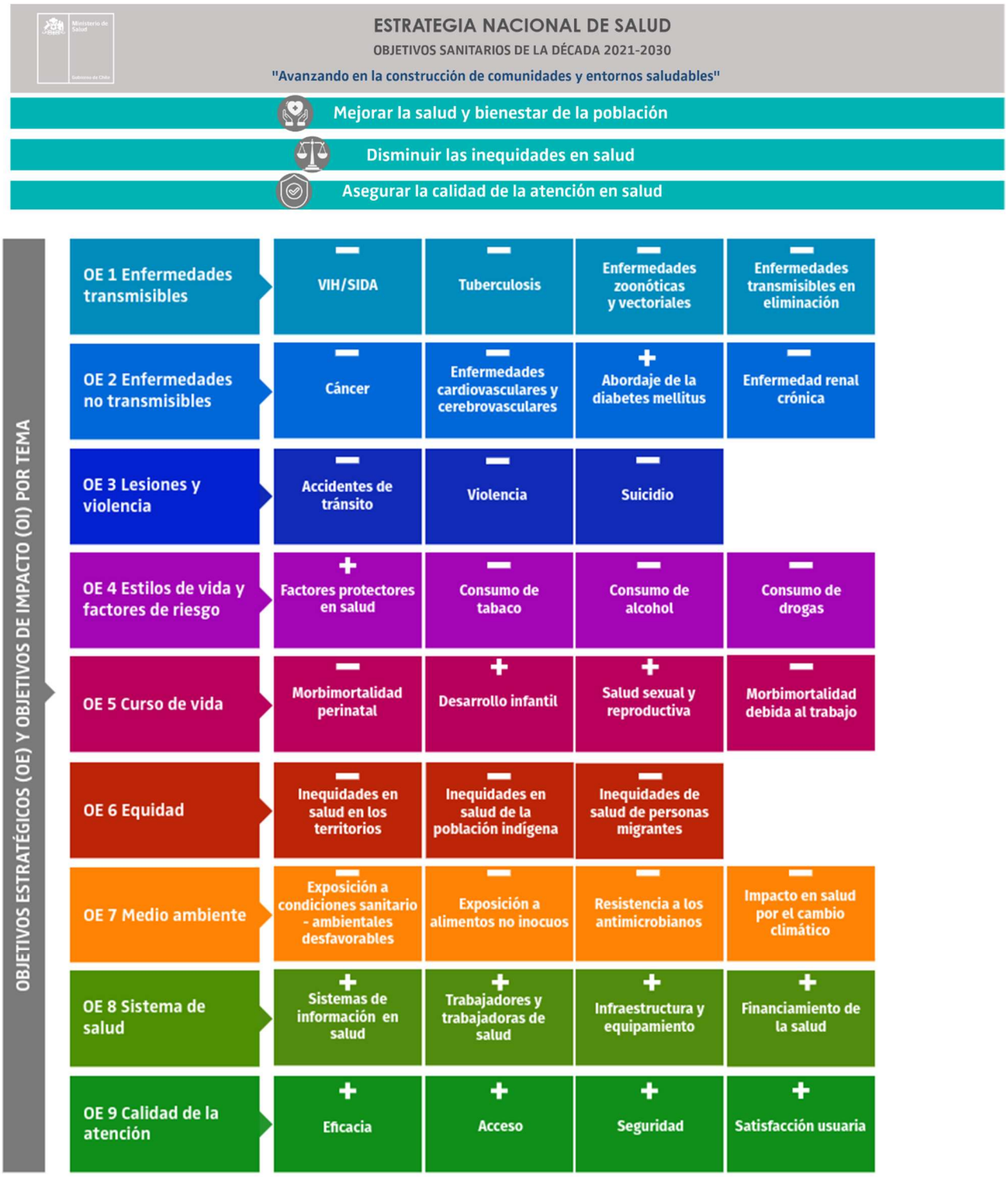
En la figura 3 se presenta la organización de los Objetivos Sanitarios y en la figura 4 se observa con mayor detalle los temas dispuestos en cada Objetivo Estratégico.

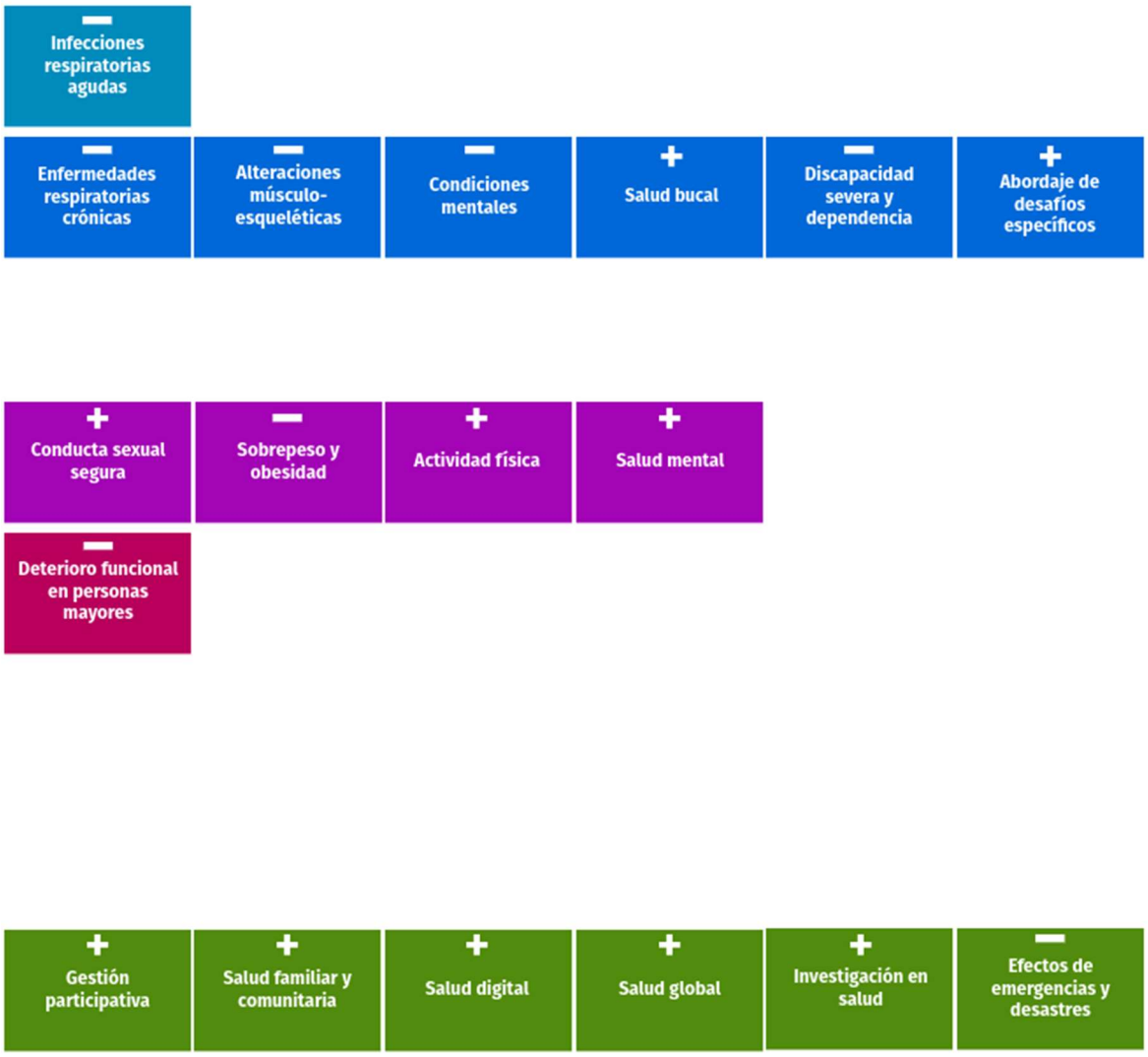
Figura 3. Estructura de la Estrategia Nacional de Salud al 2030.



Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud.

Figura 4. Representación secuencial de los Objetivos Estratégicos y temas asociados.





Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud.

OE 1 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

	Tema	Objetivo de impacto	Meta 2030
1.1	VIH/SIDA	Disminuir la incidencia de VIH/SIDA	≤ 0,22 por 1.000 habitantes
1.2	Tuberculosis	Disminuir la incidencia de tuberculosis	< 10 por 100.000 habitantes
1.3	Enfermedades zoonóticas y vectoriales	Disminuir la incidencia de enfermedades zoonóticas y vectoriales	Mantener 0 casos autóctonos de enfermedades seleccionadas*
			≤ 2,4 embarazadas infectadas por *Trypanosoma cruzi* por 1.000 recién nacidos vivos
1.4	Enfermedades transmisibles en eliminación	Disminuir el riesgo de reintroducción o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación	Mantener 0 casos autóctonos de enfermedades seleccionadas**
			< 0,5 niños/as con sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos corregidos
1.5	Infecciones respiratorias agudas	Disminuir la morbimortalidad por infecciones respiratorias agudas	< 16,1 por 100.000 habitantes

* Enfermedad de Chagas, malaria (continental), enfermedad por arbovirus (ej. Dengue, virus Zika) y rabia humana variante canina. ** Poliomielitis, difteria, sarampión, cólera, tétanos neonatal, rubéola congénita, lepra.

La diversidad de amenazas de enfermedades infecciosas que enfrenta actualmente la humanidad no tiene precedentes. Si bien la introducción de agentes antimicrobianos y vacunas en el último siglo han contribuido significativamente a su control, nuevas enfermedades han surgido y algunas antiguas continúan adaptándose. El ejemplo más reciente lo constituye sin duda la pandemia de SARS-CoV-2 de los últimos años, que ha puesto a prueba los sistemas de salud en todo el mundo, causando una alta mortalidad e impacto socioeconómico (1).

Las enfermedades transmisibles están asociadas con una amplia variedad de determinantes de la salud, como la pobreza, el cambio climático, factores socioculturales, disponibilidad de agua potable y saneamiento básico, condiciones de la vivienda, entre muchas otras, lo que hace que su enfrentamiento necesariamente requiera un esfuerzo conjunto de todos los sectores de la sociedad.

Chile ha tenido éxitos en el control de enfermedades transmisibles, logrando por ejemplo la eliminación de su territorio durante el siglo XX de la malaria, la rabia humana variante canina y la fiebre amarilla (2). A comienzos del siglo pasado, las muertes por enfermedades infecciosas representaban cerca de la mitad del total de defunciones en el país, mientras que hoy constituyen aproximadamente el 6% (3). Persisten, sin embargo, desafíos importantes como la tuberculosis y el VIH/SIDA, donde los resultados obtenidos no han sido satisfactorios, lo que hace necesario fortalecer estrategias y focalizar acciones en grupos vulnerados, considerando los determinantes sociales de la salud y fortalecimiento del trabajo mancomunado con otros sectores.

Los objetivos estratégicos de las enfermedades transmisibles incluyen: 1) Disminuir la incidencia de VIH/SIDA; 2) Disminuir la incidencia de tuberculosis; 3) Disminuir la incidencia de casos de enfermedades zoonóticas y vectoriales; 4) Disminuir el riesgo de reintroducción o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación; y 5) Disminuir la mortalidad por infecciones respiratorias agudas.

1.1. VIH/SIDA

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) ataca el sistema inmunológico, debilitando progresivamente las defensas del organismo. Con el tiempo, esta disminución en la función inmunitaria puede conducir al desarrollo del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), la fase más grave de la infección, que se manifiesta por la aparición de enfermedades oportunistas y puede tardar años en presentarse. El VIH se transmite principalmente a través de tres vías: el contacto sexual, la transmisión vertical de madre a hijo/a durante el embarazo, parto o lactancia, y el intercambio de sangre contaminada.

Aunque aún no existe una cura definitiva, las terapias antirretrovirales han revolucionado el tratamiento del VIH, mejorando significativamente la calidad y duración de vida de quienes viven con el virus. Estas terapias logran reducir la carga viral a niveles indetectables, lo que además previene la transmisión a otras personas. Por ello, el diagnóstico precoz, el acceso temprano al tratamiento y la adherencia a este son esenciales tanto para el bienestar de las personas infectadas como para la prevención de nuevos contagios (1-3).

Según estimaciones ONUSIDA, en 2020 cerca de 38 millones de personas vivían con VIH, de las cuales 1,7 millones eran niños y niñas y el 53% era de sexo femenino. Durante las últimas décadas se ha experimentado un descenso sostenido de la mortalidad y un aumento de la sobrevida de las personas que viven con VIH. Así, desde 2010, las nuevas infecciones han disminuido en un 31% y las muertes en un 47% (4). Sin embargo, existen áreas del mundo donde la epidemia sigue creciendo, como Europa del Este, Asia Central, Medio Oriente, África del Norte y América Latina, en las que los casos nuevos aumentaron en un 21% por año entre 2010 y 2020 (5).

En Chile, la mortalidad por VIH/SIDA se ha mantenido entre 2,0 y 3,1 por 100.000 habitantes, con una razón hombre: mujer de 5:1 a 7:1. Por otro lado, para 2021 se estimó que había 84.000 personas viviendo con VIH, calculándose una prevalencia en población de 15 años y más de 0,6% (84,3% hombres y 15,7% mujeres) (6). Con respecto a los casos confirmados, estos experimentaron un alza sostenida desde 2012 a 2018 para disminuir en 2019 y 2020, alcanzando una tasa de 25,7 por 100.000 habitantes el 2021. Las mayores tasas de casos nuevos confirmados se observaron en el grupo de 25 a 29 años, especialmente en hombres (7).

Tanto los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) como la Agenda de Salud Sostenible para las Américas (ASSA2030), contemplan dentro de sus metas poner fin a la epidemia del SIDA para 2030, para lo cual se han fijado múltiples estrategias relacionadas con la prevención y el tratamiento del VIH. Se considera que, para acabar con el SIDA como una

amenaza para la salud pública antes de 2030, se requiere una reducción de 90% en nuevas infecciones por VIH y muertes relacionadas con el SIDA (8).

Así, la anterior estrategia 90-90-90 promocionada por ONUSIDA en la década pasada ha aumentado sus metas para el período 2025 a 95-95-95, es decir, se espera que 95% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico, 95% de las personas diagnosticadas reciban terapia antirretrovírica continuada y 95% de las personas que reciben terapia antirretrovírica deben tener supresión viral" (9 y 10). Se estima que, para Chile, estas cifras correspondían a 89%, 77% y 97% respectivamente para 2021 (8).

Durante la década anterior, la meta establecida en los Objetivos Sanitarios del país fue disminuir la mortalidad por VIH/SIDA a menos de 1,7 por 100.000 habitantes lográndose una tasa de 1,98 por 100.000 al 2020, lo que corresponde a un avance importante (9). Chile ha venido desarrollando diversas estrategias para la prevención y el tratamiento de la enfermedad, destacándose la incorporación del tratamiento a las Garantías Explícitas en Salud desde el año 2005. El año 2018, se lanza el Plan Nacional de VIH/SIDA e ITS que busca disminuir la transmisión del VIH a través de estrategias de testeo y prevención combinada, aumentar la detección precoz y fortalecer la red de atención de VIH, entre otras medidas (9). Este plan fue actualizado en 2021, generando líneas específicas de promoción y prevención para poblaciones clave, con el fin de mejorar y asegurar el acceso y oportunidad de estas a las prestaciones de salud (8).

Para esta década se ha definido como objetivo de impacto disminuir las nuevas infecciones por VIH en sintonía con las metas de los ODS y de ASSA2030. La tasa de incidencia estimada para Chile a través del software SPECTRUM fue de 0,24 cada 1.000 habitantes para 2020 (10). La meta propuesta corresponde a una reducción del 10%, lo que corresponde a 0,22 cada 1.000 habitantes al 2030. En cuanto a los RE, se han definido tres líneas de acción con sus correspondientes indicadores: prevención, diagnóstico y tratamiento, las que se espera contribuyan a alcanzar la cifra 95-95-95.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
1.1	Disminuir la incidencia de VIH/SIDA	Tasa de incidencia de infección por VIH por 1.000 habitantes según SPECTRUM	≤ 0,22 por 1.000 habitantes
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
1.1.1	Fortalecer las estrategias de prevención del VIH/SIDA	Número de campañas de prevención del VIH/SIDA para la población	1 anual
1.1.2	Aumentar la detección de la infección por VIH	Cobertura de tamizaje de VIH en población de 15-29 años iniciada sexualmente	57,7%
1.1.3	Fortalecer el ingreso precoz y la adherencia a tratamiento	Porcentaje de personas de 15 a 49 años que viven con VIH que son notificadas con CD4 < 200 cel/µl	28,6%

1.2. Tuberculosis

La tuberculosis (TB) es la infección por agente único que más muertes causa en el mundo. Se considera una enfermedad curable y prevenible para lo cual es esencial el diagnóstico oportuno y el tratamiento de los casos, lo que permiten disminuir la progresión de la enfermedad y cortar la cadena de transmisión (1). Esta patología está fuertemente asociada a la vulnerabilidad socioeconómica, el hacinamiento y la malnutrición.

A nivel mundial, en 2021 enfermaron 10,6 millones de personas y fallecieron 1,6 millones por TB. Las regiones más afectadas son Asia Sudoriental, África y el Pacífico occidental (2). La Región de las Américas tiene una incidencia media la que fue de 98 casos por 100.000 habitantes para 2021 representando el 2,9% de los casos mundiales (3).

En Chile, la disminución de la incidencia de TB logró alcanzar el umbral de la eliminación el año 2000 (4). Con este antecedente el país se propuso eliminar la tuberculosis como problema de Salud Pública, meta que fue plasmada en los objetivos sanitarios de las décadas anteriores. Sin embargo, la disminución de la incidencia se fue volviendo más lenta y desde 2015 se observa una tendencia al aumento (5). Esta situación se atribuye a la concentración de la enfermedad en poblaciones vulnerables, dentro de estas se encuentran las personas migrantes, las personas privadas de libertad, las personas en situación de calle, aquellas que presentan problemas de abuso de alcohol o drogas, las personas viviendo con VIH, entre otras (6).

Tanto los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) como la Agenda de Salud Sostenible para las Américas (ASSA2030), contemplan poner fin a la epidemia de la tuberculosis para 2030. La estrategia mundial "Fin a la tuberculosis" de la OMS fija como metas para el 2035 reducir en un 95% las muertes y un 90% la incidencia de esta enfermedad con respecto a 2015, además de asegurar que ningún hogar enfrente costos catastróficos debido a la tuberculosis. Dicha estrategia se basa en tres pilares: detección temprana, tratamiento y prevención de la tuberculosis centrada en el paciente; políticas sectoriales e intersectoriales para la cobertura universal de salud y el abordaje de los determinantes sociales; y la intensificación de la investigación e innovación para nuevas herramientas, intervenciones y estrategias (7).

En Chile, el Programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PROCET) creado en junio de 1973, beneficia a toda la población, independiente de su situación previsional. Sus acciones son gratuitas para todas las personas y sus normas se cumplen en todos los niveles de la estructura del Sistema de Salud. Este programa incluye medidas de prevención mediante la vacunación BCG a los recién nacidos y diagnóstico y tratamiento de la

tuberculosis latente; intervenciones de pesquisa, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis activa sensible y resistente a fármacos, e intervenciones enfocadas al estudio de los contactos (8). En los últimos años se han incorporado nuevas tecnologías diagnósticas, reemplazando la antigua baciloscopía por pruebas moleculares con una cobertura nacional. Además, se ha fortalecido la red de laboratorio para el diagnóstico de tuberculosis resistente a fármacos y se han adquirido los medicamentos más modernos, tanto para el tratamiento de la tuberculosis latente como para la tuberculosis farmacorresistente.

Durante la década anterior, la meta establecida en los Objetivos Sanitarios fue disminuir la incidencia de tuberculosis a menos de 5 casos por 100.000 habitantes, concretándose solo un avance discreto con una incidencia al 2020 de 12,4 por 100.000. Sin embargo, esta cifra está influida por la baja pesquisa relacionada a la emergencia sanitaria, por lo que sin esta situación Chile habría experimentado un retroceso (9).

Para esta década se ha definido como objetivo de impacto lograr una tasa de incidencia menor a 10 por 100.000 habitantes para 2030, lo que corresponde a posicionar a Chile como un país de baja incidencia para tuberculosis. En cuanto a los RE, se han definido tres líneas de acción con sus correspondientes indicadores: prevención, diagnóstico precoz y adherencia al tratamiento.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
1.2	Disminuir la incidencia de tuberculosis	Tasa bruta de incidencia de tuberculosis todas las formas por 100.000 habitantes	< 10 por 100.000 habitantes
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
1.2.1	Fortalecer la prevención de la tuberculosis	Proporción de contactos que terminan su tratamiento para la infección tuberculosa latente	90%
		Porcentaje de personas con VIH que terminan su tratamiento de la infección tuberculosa latente	90%
1.2.2	Aumentar la detección precoz de la tuberculosis	Porcentaje de casos de TB pulmonar diagnosticados respecto de los estimados	90%
		Porcentaje de casos de TB pulmonar confirmados por bacteriología pesquisados en la Atención Primaria	50%
1.2.3	Fortalecer la adherencia al tratamiento en tuberculosis	Proporción de pacientes con tuberculosis activa sensible a fármacos egresados con éxito del tratamiento	90%

1.3. Enfermedades zoonóticas y vectoriales

Las enfermedades zoonóticas y vectoriales son enfermedades infecciosas transmitidas desde los animales al ser humano y representan el 75% de las enfermedades emergentes y reemergentes en las últimas décadas. Pueden ser producidas por diversos agentes existiendo más de 200 tipos de zoonosis identificadas a nivel mundial. Las enfermedades vectoriales son infecciones transmitidas con la intervención de un vector, como mosquitos u otros insectos, y estas dan cuenta del 17% de todas las enfermedades infecciosas, siendo muchas de ellas también zoonóticas (1-3).

A nivel regional, el Plan Estratégico de la OPS tiene el propósito de eliminar las enfermedades zoonóticas y vectoriales como problema de salud pública bajo el enfoque de Una Salud. A esto se suma la Iniciativa de Eliminación de Enfermedades que compromete la eliminación de más de 30 enfermedades transmisibles y condiciones relacionadas para el 2030 (4-8).

En Chile, las enfermedades zoonóticas y vectoriales más relevantes por magnitud corresponden a la enfermedad de Chagas, la equinococosis/hidatidosis y síndrome cardiopulmonar por hantavirus. A esto se suman las estrategias relacionadas a la vigilancia de arbovirosis, malaria y rabia humana variante canina para prevenir casos autóctonos. En la década anterior, estas tres enfermedades se mantuvieron sin casos autóctonos (9).

Respecto a la enfermedad de Chagas, esta es una parasitosis causada por *Trypanosoma cruzi* endémica en 21 países de América Latina Se estima que 6 millones de personas se encuentran infectadas y el principal mecanismo de transmisión corresponde a la picadura de triatominos, pudiendo también transmitirse mediante transfusiones, trasplantes, de madre a recién nacido y por vía oral. La infección congénita tiene una incidencia de al menos 15.000 casos anuales en la región (4). En Chile corresponde a la principal parasitosis, diagnosticándose 1.500 casos nuevos por año con una mortalidad de 0,4 por 100.000 habitantes (10). La Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 reportó una seropositividad IgG de 1,2% en la población general. Actualmente, la forma de transmisión remanente en el país corresponde a la vía vertical, dado que las otras vías se encuentran bajo control y en vigilancia. Durante la década 2011 a 2020, el OI de lograr que el 95% de los niños con Chagas congénito terminen tratamiento tuvo un avance discreto, logrando un 72% (9).

En cuanto a la equinococosis/hidatidosis, la incidencia es variable entre los países afectados (11). En el país es considerada una enfermedad endémica, con una tasa de incidencia que oscila entre 1,8 y 2,5 casos por 100.000 habitantes y una mortalidad menor a 0,3 por 100.000 habitantes (12). Con relación al síndrome cardiopulmonar por hantavirus, la tasa de incidencia anual varía entre 0,15 y 0,49 casos por 100.000 habitantes (37 a 91 casos totales

al año) presentándose la mayor parte de ellos en meses de verano, la tasa de mortalidad es baja pero su letalidad puede llegar a 50% (13). Ninguna de estas dos enfermedades tuvo metas específicas en la estrategia anterior.

Para la década 2021 – 2030 se ha definido como OI disminuir la incidencia de enfermedades zoonóticas y vectoriales, definiéndose un indicador para las enfermedades que no presentan casos autóctonos en Chile y otro para la enfermedad de Chagas en relación infección en mujeres gestantes.

Es importante relevar que el dengue es la arbovirosis que causa el mayor número de casos en la Región de las Américas, con epidemias que ocurren de manera cíclica cada 3 a 5 años. Si bien Chile no ha registrado casos autóctonos a nivel continental, sí han existido brotes en la Isla de RapaNui. Esta situación podría cambiar considerando la actual presencia del vector en las regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá y Valparaíso (Aconcagua) (14). Respecto a la malaria, la Región de las Américas ha mostrado una tendencia a la disminución entre 2000 y 2020, concentrándose los casos en Venezuela, Brasil y Colombia (15). En Chile desde 1945 no se reportan casos autóctonos, aunque el mosquito transmisor sigue estando presente en valles y quebradas de las regiones del norte. Finalmente, el último caso de rabia reportado en Chile fue el año 2013, el cual no tuvo desenlace fatal. Este caso fue el caso 80 reportado en el país desde 1950 (16).

En cuanto a la enfermedad de Chagas, el indicador seleccionado corresponde a un proxi de la transmisión vertical del *Trypanosoma cruzi* y la pesquisa en mujeres embarazadas es una estrategia en implementación que permite tanto identificar a los recién nacidos infectados para su tratamiento como evaluar el éxito de la estrategia de pesquisa preconcepcional. El año 2020 la tasa de gestantes infectadas fue de 2,7 por 1.000 nacidos vivos con una cobertura de tamizaje de un 64% en el sistema público (17).

Los resultados esperados, se priorizaron indicadores de vigilancia epidemiológica, intervenciones ambientales y estrategias de tamizaje y tratamiento para los grupos prioritarios en enfermedad de Chagas.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
1.3	Disminuir la incidencia de casos de enfermedades zoonóticas y vectoriales	Incidencia de casos autóctonos de enfermedades zoonóticas y vectoriales seleccionadas*	0 casos
		Tasa de gestantes infectadas por *Trypanosoma cruzi* por 1.000 recién nacidos vivos	≤ 2,4 por 1.000 recién nacidos vivos
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
1.3.1	Fortalecer la vigilancia y control de agentes vectoriales y zoonóticos bajo el enfoque de Una salud	Porcentaje de casos-brotes notificados de zoonosis priorizadas que cuentan con investigación epidemiológica-ambiental realizadas dentro de plazos y documentos normativos definidos	100%
		Porcentaje anual de controles vectoriales de foco y perifoco iniciados dentro de las 24 horas hábiles en regiones con detecciones de mosquitos de importancia sanitaria	100%
1.3.2	Disminuir el riesgo de transmisión de agentes de impacto para salud pública	Porcentaje de embarazadas tamizadas para enfermedad de Chagas Porcentaje de mujeres en edad fértil en programa preconcepcional y control de la fecundidad tamizadas para enfermedad de Chagas en regiones priorizadas	80% Aumentar 60% respecto de la línea de base
		Porcentaje de intervenciones ambientales de prevención y control en casos notificados de hidatidosis de menores de 15 años	100%
1.3.3	Fortalecer el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno	Porcentaje de niños(as) menores de 2 años con enfermedad de Chagas congénita que ingresan a tratamiento farmacológico	90%
		Porcentaje de mujeres en edad fértil confirmadas con enfermedad de Chagas que ingresan a tratamiento farmacológico	40%

*Enfermedad de Chagas por transmisión vectorial, malaria continental, enfermedad por arbovirus continental y rabia humana variante canina.

1.4. Enfermedades transmisibles en vías de eliminación

La OPS ha priorizado un listado de enfermedades para alcanzar prontamente su eliminación como problema de salud pública mediante establecimiento diversas estrategias (1). En el año 2010, los Estados miembros de la OPS se comprometieron a impulsar la Iniciativa de Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil (ETMI) de la infección por el VIH y la sífilis, y en 2016 se aprobó un plan de acción para incluir la eliminación de la transmisión materno-infantil de otras enfermedades transmisibles como la hepatitis B y la enfermedad de Chagas (ETMI plus). En 2019 los Estados Miembros de la OPS aprobaron la Iniciativa de Eliminación de Enfermedades: una política para un enfoque integrado y sostenible de las enfermedades transmisibles en las Américas, comprometiéndose a eliminar más de 30 enfermedades transmisibles y afecciones relacionadas para 2030 (1-3).

Dentro de las enfermedades en eliminación, la difteria, el tétanos y el tétanos neonatal, la poliomielitis por virus salvaje, la rubéola congénita, el sarampión y la hepatitis B son enfermedades inmunoprevenibles. La evaluación de final de período de la Estrategia Nacional de Salud 2011- 2020 mostró que el país logró mantener la meta de cero casos para poliomielitis por virus salvaje, hepatitis B de transmisión vertical, rubéola congénita y sarampión (4). El tétanos neonatal también y la difteria también se han mantenido en cero casos desde 1996 (5).

En cuanto a aquellas enfermedades no inmunoprevenibles, Chile no presenta casos de cólera desde 1998 y no existen casos autóctonos de lepra (6). En el caso de la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis y enfermedad de Chagas, aún se requiere del fortalecimiento de las intervenciones. En hepatitis C, la existencia de fármacos curativos arroja buenas expectativas sobre su eliminación futura.

La tasa de transmisión materno infantil de VIH fue de 2,3% en 2019, siendo la meta de menos de 2%, mientras que la tasa de sífilis congénita fue de 0,3 por 1.000 recién nacidos vivos, teniendo como meta mantenerse en menos de 0,5 por 1.000. Para la enfermedad de Chagas, la transmisión materno infantil es de 0,15%, aunque la meta supone 90% de los casos diagnosticados, tratados y vigilados, lo que en Chile no se cumplió para la década anterior (1-2). En el caso de la hepatitis C, las tasas de incidencia tienen una tendencia a la baja, llegando a 1,7 casos por 100.000 para el año 2021, siendo la meta reducir un 90% de la incidencia respecto al 2015 (1,4).

Es conocido que estas enfermedades suponen un alto riesgo de secuelas severas y muerte para los hijos e hijas de madres que las portan. No pesquisar y tratar en forma oportuna significa, en algunas de ellas como la sífilis congénita, consecuencias inmediatas como

hipoacusia profunda u otras deformaciones. En otros casos, significa secuelas de más largo plazo, incluyendo la portación crónica de estos agentes infecciosos, con los consecuentes riesgos de desarrollo futuro de enfermedades: cáncer hepático en el caso de infección por virus de la hepatitis B (VHB) o síndrome mega-chagásico para la enfermedad de Chagas. En el caso de la hepatitis C, el desarrollo de cirrosis y cáncer hepático son parte de la historia natural de la enfermedad sin tratamiento (7).

En el país, la sífilis es actualmente la principal infección de transmisión sexual, evidenciándose un aumento significativo del 65% en la tasa de casos notificados entre 2010 y 2019, y alcanzando 31,4 casos por 100.000 habitantes. La incidencia es mayor en hombres jóvenes, pero en mujeres, incluidas mujeres gestantes, también se ha visto esta tendencia al aumento, lo que representa un riesgo de aumento de sífilis congénita (4).

En la actualidad, existen intervenciones factibles de implementar para avanzar hacia la eliminación de estas enfermedades, usando herramientas y tecnologías existentes. Los programas de vigilancia epidemiológica, vacunación, tamizaje universal de la gestante y el correspondiente tratamiento y seguimiento de los casos, según corresponda en cada diagnóstico, son ejemplos de intervenciones exitosas que deben seguir reforzándose.

Para la década 2021 – 2030 se ha definido como OI disminuir el riesgo de reintroducción o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación, definiéndose un indicador para aquellas que están eliminadas en el país, y otro para sífilis congénita. Los resultados esperados se relacionan con las coberturas de inmunización, la vigilancia epidemiológica para las enfermedades eliminadas, y la cobertura de tratamiento para hepatitis C y sífilis en gestantes.

Cadena de Resultados y Marco de Medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
1.4	Disminuir el riesgo de reintroducción o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación	Incidencia de casos autóctonos de enfermedades seleccionadas en eliminación: poliomielitis, difteria, sarampión, cólera, tétanos neonatal, rubéola congénita, lepra	Mantener 0 casos
		Tasa de sífilis congénita	< 0,5 niños/as con sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos corregidos
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
1.4.1	Mantener o mejorar coberturas de inmunización	Porcentaje de niños(as) de 1 año con esquema primario completo de vacunación hexavalente (poliomielitis, hepatitis B, difteria, tétanos, tos convulsiva, *H. influenzae* B)	≥ 95%
		Porcentaje de niños(as) de 1 año con una dosis de vacunación tres vírica (sarampión, rubéola y paperas)	≥ 95%
1.4.2	Reforzar la vigilancia epidemiológica y preparar la respuesta en salud pública	Cobertura de medidas de bloqueo de contactos de casos confirmados de enfermedades transmisibles de sarampión, rubéola y poliomielitis	100%
		Proporción de casos sospechosos de sarampión, poliomielitis, difteria, tétanos neonatal, rubéola congénita y cólera que tienen estudio epidemiológico	100%
1.4.3	Mejorar la detección, tratamiento y manejo precoz de las enfermedades transmisibles en eliminación	Proporción de casos confirmados por hepatitis C que inician tratamiento	> 90%
		Cobertura de tratamiento inicial de la sífilis en gestantes	≥ 95%
1.4.4	Aumentar la percepción de riesgo sobre las enfermedades transmisibles en eliminación en la población y en el equipo de salud	Número de campañas comunicacionales sobre las enfermedades transmisibles en eliminación ejecutadas	1 anual

1.5. Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son enfermedades que afectan al sistema respiratorio alto y bajo, siendo principalmente de origen vírico y en menor proporción, bacteriano o mixto. Son la causa principal de morbimortalidad por enfermedades infecciosas en el mundo y afectan en especial a los niños y personas mayores. Además, constituyen un importante motivo de demanda de atención en los servicios sanitarios, determinando elevados costos en el sistema de salud y produciendo ausentismo escolar y laboral (1,2). Las últimas pandemias han estado asociadas a cuadros de enfermedades respiratorias agudas, como la Influenza A H1N1 el 2009 y SARS-CoV-2 el 2020, lo que ha evidenciado el riesgo permanente de la aparición de nuevos agentes o variantes de virus ya conocidos, que podrían volver a impactar a nivel global y local en la morbimortalidad de este tipo de enfermedades.

Según el análisis de la OMS, Chile aún conserva tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias por sobre la mayoría de los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). Uno de cada 10 pacientes que fallecen en Chile, lo hacen por causa respiratoria, manteniéndose esta proporción estable en el último decenio, y situándose en el tercer lugar entre las causas generales de muerte. Entre las enfermedades respiratorias las que presentan mayor peso relativo de defunciones son el grupo específico de influenza y neumonía, las que constituyen una de las principales causas de mortalidad en personas mayores de 65 años. Las personas mayores concentran el 87,7% de la mortalidad total por IRA (3).

Hasta 2016 la tasa estandarizada de mortalidad por IRA tuvo una tendencia a la baja lo que se modifica desde 2017, antes de la pandemia de SARS-CoV-2 llegando a 18,07 en 2019. En 2020 la mortalidad fue de 9,98 por 100.000 habitantes, cumpliendo con la meta planteada en los Objetivos Sanitarios de la década. Sin embargo, esta cifra está influida por la pandemia por SARS- CoV-2, que disminuyó la mortalidad por otros agentes respiratorios. El aumento de la morbimortalidad por IRA en nuestro país tiene relación con la circulación viral de agentes más agresivos asociado a una población más envejecida y con mayores factores de riesgo (4).

A nivel global, en las poblaciones de mayor riesgo, menores de 5 años y mayores de 65 años, las estrategias para disminuir la mortalidad por IRA se enmarcan en acciones de promoción y prevención que incluyen programas de vacunación, fomento de hábitos de vida saludable, saneamiento básico, reducción de la contaminación ambiental y aseguramiento del acceso

a servicios de salud. En el caso de los niños, las medidas también incluyen el fomento de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses (5).

En consonancia con estas medidas globales, Chile mantiene como parte de su abordaje sectorial la implementación de medidas promocionales, preventivas y de cuidado en torno a las IRA. De esta manera la vacunación es un pilar fundamental, existiendo anualmente una campaña de vacunación anti-influenza, gratuita y obligatoria para los grupos objetivo (6). Las estrategias de vacunación incluyen, la vacunación contra enfermedades invasoras por *Streptococcus pneumoniae* en grupos específicos; la vacuna hexavalente, que incluye la protección contra *H. influenzae* tipo b (Hib); la vacuna contra sarampión; la vacuna contra SARS- CoV 2 y la inmunización con anticuerpo monoclonal contra el VRS (7).

La cobertura de vacunación anti-influenza para personas mayores ha variado a lo largo de los años. El 2020 se alcanzó una cobertura de 84,8%, una de las más altas de la década, sin embargo, no logró la meta planteada de 95%. En los menores de un año con esquema completo de vacunación antineumocócica, la cobertura se ha mantenido sobre el 90%, aunque tampoco alcanza la meta de 95%. Finalmente, en cuanto a la vacuna antineumocócica para personas de 65 años, anualmente presenta coberturas cercanas al 20% y el 50% de la población de personas mayores estaba protegida contra el neumococo en 2020 (4).

Sumado a lo anterior y con el fin de detectar precozmente y atender de forma oportuna los cuadros de IRA, el país cuenta con una estrategia basada en la Atención Primaria de Salud a lo largo de todo el país: las denominadas salas IRA-ERA, que se componen de equipos interdisciplinarios, con apoyo radiológico y de laboratorio. Esta estrategia se intensifica operativamente durante los meses en que aumentan considerablemente las infecciones respiratorias, lo que se conoce como Campaña de invierno, y que se traduce en un aumento de la capacidad de las salas, además de la reconversión de camas hospitalarias y un fortalecimiento de las acciones que se desarrollan en el sector para favorecer la inmunización.

Por otra parte, el tratamiento ambulatorio de la IRA baja en niños menores de 5 años y la neumonía adquirida en la comunidad de personas de 65 años y más, están incorporados en las Garantías Explícitas de Salud, asegurado de esta forma el acceso, la oportunidad, la calidad de la atención y la protección financiera (3).

Para la década 2021 – 2030 se ha definido como OI disminuir la morbimortalidad por infecciones respiratorias agudas, siendo el indicador la tasa de mortalidad ajustada. Debido al comportamiento cíclico de las IRA se ha definido como meta el promedio entre la tasa más alta y la más baja del periodo anterior sin incorporar 2020. Los resultados esperados se

relacionan con las coberturas de inmunización, el tratamiento y seguimiento, y la vigilancia epidemiológica.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
1.5	Disminuir la morbimortalidad por infecciones respiratorias agudas (IRA)	Tasa de mortalidad por IRA ajustada por 100.000 habitantes	< 16,1 por 100.000 habitantes
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
1.5.1	Disminuir el riesgo de presentar infecciones respiratorias agudas	Porcentaje de personas mayores que reciben vacunación anti-influenza	≥ 85%
		Porcentaje acumulado de personas adultas mayores (65 años y más) que reciben vacunación antineumocócica	≥ 80%
		Porcentaje de niños(as) de 1 año con esquema completo de vacunación antineumocócica	> 95%
1.5.2	Mejorar el acceso y tratamiento de calidad en la atención por infecciones respiratoria agudas	Porcentaje de niños menores de 12 meses con riesgo severo de morir por neumonía que reciben visita domiciliario integral	≥ 55%
		Proporción de menores de 5 años que ingresan al GES de IRA de manejo ambulatorio y reciben atención kinésica dentro de 24 horas desde que son diagnosticados	99%
		Proporción de personas de 65 años y más que ingresan al GES de neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio que tienen confirmación diagnóstica dentro de las 48 horas desde la sospecha	99%
1.5.3	Reforzar la vigilancia epidemiológica y preparar la respuesta en salud pública	Cobertura de centros centinelas para el monitoreo de la circulación de virus que causan enfermedades respiratorias	20%
		Proporción de la población que se realiza screening a influenza mediante métodos moleculares	85%

OE 2 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

	Tema	Objetivo de impacto	Meta 2030
2.1	Cáncer	Disminuir la mortalidad prematura por cáncer	Tasa de AVPP <1.602 por 100.000 habitantes
2.2	Enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares	Disminuir la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares	Tasa de mortalidad por ACV < 29,6 por 100.000 habitantes
			Tasa de mortalidad por IAM < 25,9 por 100.000 habitantes
			Cobertura efectiva de la Hipertensión arterial > 33,2%
2.3	Diabetes mellitus	Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la diabetes mellitus	Cobertura efectiva de la Diabetes Mellitus > 44,4%
2.4	Enfermedad renal crónica	Disminuir la progresión de la enfermedad renal crónica	Tasa de incidencia de hemodiálisis crónica < 17,5 por 100.000 beneficiarios FONASA menores a 65 años
2.5	Enfermedades respiratorias crónicas	Disminuir la morbimortalidad por enfermedades respiratorias crónicas	Tasa de mortalidad por enfermedad respiratoria crónica < 16,3 por 100.000 habitantes
2.6	Alteraciones musculoesqueléticas	Disminuir la prevalencia de dolor crónico asociado a alteraciones musculoesqueléticas	Prevalencia dolor crónico severo de origen no traumático < 26,1%
2.7	Condiciones mentales	Reducir la morbilidad y mortalidad en exceso asociada a condiciones mentales	Razón de mortalidad post egreso hospitalario ≤ 2,7
2.8	Trastornos bucodentales	Mejorar el estado de salud bucal de la población	Porcentaje de niños y niñas de 6 años de edad libres de caries > 31%
			Prevalencia de calidad de vida negativa asociada a problemas de dentición en población de 65 y más años < 20,7%
2.9	Discapacidad y dependencia	Disminuir la discapacidad severa y la dependencia	Prevalencia de alteración de capacidad severa en población de 15 años y más < 15,2%
			Prevalencia de dependencia severa en población de 65 y más años < 17,2%

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son patologías de curso prolongado, que evolucionan lentamente y que frecuentemente necesitan tratamiento y atención a largo plazo, logrando en pocas ocasiones y rara vez una curación total (1). El aumento sostenido de estas enfermedades en las últimas décadas se asocia al envejecimiento poblacional y a las condiciones sociales estructurales que determinan cambios en los estilos de vida individuales, entre otros factores (2).

La transición epidemiológica del siglo XX implicó la disminución de las muertes y discapacidad por enfermedades transmisibles y un aumento de las ENT (2). No obstante, muchas de las ENT son prevenibles en gran medida, a través de la construcción de trayectorias de vida saludables, sumado al abordaje y control de sus principales factores de riesgo (3,4).

En conjunto, las ENT representan cerca del 70% de la carga de enfermedad mundial, siendo cuatro grupos de enfermedades las responsables del 80% de las muertes prematuras: enfermedades cardiovasculares, cánceres, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes (5).

En Chile, al igual que en la mayoría de los países, las ENT son la principal causa de muerte, y se estima que representan el 82% de la carga de enfermedad en el país (6). Las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos en conjunto dan cuenta de más de la mitad de las muertes (7).

La agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible propone reducir la mortalidad prematura total por enfermedades no transmisibles (ENT) en un tercio para 2030. En base a ello y a las prioridades nacionales, los objetivos estratégicos de las ENT incluyen: 1) Disminuir la mortalidad prematura por cáncer; 2) Disminuir la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares; 3) Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la diabetes mellitus; 4) Disminuir la progresión de la enfermedad renal crónica; 5) Disminuir la morbimortalidad por enfermedades respiratorias crónicas; 6) Disminuir la prevalencia de dolor crónico asociado a alteraciones musculoesqueléticas; 7) Reducir la morbilidad y mortalidad en exceso asociada a condiciones mentales; 8) Mejorar el estado de salud bucal de la población; 9) Disminuir la discapacidad severa y la dependencia; y 10) Enfrentar los desafíos específicos de enfermedades como: artritis reumatoide, enfermedades poco frecuentes, trastorno del espectro autista y donación y trasplante de órganos y tejidos.

2.1. Cáncer

El cáncer corresponde a un conjunto de enfermedades relacionadas al crecimiento descontrolado de las células (1). Se producen por una combinación de factores genéticos, biológicos, exposiciones ambientales, desarrollo de infecciones crónicas, de estilos de vida no saludables y determinantes sociales de la salud (2). Su incidencia aumenta con la edad por lo que al menos el 40% de los casos nuevos se diagnostican en personas mayores de 65 años (3).

A nivel mundial, cada año se producen cerca de 19,2 millones de casos nuevos (4). El cáncer de pulmón es el más común en el caso de los hombres y el cáncer de mama en el caso de las mujeres, independiente del nivel de desarrollo de los países (5). En el caso de América Latina, la incidencia de cánceres se estimó en 4 millones para el 2020, siendo los más frecuentes el de pulmón, colorrectal y próstata para el caso de los hombres; y mama, pulmón y colorrectal en las mujeres (6). Si bien es un problema que afecta a todos los países cerca del 70% de las muertes por cáncer se registran en países de ingresos bajos y medianos (7-9). En 2020 el cáncer produjo casi 10 millones de defunciones, representando la primera o segunda causa de muerte prematura en 134 países y generando altos costos económicos y sociales (9).

En Chile, la estimación de incidencia de cáncer para 2020 fue de 180 por 100.000 habitantes, cifra inferior a la incidencia mundial (9). Las tasas más altas corresponden a cáncer de próstata, estómago, piel no melanoma, tráquea, bronquio y pulmón, colon y testículo para los hombres; y cáncer de mama, piel no melanoma, vesícula biliar, cuello uterino, estómago y colon para las mujeres. Los tumores malignos son la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares y la primera causa de AVISA, con el 15% del total de años de vida perdidos ajustados por discapacidad en 2019 (10).

Entre el 30% y 50% de todos los cánceres son prevenibles, por lo que implementar estrategias preventivas primarias y secundarias son las intervenciones que se consideren las más efectivas para disminuir la morbimortalidad. Por ello diversos organismos internacionales incentivan la creación de marcos normativos integrales y multidimensionales (11). La OMS señala que los programas nacionales para el control del cáncer deben focalizarse en la reducción de la incidencia y mortalidad, el mejoramiento de la calidad de vida de los afectados y la prevención de las enfermedades crónicas con las cuales comparte gran cantidad de factores de riesgo (12)

La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 definió como OI reducir la tasa de mortalidad por cáncer, lográndose durante la década una reducción sostenida de este indicador y

cumpliendo con la meta mediante el alcance de una tasa ajustada de 93,6 por 100.000 habitantes (13).

En la actualidad, la población cuenta con los beneficios garantizados por la Ley 19.966 (GES) que incluye el diagnóstico y tratamiento de todos los cánceres en menores de 15 años, quince cánceres en adultos y el programa de alivio al dolor y cuidados paliativos. También incluye estrategias preventivas como la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), el tratamiento para *Helicobacter pylori* y colecistectomía, entre otros (14). Existen además programas de detección precoz de cáncer cérvico uterino y mama, ambos incluidos en el examen de medicina preventiva.

En los últimos años Chile a avanzado en la sistematización de las intervenciones sobre el cáncer, a través de la creación del Plan Nacional del Cáncer 2018-2028 y sus planes de acción del adulto e infantoadolecente, lo que permitirá abordar todos los niveles de intervención en la historia natural de la enfermedad, además de incentivar la investigación y la participación ciudadana, y fortalecer la red oncológica y los sistemas de registro (15,16). Además, durante 2020 se aprobó la Ley Nacional del Cáncer que permite dar un sustento legal a las iniciativas desarrolladas (17).

Para la década 2021 – 2030 se ha definido como OI disminuir la mortalidad prematura por cáncer, siendo el indicador la tasa de AVPP. En la década anterior esta tasa tiene una leve tendencia a la baja, con 1633 AVPP observados por 100.000 habitantes para el 2019 y 1602 AVPP estandarizados por 100.000 habitantes. En base a las proyecciones se ha establecido la meta de lograr una tasa estandarizada menor que la del 2019. En cuanto a los RE, estos se han focalizado en cuatro ejes: vigilancia, prevención, detección precoz y calidad de la atención.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
2.1	Disminuir la mortalidad prematura por cáncer	Tasa de años de vida potenciales perdidos (AVPP) por cáncer por 100.000 habitantes, ajustada por sexo y edad	< 1.602 AVPP por 100.000 habitantes
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
2.1.1	Fortalecer la vigilancia del cáncer	Porcentaje de regiones que cuentan con registro poblacional de cáncer	50%
2.1.2	Fortalecer la prevención de cáncer	Porcentaje de población de 15 años con esquema completo de vacunación de VPH.	90%
2.1.3	Aumentar la detección precoz de cáncer	Cobertura de tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de 25 a 64 años	≥ 70%
		Cobertura de tamizaje de cáncer de mama en mujeres de 50-69 años	≥ 70%
2.1.4	Fortalecer la cobertura y calidad de la atención de cáncer	Porcentaje de cumplimiento de garantía de oportunidad de confirmación diagnóstica GES oncológicos	100%
		Porcentaje de cumplimiento garantía de oportunidad de inicio de tratamiento GES oncológicos	100%
		Porcentaje de ingresos a rehabilitación integral por causa oncológica	22%

2.2. Enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte a nivel mundial y dentro de ellas destacan especialmente los infartos agudos al miocardio (IAM) y los accidentes cerebrovasculares (ACV). Estas condiciones están estrechamente relacionadas con factores de riesgo modificables como el tabaquismo, una dieta poco saludable, el sedentarismo, el consumo riesgoso de alcohol y enfermedades crónicas como hipertensión o diabetes. Además, su distribución se ve influida por determinantes sociales y económicos, afectando con mayor severidad a los grupos más vulnerables. Por ello, su prevención y control representan un desafío sanitario prioritario que requiere intervenciones integrales y equitativas (1,2).

Se estima que más de 500 millones de personas tendrían una ECV cada año a nivel mundial y cada año mueren más de 18,6 millones de personas por esta causa representando el 31% del total de muertes en el mundo (2,3). Aunque se ha visto una tendencia a la disminución de la mortalidad, en especial en países de altos ingresos, análisis recientes señalan que la mortalidad por ECV ha comenzado a aumentar nuevamente (3).

En el caso de Chile, la ECV también corresponden a la primera causa de muerte, con una tasa de 149 por 100.000 habitantes para 2020 y una tasa de mortalidad específica para IAM y ACV de 41 por 100.000 habitantes para cada una. La tendencia de la mortalidad en la década pasada para este grupo tiene una leve tendencia a la disminución, a pesar de que existe un aumento de la población susceptible debido a envejecimiento y el aumento de la prevalencia de los factores de riesgo (4). En este sentido, el análisis de los egresos hospitalarios muestra que las enfermedades del sistema circulatorio representaron el 7,6% del total de egresos para 2011, lo que aumentó a 8,6% para 2022 (5).

Las estrategias que han demostrado ser efectivas para disminuir la mortalidad por ECV se basan en la modificación de los factores de riesgo y estilos de vida mencionados, además de la implementación de estrategias de prevención secundaria y el acceso al tratamiento farmacológico oportuno. En Chile se han aplicado programas y entre las que destacan el tamizaje de los principales factores de riesgo; la incorporación al GES del tratamiento del ACV y IAM, hipertensión arterial y diabetes mellitus; la instalación del Programa de Salud Cardiovascular en la atención primaria que ha mostrado aumento progresivo en las tasas de compensación de los principales factores de riesgo metabólicos; la implementación de la estrategia HEARTS y, más recientemente, la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), que modifica la lógica programática de atención avanzando hacia una provisión de cuidado integral, continuo y centrado en las personas (6-8).

En la década anterior, la meta de la Estrategia Nacional de Salud fue aumentar la sobrevida de las personas con estas ECV, logrando una sobrevida al primer año post egreso de 74, 8% para ACV y de 85,6% para IAM (9). Para la década actual se han definido indicadores relacionados a la disminución de mortalidad para IAM y ACV y aumento de la cobertura efectiva de hipertensión arterial. En cuanto a los RE se plantean metas relacionadas a prevención primaria y secundaria, cobertura y calidad de la atención, tratamiento oportuno y rehabilitación.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
2.2	Disminuir la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares	Tasa de mortalidad por ACV por 100.000 habitantes, ajustada por edad y sexo	< 29,6 por 100.000 habitantes
		Tasa de mortalidad por IAM ajustada por edad y sexo por 100.000 habitantes	<25,9 por 100.000 habitantes
		Cobertura efectiva de la hipertensión arterial en la población	> 33,2%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
2.2.1	Aumentar la prevención primaria y secundaria de las enfermedades cardiovasculares	Cobertura de prevención secundaria con estatinas en personas con IAM y ACV	80%
		Cobertura de prevención secundaria con antiagregante plaquetario en personas con IAM y ACV	70%
2.2.2	Aumentar la cobertura y calidad de la atención en personas con hipertensión arterial	Cobertura efectiva de hipertensión arterial en atención primaria	80%
		Tasa de hospitalizaciones por hipertensión arterial	≤ 12,4 por 100.000 habitantes
2.2.3	Aumentar el tratamiento oportuno del ACV y el IAM	Porcentaje de personas hospitalizadas por ACV isquémico, que recibieron trombólisis intravenosa o trombectomía mecánica	12%
		Porcentaje de personas que se hospitalizaron por IAM con supradesnivel del segmento ST, que recibieron trombólisis intravenosa o angioplastia	100%
2.2.4	Fortalecer la cobertura de rehabilitación a personas con ACV y IAM	Porcentaje de cobertura de rehabilitación en atención cerrada en personas hospitalizadas por enfermedades cardíacas	30%
		Porcentaje de cobertura de rehabilitación en atención cerrada en personas hospitalizadas por ataque cerebrovascular (ACV)	90%

2.3. Diabetes mellitus

La diabetes mellitus (DM) hace referencia a un grupo de enfermedades crónicas de tipo metabólico que afecta la forma en que el organismo utiliza la glucosa en la sangre. La DM tipo 1 se debe a una ausencia de insulina y debuta generalmente en la infancia, y la DM tipo 2 se caracteriza por deficiencia relativa de insulina y es más frecuente en personas mayores de 40 años. La hiperglicemia está asociada a daño en múltiples órganos y aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular (1).

La prevalencia mundial de DM aumentó de 4,7% a 10,5% entre 1980 y 2021 y la DM tipo 2 representa más del 90% de esta (2). En Chile, la prevalencia de DM tipo 2 aumentó de 6,4% en 2003 a 12,3% en 2016-2017, siendo de 26,8% en personas de 65 años y más. La prevalencia de DM tipo 2 se asocia a factores de riesgo que contribuyen a su aparición, como el sobrepeso, el sedentarismo y factores genéticos, y varía según el nivel educacional (3,4).

En cuanto a la mortalidad, globalmente se ha observado un aumento del 5% entre 2007 - 2021, representando el 12,2% de las defunciones entre personas de 20 y 79 años y dando cuenta de 70,9 millones de años de vida saludables perdidos (1,5).

En Chile, la tasa de mortalidad por DM fue de 19 por 100.000 habitantes para 2020 y la mortalidad prematura (30 a 69 años) fue de 10,8 por 100.000 alcanzando la meta establecida en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 (6,7). Esta disminución de la mortalidad y aumento de la prevalencia se ha traducido en una tendencia al aumento de las complicaciones de la enfermedad. Por ejemplo, la tasa de egresos hospitalarios debidas a pie diabético llegó a 22,5 por 100.000 para 2019, siendo de 15,5 por 100.000 en el 2010 (7).

Los lineamientos de los organismos internacionales contemplan acciones en prevención y control de la enfermedad, pero también sobre factores de riesgo y protectores, fortalecimiento de los sistemas de salud y la vigilancia e investigación (8). En Chile, además de las políticas de promoción de salud, se han establecido distintas políticas para la pesquisa precoz y el tratamiento de la DM, entre las que destacan la pesquisa a través del Examen de Medicina Preventiva, el Programa de Salud Cardiovascular y la Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas, con reforzamiento de la oferta para el control de los pacientes y de sus complicaciones (9, 10). Además, tanto la DM tipo 1 como tipo 2 y gran parte de sus complicaciones se encuentran incluidas en el GES (11).

Para la década 2021-2030 se ha definido mejorar la cobertura efectiva de la DM como OI, y los RE se relacionan a cobertura y calidad de la atención y pesquisa de complicaciones.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
2.3	Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la diabetes mellitus	Cobertura efectiva de la diabetes mellitus	> 44,4%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
2.3.1	Aumentar la cobertura de tratamiento de personas con diabetes mellitus	Cobertura efectiva de DM tipo 2 en personas de 15 y más años, en atención primaria de salud.	≥ 80%
2.3.2	Mejorar la calidad de la atención de las personas con diabetes mellitus	Tasa observada de hospitalizaciones evitables	≤ 97,6 por 100.000 habitantes
		Tasa de amputación por DM tipo 2 en personas de 15 y más años	≤ 20,3 por 100.000 habitantes
2.3.3	Aumentar la pesquisa oportuna y manejo precoz de complicaciones	Cobertura de fondo de ojo en personas con DM tipo 2	≥ 80%
		Cobertura de estratificación de riesgo de ulceración en personas con DM tipo 2	≥ 90%
		Cobertura de ECG en personas con DM tipo 2	≥ 80%

2.4. Enfermedad renal crónica

La enfermedad renal crónica (ERC) se define como la alteración persistente de la función renal producida por un grupo heterogéneo de enfermedades o condiciones que afectan distintas estructuras del riñón y que dura al menos 3 meses. Se caracteriza por la pérdida gradual de la capacidad de filtración glomerular, cuyo manejo depende de la etapa de evolución (1).

El riesgo de padecer ERC aumenta con la edad, y con la presencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades del corazón, consumo de tabaco y la obesidad, entre otras. A su vez, las personas con ERC presentan mayor morbimortalidad que el resto de la población, en especial por enfermedades cardiovasculares, las que constituyen la principal causa de muerte en este grupo (2).

La prevalencia de ERC varía entre un 5% a un 13% según el país siendo además más frecuente en los niveles socioeconómicos más bajos (3-5). En Chile, la prevalencia de ERC en personas de 18 y más años en etapas más avanzadas (III, IV y V) aumentó de 2,5 a 3,2% entre 2009-2010 y 2016-2017 y esta población tiene una alta prevalencia de hipertensión arterial (86,2%) y diabetes mellitus (31,2%) (6). Además, el número de personas en hemodiálisis se incrementó anualmente en 4,9% promedio, entre los años 2015 y 2019 y las personas en peritoneodiálisis han aumentado anualmente 5% en promedio entre 2015 y 2020. En cuanto a trasplantes renales entre los años 2013 y 2020 el número se ha mantenido entre 175 y 311 (7).

En cuanto a la mortalidad, cada año muere más de 1 millón de personas por insuficiencia renal no tratada (8), representando el 2,5% del total de muertes a nivel mundial. La ERC representa el 1,6% de la carga de enfermedad mundial total, medida a través de años de vida saludables perdidos (DALY) (9). A nivel latinoamericano, la tasa de mortalidad ajustada de 15,6 por 100.000 habitantes para 2019. En Chile, la mortalidad en mayores de 15 años fue de 6,73 por 100.000 habitantes para 2018, con una tendencia a la baja, y de 2,74 por 100.000 habitantes en población entre 30 y 69 años (10).

La estrategia para el abordaje de la salud renal en Chile considera cuatro lineamientos generales: promoción de la salud y prevención de la ERC, vigilancia activa y pesquisa a nivel local, integración de niveles de atención y abordaje integral de la ERC avanzada. A lo anterior, se suman las estrategias poblacionales y de factores de riesgo metabólico comunes a varias enfermedades no transmisibles (7). La prevención secundaria de la progresión de la ERC se garantiza en el GES, así como su manejo en etapas avanzadas a través de trasplante renal, peritoneodiálisis y hemodiálisis (11).

La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 definió líneas de acción destinadas a reducir la progresión de la ERC, sin embargo, el OI de disminuir las personas que ingresan a hemodiálisis experimentó un retroceso, aumentando de 11,02 a 13,86 por 100.000 menores de 65 años. Además, los dos resultados esperados planteados para la década no fueron evaluables (12). Para esta nueva década, el OI se medirá en población beneficiaria FONASA menores a 65 años, en la cual al 2020 la incidencia fue 18,5, y estableciéndose como meta una incidencia menor a 17,5. Respecto a los RE, se avanzó en los registros necesarios para monitorizar los indicadores a través del REM, por lo que el tamizaje de ERC y la cobertura de tratamiento se repiten para esta década como estrategias, además de avanzar en la comunicación del tema a la población y la cobertura de atención a través de telemedicina.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
2.4	Disminuir la progresión de la enfermedad renal crónica	Incidencia de hemodiálisis crónica en población beneficiaria FONASA menor a 65 años	< 17,5 por 100.000 beneficiarios FONASA menores a 65 años
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
2.4.1	Mejorar la comunicación estratégica sobre ERC, factores de riesgo y complicaciones en la población general	Plan anual de estrategia comunicacional respecto a enfermedades no transmisibles en SEREMIs y Servicios de Salud	100%
2.4.2	Aumentar el tamizaje y diagnóstico oportuno en personas con factores de riesgo	Cobertura de tamizaje de enfermedad renal crónica en pacientes con DM tipo 2 bajo control	90%
2.4.3	Aumentar la cobertura efectiva del tratamiento integrado de ERC	Cobertura de atención de telenefrología en personas con enfermedad renal crónica etapa 3b	≥ 16%
		Cobertura de tratamiento con IECA o ARA II en personas con enfermedad renal crónica y diabetes mellitus tipo 2 que están bajo control en el programa de salud cardiovascular en atención primaria de salud	80%

2.5. Enfermedades respiratorias crónicas

Las enfermedades respiratorias crónicas (ERCr) son afecciones que comprometen a los pulmones o vías respiratorias y que generan una alta demanda asistencial a nivel global debido a sus complicaciones o exacerbaciones frecuentes. Diversas exposiciones pueden ser causantes de estas patologías, dentro de los cuales los más relevantes son el humo de tabaco, la contaminación intradomiciliaria y la exposición ocupacional a polvos, humos y productos químicos. Las más comunes son por asma en todas las edades y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en los mayores de 45 años (1-3)

En la actualidad, cerca de 334 millones de personas padecen asma, enfermedad crónica más frecuente en la infancia y que afecta al 14% de los niños y niñas del mundo. Además, se estima que 65 millones de personas padecen de EPOC moderado a grave, siendo una causa importante de discapacidad y muerte (1,4) En la Región de las Américas, estas enfermedades produjeron una tasa de 670,3 AVPP por 100.000 habitantes en 2019 (4).

Los datos de Chile muestran una alta prevalencia de síntomas respiratorios crónicos en población adulta y un autorreporte de asma bronquial de 5,4%. Estudios locales en Santiago muestran una prevalencia de EPOC de 17% en mayores de 40 años y sobre u 10% de asma en niños (5-9). Además, en 2007 estas enfermedades produjeron 110.748 años de vida saludables perdidos y el 6% del total de fallecimientos (10). La mortalidad por ERCr bajó de 13,5 por 100.000 habitantes en 2011 a 8,4 en 2020, cumpliendo con la meta establecida para la década en la Estrategia Nacional de Salud (11).

En la prevención y control de las ERCr las estrategias más relevantes son aminorar o suspender la exposición a factores de riesgo, controlar los síntomas y evitar sus complicaciones. En esta línea, en Chile existe una serie de iniciativas, políticas y programas entre los cuales destacan las políticas para evitar muerte y enfermedad atribuible al consumo de tabaco (Ley del tabaco y Ley N° 21.258), los programas de vacunación contra neumococo, influenza y COVID-19, los programas IRA-ERA para la atención sanitaria, los programas de oxigenoterapia ambulatoria, los programas de ventilación mecánica invasiva o no invasiva en niños y adultos, y la incorporación del diagnóstico y tratamiento de la EPOC y asma bronquial en el GES (12).

Para esta década, se actualizó la población de referencia para el ajuste de tasas de mortalidad, con lo que la tasa ajustada para 2019 fue de 17,5 por 100.000 con tendencia a la baja. Con ello, la nueva meta al 2030 es disminuir a mortalidad a menos de 16,3 por 100.000. Los RE se enfocan en prevención de complicaciones a través de la vacunación, cobertura de tratamiento y de rehabilitación.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
2.5	Disminuir la morbimortalidad por enfermedades respiratorias crónicas	Tasa de mortalidad por enfermedad respiratoria crónica ajustada por edad y sexo por 100.000 habitantes	< 16,3 por 100.000 habitantes
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
2.5.1	Aumentar la prevención secundaria en enfermedad respiratoria crónica	Cobertura de vacunación para la influenza en personas con asma (15 años y más) y EPOC (40 años y más)	85%
		Cobertura de vacunación polisacárida 23 valente en personas de 65 años y más con asma y EPOC	85%
2.5.2	Fortalecer pesquisa y tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica	Cobertura efectiva de enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC) en atención primaria	≥ 22%
2.5.3	Fortalecer la rehabilitación en la enfermedad respiratoria crónica	Porcentaje personas con diagnóstico de EPOC que finalizan programa de rehabilitación pulmonar en Sala IRA-ERA	≥ 5%

2.6. Alteraciones musculoesqueléticas

Las alteraciones musculoesqueléticas son la principal causa de discapacidad en todo el mundo y representan el factor que más contribuye a la necesidad de servicios de rehabilitación en niños y adultos. La discapacidad generada por estas condiciones ha aumentado en las últimas décadas y se proyecta que continúe en aumento (1). Estas alteraciones comprenden más de 150 condiciones de presentación aguda o crónicas y muchas de ellas se asocian a además a dolor crónico.

Este grupo y abarca desde alteraciones d que repercuten por largo tiempo en el funcionamiento y pueden causar discapacidad permanente. Muchas de las alteraciones musculoesqueléticas se manifiestan con dolor, el cual puede ser crónico (2).

Se estima que 1.710 millones de personas sufren de alteraciones musculoesqueléticas a nivel mundial, con una prevalencia cercana al 20% de la población y aproximadamente 149 millones de AVD (17% del total). Son así mismo responsables del 5,9% del total de años de vida ajustados por discapacidad (DALY) a nivel global (1)

En Chile, la prevalencia de alteraciones musculoesqueléticas al 2019 se estima en 29,1%, con una incidencia de 4.179 en 100.000 habitantes, representando el 22,3% de los AVD y al 10,9% del total de DALY (3,4). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2016-17, la prevalencia de dolor de origen musculoesqueléticos en los últimos siete días fue de 28,6 (4). El estudio de prevalencia del dolor crónico realizado en 2014 mostró una prevalencia de 32% y en un 65% de estos casos se asoció a alteraciones musculoesqueléticas dentro de los cuáles el lumbago y la artrosis son las causas más frecuentes (5).

El espectro del manejo va desde los aspectos preventivos relacionados con factores de riesgo, que suelen ser comunes a otras enfermedades crónicas, hasta tratamientos quirúrgicos complejos, pasando por el amplio arsenal farmacológico y de terapias físicas. El componente de rehabilitación resulta particularmente crucial y por ello la OMS puso en marcha la Iniciativa Rehabilitación 2030, que hace énfasis en la disponibilidad de rehabilitación, su integración en todos los niveles de atención y la comprensión de esta como un servicio de salud esencial (1).

En Chile, el tema ha sido abordando fundamentalmente desde la salud ocupacional, existiendo numerosas normativas relacionadas a las enfermedades profesionales. Desde el ámbito de la enfermedad común, el GES incorpora el tratamiento quirúrgico de escoliosis en personas menores de 25 años; la endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa; las ayudas técnicas para personas de 65 años y más; el tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de

cadera o rodilla, leve o moderada, y el tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar.

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

En la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, el OI relacionado al puntaje de discapacidad no fue evaluable. Para esta nueva década se ha establecido centrarse en la prevalencia de dolor crónico, teniendo como meta disminuir el dolor crónico severo a menos la prevalencia de la Encuesta Nacional de Salid 2016-2017. Respecto a los RE, estos se refieren a mejorar la pesquisa de escoliosis en estudiantes, mejorar la cobertura de la rehabilitación en atención primaria y favorecer la reintegración laboral en menores plazos.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
2.6	Disminuir la prevalencia de dolor crónico asociado a alteraciones musculoesqueléticas	Prevalencia de dolor crónico severo (EVA >3/10) de origen musculoesquelético no traumático	< 26,1%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
2.6.1	Aumentar la pesquisa oportuna de alteraciones musculoesqueléticas crónicas en niños, niñas y adolescentes	Porcentaje de estudiantes con diagnóstico de escoliosis y dorso curvo ingresados al programa de servicios médicos de JUNAEB	3,0%
2.6.2	Aumentar la cobertura de intervenciones en promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de alteraciones musculoesqueléticas, en nivel primario de atención	Tasa de ingresos a rehabilitación en APS por condiciones de salud musculoesquelético que causan dolor, en población de 15 y más años	1.986 por 100.000 inscritos APS
2.6.3	Favorecer el reintegro laboral a través de un manejo integral de las alteraciones musculoesqueléticas en la población laboralmente activa	Porcentaje de personas con diagnóstico médico de origen musculoesquelético que presentan más de 60 días de reposo laboral otorgados en el último año	≤ 7%

2.7. Condiciones mentales

Las enfermedades mentales constituyen una de las principales causas de carga de enfermedad dado la discapacidad que producen (1). Existe una gran variedad de trastornos mentales, siendo los de mayor carga de enfermedad la depresión, los trastornos ansiosos, el trastorno bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, la dependencia al consumo de alcohol y drogas, y las discapacidades intelectuales (2).

Se estima que cerca de mil millones de personas a nivel mundial padecen algún tipo de trastorno mental (3). La depresión, considerada una de las principales causas de discapacidad, afecta a más de 264 millones de individuos. Asimismo, el trastorno bipolar afecta aproximadamente a 45 millones de personas, mientras que la esquizofrenia se presenta en alrededor de 21 millones. Por otro lado, la demencia afecta a cerca de 50 millones de personas (1).

Los trastornos psiquiátricos tienen un impacto negativo sobre la calidad de vida y los costos en salud y aumentan el riesgo de morir (3- 5). Por ello, la salud mental ha tenido una importancia creciente en el concierto internacional como parte de las enfermedades no trasmisibles.

El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS (6), derivó en el Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020 de OPS (7), cuyo fin fue, entre otros, ofrecer atención, intensificar la rehabilitación, enfatizar la recuperación y promover los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y por uso de sustancias para reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad. Además, el efecto de la pandemia en los sistemas de atención en salud mental llevó a la adopción de la Política para Mejorar la Salud Mental (8), aprobada por la 30° Conferencia Panamericana de Salud en septiembre de 2022, la cual pretende orientar a los países de la Región de las Américas frente a la carga de problemas ya expuestos.

En Chile, el año 2000 surgió el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría que establecía un modelo basado en una atención inserta en la comunidad. Además, existen 5 problemas de salud cubiertos por el GES: esquizofrenia, depresión, consumo perjudicial de alcohol y drogas en menores de 20 años, trastorno bipolar y Alzheimer y otras demencias. Con ello las personas que padecen estas patologías pueden contar intervenciones sanitarias que buscan entregar oportunidad, accesibilidad, calidad y protección financiera. A partir del 2017, se implementó el nuevo Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 en base al cual se lanzó, en 2021, el plan de acción de salud mental 2019-2025 (9-10). Finalmente, este mismo

año, se aprueba la Ley 21.331 sobre reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental.

En la década 2011-2020, los resultados obtenidos en esta temática reflejan importantes desafíos. La discapacidad reflejada en los días de licencia médica asociada a trastornos mentales subió hasta un promedio de 3,3 días en 2019, reflejando un retroceso, y la discapacidad reflejada en las dificultades de las personas afectadas para realizar actividades de la vida diaria no pudo ser evaluado. Así mismo, seis de los ocho RE no pudieron ser evaluado, y los otros dos relacionados a la calidad de tratamiento presentaron retroceso.

Para la presente década, el OI se relaciona a la mortalidad en exceso por causa psiquiátrica, y se seleccionaron tres RE sobre cobertura y calidad de la atención, protección de derechos y reducción de estigma.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
2.7	Reducir la morbilidad y mortalidad en exceso asociada a condiciones mentales	Razón de tasas de mortalidad estandarizadas por sexo y edad post egreso hospitalario entre egresos por causa psiquiátrica y egresos por otras causas	≤ 2,7
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
2.7.1	Fortalecer la cobertura y calidad de la atención en problemas o condiciones mentales	Tasa de horas médicas y profesionales de salud mental de especialidad ambulatoria por población beneficiaria	500 por 50.000 beneficiarios FONASA
		Promedio anual de consultorías de salud mental efectuadas por establecimientos de salud	19 consultorías por establecimiento
2.7.2	Fortalecer la protección de derechos y participación social en salud mental	Porcentaje de regiones que desarrollan instancias de salud mental participativas	100%
2.7.3	Reducir el estigma relacionado a condiciones de salud mental	Porcentaje de regiones que tienen establecimientos de atención primaria de salud que implementan estrategias de reducción del estigma hacia la salud mental, dirigidas a trabajadores de salud	50%

2.8. Trastornos bucodentales

Las enfermedades bucodentales constituyen una importante carga para el sector salud, en especial debido al elevado número de personas que las sufren. La mayoría estos son prevenibles interviniendo sobre sus factores de riesgo y pueden tratarse en sus etapas iniciales. Sin embargo, la población tiene un acceso deficiente a la atención odontológica, en especial grupos socialmente (1,2)

Dentro de los trastornos bucodentales, la pérdida grave de dientes y el edentulismo total son trastornos de elevada frecuencia que afectan especialmente a las personas mayores, siendo sus las principales causas las caries y la periodontopatía.

A nivel mundial, la enfermedad periodontal afecta a casi el 10% de la población global, aproximadamente 2.300 millones de personas padecen caries en dientes permanentes y más de 530 millones de niños y niñas sufren de caries en los dientes primarios (3). Se estima que los trastornos bucodentales alcanzan una tasa de años vividos con discapacidad (AVD) de 228,8 por 100.000 habitantes (4), mientras que el edentulismo se constituye en la tercera causa de DALY en las mujeres entre 45 a 59 años (2).

En Chile, la mayor carga está dada por la caries dental en las personas menores de 45 años y por el edentulismo en las de 45 años y más. De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, la prevalencia de lesiones de caries cavitadas fue de un 54,6%, aumentando con la edad y menor escolaridad. El edentulismo alcanzó un 17,6% en los sujetos de 65 y más años y un 22,4% de la población declara el uso de prótesis dental.

La OMS recomienda cuatro ámbitos de acción: promoción de la salud bucal; estrategias poblacionales sobre fatores de riesgo y protectores; atención centrada en las personas y fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia (1). En esta línea, la salud bucodental fue incluida en la declaración Política sobre la Cobertura Universal de Salud en 2019.

En Chile, desde el año 2000, la salud bucal se encuentra incorporada en los Objetivos Sanitarios, priorizando estrategias preventivas en menores de 20 años y se han implementado programas para el tratamiento de las principales enfermedades orales en grupos priorizados. Así, la salud oral integral ha sido incluida en el GES para niñas y niños de 6 años, adulto de 60 años y embarazada. En la última década destaca la implementación del Modelo de Intervención de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades Bucales en Párvulos y Escolares (5).

En la década anterior, las metas de impacto en salud bucal no fueron evaluables. Ya que se requería un estudio epidemiológico nacional que no se realizó. Sin embargo, los datos de la red pública de salud muestran un aumento sostenido de niños de 6 años libres de caries, alcanzando 36,6% en 2020, y una reducción del índice COPD en adolescentes de 12 años, llegando a 2 en 2020 (6).

Para la década actual, el Plan Nacional de Salud Bucal 2021- 2030 traza la hoja de ruta a mediano y largo plazo para alcanzar los objetivos. Como OI se espera mejorar el estado de salud bucal de la población, medio a través del porcentaje de niños sin caries y la calidad de vida en persona mayores relacionada a problemas de dentición. Los RE buscan promover el cuidado bucal y fortalecer la cobertura de servicios.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
2.8	Mejorar el estado de salud bucal de la población	Porcentaje de niños y niñas de 6 años sin historia de caries (índice CEOD=0) según evaluación atención primaria	> 31%
		Prevalencia de calidad de vida negativa asociada a problemas de dentición en población de 65 y más años	< 20,7%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
2.8.1	Promover el manejo adecuado de higiene y cuidado bucal en la población	Prevalencia de uso de pasta dental con flúor dos o más veces al día en población de 15 o más años	≥ 70%
		Porcentaje de población infantil (0 a 9 años) en control odontológico con bajo riesgo de caries	≥ 55%
		Porcentaje de adolescente (10 a 19 años) en control odontológico con bajo riesgo de caries	≥ 30%
2.8.2	Fortalecer la cobertura de los Servicios de Salud bucal a lo largo del curso de vida	Prevalencia de visita al odontólogo en el último año en población de 15 o más años	≥ 49%
		Cobertura de necesidad de atención odontológica resuelta en población de 15 o más años en los últimos 6 meses	≥ 64%
		Cobertura de examen de salud bucal (medido por registro COPD/ceod) en población infantil (0 a 9 años), inscrita validada	≥ 50%
		Cobertura de examen de salud bucal (medido por registro COPD/ceod) en población adolescente (10 a 19 inscrita validada	≥ 20%
		Cobertura de examen de salud bucal (medido por registro COPD/ceod) en población adulta (20 a 64 años) inscrita validada	≥ 7%
		Cobertura de examen de salud bucal (medido por registro COPD/ceod) en población adulta mayor (65 y más) inscrita validada	≥ 7%

2.9. Discapacidad y dependencia

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU, refiere que las personas con discapacidad son aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que los demás (1). A su vez, la dependencia es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de una o más deficiencias de causa física, mental o sensorial, ligadas a la falta o pérdida de autonomía, requieren de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes (externas) para realizar las actividades esenciales de la vida (2). Es así como la discapacidad se origina en la interacción de la condición de salud de la persona con su ambiente, mientras que la dependencia es una condición que puede o no acompañar a la discapacidad, habitualmente severa (3).

A nivel mundial, más de mil millones de personas viven con algún grado de discapacidad, y alrededor de 200 millones enfrentan dificultades significativas en su funcionamiento (4). Según el Banco Mundial, el 15% de la población mundial presenta algún tipo de discapacidad, siendo su prevalencia mayor en países de ingresos bajos y medianos. Entre 110 y 190 millones de personas presentan discapacidades importantes, lo que equivale aproximadamente a una quinta parte de la población global (5). Sin embargo, estas cifras no reflejan completamente las múltiples barreras sociales, culturales y estructurales que enfrentan las personas con discapacidad, quienes suelen experimentar mayores niveles de pobreza, menor acceso a la educación, peores resultados de salud y menor inserción laboral (6).

En Chile, el 16,7% de las personas de dos años y más vive con algún tipo de discapacidad, cifra que se incrementa con la edad. Un 8% de la población adulta se encuentra en situación de dependencia funcional, y esta condición afecta especialmente a quienes presentan discapacidades severas (3). La Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 reportó que el 42,9% de las personas de 15 años y más presenta alguna alteración moderada o severa en su capacidad funcional, afectando más a mujeres, personas con menor nivel educativo y adultos mayores (7). Además, el 14,2% de los mayores de 60 años presenta algún grado de dependencia funcional, proporción que asciende al 40% en mayores de 80 años (8). En cuanto a los cuidados, el 41,2% de las personas con discapacidad recibe asistencia para actividades básicas, siendo mujeres el 73,9% de quienes ejercen labores de cuidado (3).

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible establece que la discapacidad no debe ser motivo de exclusión del acceso a programas de desarrollo ni del ejercicio pleno de los

derechos humanos, incorporando siete metas explícitamente referidas a las personas con discapacidad (9). En esta línea, el programa de discapacidad de la OPS establece cuatro áreas prioritarias de trabajo: promover la equidad en salud a través de sistemas accesibles e inclusivos; mejorar los mecanismos de preparación y respuesta ante emergencias de manera inclusiva; fortalecer la recolección de datos y evidencia sobre discapacidad; y fomentar el desarrollo inclusivo basado en la comunidad como vía para implementar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (10).

En Chile, la Ley N°20.422 de 2010 establece el marco legal para la igualdad de oportunidades e inclusión social de las personas con discapacidad, definiendo entidades clave como el SENADIS, el Comité de ministros/as y el Consejo Consultivo de la Discapacidad. Desde el sector salud, se han implementado diversas estrategias para promover la rehabilitación y mejorar la calidad de vida, destacando el Plan Nacional de Rehabilitación, que busca garantizar servicios accesibles, oportunos y de calidad. Además, se han desarrollado programas como la Rehabilitación Integral en la atención primaria, el Programa de Atención Domiciliaria a personas con dependencia severa, y diversas prestaciones incluidas en GES. Complementariamente, existen iniciativas preventivas y promocionales como "Más Adultos Mayores Autovalentes" y "Chile Crece Contigo", así como programas de Rehabilitación Basada en la Comunidad, que promueven el empoderamiento y participación activa de las personas con discapacidad y sus entornos, contribuyendo a un abordaje integral de la funcionalidad y el bienestar.

Debido a cambios metodológicos, el indicador de impacto de la década anterior no pudo ser evaluado (11), Para esta década el I se relaciona con disminuir la discapacidad severa y la dependencia, y los RE dan cuenta de fortalecer el acceso a rehabilitación, a la atención de salud y a las acciones de cuidados.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
2.9	Disminuir la discapacidad severa y la dependencia	Prevalencia de nivel de alteración de capacidad severa en población de 15 y más años	< 15,2%
		Prevalencia de dependencia en población de 65 y más años	< 17,2%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
2.9.1	Fortalecer el acceso a rehabilitación y ayudas técnicas hacia personas con discapacidad	Porcentaje de personas con discapacidad que utiliza ayudas técnicas de movilidad y preservación de tejidos (muleta o bastón, andadores, silla de ruedas, cojines y/o colchones anti escaras)	32,8%
2.9.2	Fortalecer la atención de salud en las personas con discapacidad	Porcentaje de mujeres de 15 y más años con discapacidad que cuentan con tamizaje vigente para cáncer cervicouterino	≥ 80%
2.9.3	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Cobertura programa de atención a la dependencia severa	≥ 40%

2.10. Desafíos específicos: Trastorno del espectro autista, artritis reumatoide, enfermedades poco frecuentes y donación y trasplante de órganos y tejidos.

En el marco de la Estrategia Nacional de Salud al 2030, se identificó la necesidad de abordar desafíos emergentes como el trastorno del espectro autista (TEA), las enfermedades poco frecuentes (EPOF), la artritis reumatoidea (AR) y la donación y trasplante de órganos y tejidos. Estas condiciones comparten una baja prevalencia poblacional, pero una alta complejidad e impacto en la calidad de vida, además de altos costos de tratamiento y la necesidad de un abordaje integral e intersectorial (1).

Algunos datos epidemiológicos permiten dimensionar la magnitud e impacto de estos problemas de salud. Las EPOF, pese a su baja prevalencia individual, afectan a millones de personas en conjunto, con diagnósticos difíciles y tratamientos costosos. Su prevalencia global estimada entre 3,5% y 5,9%, equivalente a más de 260 millones de personas (2,3). La AR es una enfermedad inflamatoria crónica con consecuencias funcionales graves y altos costos sanitarios, con una prevalencia mundial de entre 1,0% y 1,5%, y nacional de 0,46% (4-6). El TEA, por su parte, afecta a uno de cada 160 niños a nivel global y en Chile se estima que alrededor de 19.000 menores de 20 años vivirían con esta condición, la que implica necesidades complejas de atención multidisciplinaria (7-9). Por otro lado, el aumento de enfermedades crónicas ha incrementado la demanda de trasplantes, un procedimiento costoso y altamente especializado que en Chile enfrenta importantes limitaciones debido a la baja tasa de donación (10-12).

A nivel mundial, las intervenciones frente las EPOF se han enfocado en fortalecer la colaboración, la investigación y el intercambio de conocimientos, a través de redes internacionales que buscan mejorar el reconocimiento de estas enfermedades, optimizar la coordinación de cuidados clínicos y sociales, facilitar el acceso a diagnóstico y tratamiento, establecer registros de pacientes y fomentar la participación activa de los propios afectados, así como la formación de profesionales de la salud y del ámbito social (13). En el caso de la AR, diversas organizaciones internacionales también han trabajado para visibilizar su impacto y promover mejores prácticas.

Respecto al TEA, la OMS ha promovido el fortalecimiento de las capacidades nacionales para su abordaje dentro del marco de la salud mental y las discapacidades, destacando la necesidad de avanzar en políticas públicas, formación profesional y estrategias basadas en evidencia (14). Finalmente, en cuanto a la donación y trasplante de órganos y tejidos, la Organización Panamericana de la Salud ha establecido un plan de acción 2019–2030 que

promueve el acceso equitativo, junto con marcos internacionales como la Declaración de Estambul y el Convenio del Consejo de Europa para combatir el tráfico de órganos.

En Chile se han logrado avances significativos en la atención de enfermedades raras y condiciones de salud emergentes. Desde 1992, se implementa el tamizaje neonatal para fenilcetonuria e hipotiroidismo congénito, y actualmente, el GES cubre patologías como fibrosis quística y hemofilia. Además, la Ley Ricarte Soto (Ley 20.850) ofrece cobertura financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo, incluyendo 16 enfermedades raras.

En el caso de la AR, está incorporada al régimen GES y también contemplada en la Ley Ricarte Soto para su forma refractaria.

Respecto TEA, se han establecido diversos marcos normativos que reconocen los derechos de niños, niñas y adolescentes, como la Convención sobre los Derechos del Niño, la Ley N°20.969 y la reciente Ley N°21.545 (2023), que promueve la inclusión y atención integral de las personas con TEA. En el ámbito educativo, el Ministerio de Educación ofrece apoyo a través del Proyecto de Integración Escolar (PIE) y escuelas especiales.

En cuanto a la donación y trasplante de órganos, Chile ha fortalecido su marco legal con la Ley del Donante Universal (2010), la creación de la Coordinación Nacional de Trasplantes (2011), la Ley N°20.988 sobre donación cruzada (2017) y la modificación a la Ley N°19.451 (2020), buscando mejorar la organización del sistema y fomentar una mayor tasa de donación.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Resultado esperado	Indicador	Meta 2030
2.10.1	Mejorar la atención integral en personas del espectro autista	Proporción de niños y niñas con MCHAT- R/F alterado que ingresan a tratamiento con diagnóstico de autismo y asperger	60%
2.10.2	Fortalecer la red de atención para el abordaje integral de personas con enfermedades poco frecuentes, raras o huérfanas	Contar con un modelo de atención integral para personas con enfermedades poco frecuentes, raras o huérfanas en los distintos niveles de atención y en los establecimientos públicos y privados	Modelo de atención creado e implementado
2.10.3	Mejorar la cobertura de la atención en rehabilitación de personas con artritis reumatoide	Porcentaje de personas con artritis reumatoide que accede a servicios de rehabilitación	7%
2.10.4	Incrementar la donación efectiva y disponibilidad de órganos y/o tejidos	Tasa nacional de trasplantes de órganos sólidos	32,2 por millón de habitantes
		Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica	18 donantes por millón de habitantes

OE 3 LESIONES Y VIOLENCIA

	Tema	Objetivo de impacto	Meta 2030
3.1	Accidentes de tránsito	Disminuir la morbimortalidad por accidentes de tránsito	Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito < 7,7 por 100.000 habitantes
3.2	Violencia	Disminuir la morbimortalidad asociada a violencia	Tasa de mortalidad por agresiones < 2,7 por 100.000 habitantes
3.3	Suicidio	Disminuir la mortalidad por suicidio	Tasa bruta de mortalidad por suicidio < 10,9 por 100.000 habitantes de 5 y más años

El grupo de problemas que se engloban bajo el concepto de lesiones y violencia se condice con la clasificación habitual de la OMS respecto a los grandes grupos de enfermedades. Si bien existen evidentes diferencias entre las distintas problemáticas incluidas en este capítulo, los mecanismos involucrados en la cadena causal conllevan elementos físicos externos.

El impacto en salud de la violencia no se limita a las lesiones físicas. Entre los múltiples efectos a largo plazo se encuentran los problemas de salud mental, los síndromes de dolor crónico, las gestaciones no planificadas y las infecciones de transmisión sexual. Las niñas y niños víctimas de la violencia corren mayor riesgo de consumir tabaco, alcohol y otras drogas, y de mantener conductas sexuales de riesgo, todo lo que puede asociarse a largo plazo con el desarrollo de enfermedades crónicas como las del sistema circulatorio y cánceres. Además, los consumos mencionados, en particular el de alcohol, se relacionan directamente con la generación de accidentes de tránsito, violencia y aumento del riesgo de conducta suicida grave.

La violencia produce 1,4 de millones de muertes al año, principalmente a expensas de suicidios y homicidios. Los países con mayores niveles de desigualdad económica tienden a presentar mayores tasas de mortalidad por violencia (1). En Chile, cerca de un 8% de las muertes en población general son debidas al grupo de lesiones abordadas en este capítulo y son la principal causa de muerte de la población entre 1 y 14 años, adquiriendo especial relevancia los accidentes de tránsito.

El Objetivo Estratégico de Lesiones y Violencia incluye: 1) Disminuir la morbimortalidad por accidentes de tránsito; 2) Disminuir la morbimortalidad asociada a violencia; y 3) Disminuir la mortalidad por suicidio.

3.1. Accidentes de tránsito

Los accidentes de tránsito siguen siendo un importante problema de salud pública con consecuencias sociales y económicas y se consideran una causa prevenible de muertes y lesiones. Los factores de riesgo más relevantes para su ocurrencia son el exceso de velocidad, la conducción bajo efectos de sustancias, la ausencia de uso de implementos de seguridad, la distracción en la conducción, la inseguridad de vehículos e infraestructura vial, la falta de observación de las normativas viales y la deficiencia en la atención médica. Por lo tanto, los gobiernos deben adoptar medidas para abordar la seguridad vial de manera integral e integrada, siendo necesario la participación de múltiples sectores, tales como transporte, policía, salud y educación, así como del sector privado y de organizaciones de la sociedad civil (1,2)

A nivel mundial, se estima que entre 20 y 50 millones de personas sufren lesiones severas por accidentes de tránsito todos los años (3). En Chile, la siniestralidad subió de 334 siniestros por 100.000 habitantes en 2009 a 470 en 2019, acompañando a un crecimiento del parque automotriz de un 82% en el mismo periodo (4).

Por otro lado, la mortalidad anual de personas por esta causa en el mundo alcanza a 1,3 millones, siendo los principales grupos afectados los ocupantes de automóviles (29%), los ocupantes de vehículos motorizados de 2 y 3 ruedas (28%) y los peatones y ciclistas (26%) (5). En Chile, a pesar del aumento de la siniestralidad y del parque automotriz, la mortalidad descendió de 12,4 a 8,5 por 100.000 habitantes en el periodo entre 2009 y 2019 (4). Durante la última década, las principales causas de muertes secundarias a accidentes de tránsito fueron la velocidad y pérdida de control del vehículo (29%), la imprudencia del conductor (25%), la imprudencia del peatón (23%) y alcohol en el conductor (10%) (4).

Los accidentes de tránsito causan enormes pérdidas económicas a los países debido a los costos del tratamiento de los afectados y la pérdida de productividad por muertes y discapacidad, las cuales tienden a ocurrir a edades tempranas. En Chile, este costo se estima en un 2,2% del PIB para 2019, más de 5.409 millones de dólares (6).

En la actualidad se cuenta con la definición de intervenciones de probada efectividad y específicas según las principales causas de los accidentes. Dentro de estas se cuentan mejorar las condiciones de las carreteras, resguardar el buen funcionamiento y seguridad de los vehículos, promover un comportamiento adecuado de los usuarios y garantizar una atención de emergencia oportuna y eficaz (7).

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecen a 2030 una reducción del 50% de la mortalidad por accidentes de tránsito, a partir de medidas enfocadas en la seguridad vial y

teniendo en cuenta la interdependencia con otros objetivos (7, 8). En Chile, desde los años 90 se han implementado medidas para disminuir la mortalidad por accidentes de tránsito como, por ejemplo, el aumento de las exigencias de seguridad en los vehículos, incluida la obligatoriedad de implementos tales como cinturón de seguridad, casco y sistemas de retención infantil; medidas para disminuir la velocidad máxima urbana y nuevas legislaciones que endurecen las sanciones por consumo de alcohol al conducir (Ley Emilia y Ley de tolerancia cero de alcohol). Además, se ha implementado educación vial en las escuelas. Por otro lado, desde 2017 existe la Política Nacional de Seguridad de Tránsito, la que en la actualidad se ha implementado de manera multisectorial a través de la Estrategia Nacional de Seguridad de Tránsito (6).

A pesar de ello, en la década 2011 -2020 la mortalidad por accidentes de tránsito mostró un aumento importante en 2019 y 2020, llegando a una tasa de 1,8 por 100.000 habitantes. Sin embargo, la mortalidad por accidentes de tránsito asociados a consumo de alcohol se redujo en forma significativa cumpliendo la meta de 0,7 muertes por 100.000 habitantes. Para la década actual se busca disminuir la mortalidad por accidentes de tránsito en general, que el 2019 fue de 10 por 100.000 a menos de 7,7 por 100.000 habitantes.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
3.1	Disminuir la morbimortalidad por accidentes de tránsito	Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito ajustada por edad y sexo por 100.000 habitantes	< 7,7 por 100.000 habitantes
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
3.1.1	Promover la adopción de conductas prudentes de tránsito vial	Porcentaje del uso de sistemas de retención infantiles	75%
		Porcentaje de controles negativos de drogas	90%
		Porcentaje de uso de sistemas de retención (cinturón de seguridad conductor)	95%
		Porcentaje de uso de casco en conductor de moto	99%
3.1.2	Contar con un sistema de rescate fortalecido, eficiente y oportuno, ocurrido un siniestro	Porcentaje de llamadas contestadas antes de 10 segundos	90%
		Tasa de ambulancias de rescate por población	1 ambulancia de rescate básico cada 50.000 habitantes 1 ambulancia de rescate avanzado cada 70.000 habitantes
3.1.3	Mejorar el acceso oportuno y de calidad para la atención integral del paciente	Porcentaje de egresos hospitalarios con diagnóstico de accidente de tránsito cuya condición al momento de egreso es vivo	98%

3.2. Violencia

La violencia es un fenómeno complejo en el que interactúan diversos factores, imponiéndose como un desafío para el sector sanitario, pero también para la justicia, los derechos humanos y el desarrollo de la sociedad. Las personas pueden ser víctimas de múltiples formas de violencia, y los efectos sobre la salud tienden a ser acumulativos (1). Aparte de los efectos físicos más obvios, se encuentran los efectos sobre el desarrollo cerebral, el sistema neuroendocrino y la respuesta inmunitaria produciendo aumento de trastornos mentales, mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y mortalidad prematura (2).

Las mujeres, los niños y los ancianos son quienes soportan la mayor carga de las consecuencias no fatales del abuso físico, sexual y psicológico. En el mundo, el 35% de las mujeres ha experimentado alguna vez violencia física o sexual y la mitad de los niños entre 2 y 17 años es víctima de algún tipo de violencia. Asimismo, uno de cada seis adultos mayores de 60 años ha sufrido algún tipo de abuso en el último año (3-5). A nivel nacional, el 22% de las mujeres señala haber sufrido violencia en los últimos 12 meses y el 41% ha sufrido algún episodio en su vida. Los índices de violencia contra los niños no han variado desde 2012 y siguen siendo altos, tanto en el hogar como en el espacio escolar (6-8).

Más de 1,2 millones de personas mueren cada año por violencia en todas sus formas, lo que representa el 2,5% del total de muertes a nivel global. El 61% de las muertes correspondieron a suicidios, el 33% a homicidios y el 6% restante a conflictos armados, terrorismo y conflictos con instituciones policiales (9). En Chile, la tasa de mortalidad por agresiones tiene una tendencia a la baja en la década anterior, pasando de 4,5 por 100.000 habitantes en 2011 a 2,5 en 2019 (10). En cuanto a la violencia en contra de la mujer, durante el año 2021 hubo un total de 44 casos de femicidios consumados y 163 casos de femicidios frustrados (11). Cabe destacar que la pandemia de COVID-19 y sus repercusiones socioeconómicas aumentaron el riesgo de las mujeres a parejas con comportamientos abusivos y limitaron su acceso a diferentes servicios (12).

A nivel global, diversos organismos internacionales han propuesto estrategias integrales para prevenir la violencia en niños, niñas y adolescentes, centradas en el fortalecimiento de relaciones seguras, el desarrollo de habilidades para la vida, la reducción del acceso a armas y alcohol, y la promoción de la igualdad de género. Estas estrategias han sido operacionalizadas mediante iniciativas intersectoriales dirigidas a grupos vulnerables, destacando la importancia de mejorar los sistemas de información y fomentar el trabajo coordinado entre sectores (13). Además, los Objetivos de Desarrollo Sostenible incluyen metas explícitas relacionadas con la erradicación de todas las formas de violencia y

explotación, así como acciones preventivas ligadas a la reducción de la pobreza, el acceso a servicios básicos, el desarrollo infantil, la equidad de género y la salud mental (14).

Chile, ha realizado avances para erradicar y prevenir la violencia en distintos ámbitos. Se ha desarrollado un robusto trabajo en poner fin a la violencia de género, especialmente en el plano legislativo, incorporando leyes como la de violencia intrafamiliar, tipificación del femicidio, acoso sexual y protección de personas en situación especial. En 2017 se distintas leyes para endurecer las penas por maltrato contra niños, niñas o adolescentes y en 2018 se promulgó la Ley 21.057 que resguarda a menores de edad, víctimas de delitos sexuales (15-16). Por otra parte, en el año 2010 se promulgó la Ley 20.427 que introduce el maltrato al adulto mayor en la Legislación Nacional y la Ley 21.013 que tipifica el delito de maltrato y aumenta la protección de personas en situación especial.

En la década anterior el OI estuvo enfocado en el reporte de la violencia de género, experimentándose un retroceso de sus indicadores debido al aumento de denuncias que experimentó el país. Para la década actual, la meta es disminuir la tasa de mortalidad por agresiones, concentrando los esfuerzos desde el sector sanitario en fortalecer los factores protectores y la detección y el abordaje integral de las violencias en el curso de vida.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
3.2	Disminuir la morbimortalidad asociada a violencia	Tasa de mortalidad por agresiones ajustada por edad y sexo por 100.000 habitante	< 2,7 por 100.000 habitantes
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
3.2.1	Fortalecer los factores protectores para la prevención de la violencia en el curso de vida	Porcentaje de comunas que cuentan con gestoras comunitarias en salud para el abordaje de la violencia de género	33%
3.2.2	Fortalecer la detección y el abordaje integral de la violencia en el curso de vida	Porcentaje de personas usuarias categorizadas como C2 al consultar por violencia de género en los servicios de urgencia (UEH, SAPU, SAR, SUR) del país	100%
		Porcentaje de personas atendidas por agresión sexual aguda dentro de 72 horas en servicios de urgencias	≥ 90%

3.3. Suicidio

El suicidio y las lesiones autoinfligidas constituyen un importante problema de salud pública y salud mental, con un alto impacto en términos de muertes prematuras y años de vida perdidos. Se trata de un fenómeno multifactorial, originado por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. A nivel mundial, cerca de 800.000 personas mueren por suicidio cada año, cifra que se multiplica por 20 si se consideran los intentos. Por ello, se requieren acciones preventivas focalizadas que aborden desde la ideación hasta los intentos consumados, con especial énfasis en la prevención y tratamiento de condiciones como la depresión y el consumo de alcohol y otras sustancias, las cuales han demostrado ser efectivas para reducir la tasa de suicidios (1,2).

En Chile, la tasa observada de suicidios en 2019 fue de 10,9 por 100.000 habitantes, experimentando una importante baja en el grupo de 10 a 19 años, aunque se mantiene como la principal causa de entre los 15 y 19 años (3). Según cifras de la Encuesta Nacional de Salud, un 2,2% de la población mayor de 18 años ha pensado alguna vez seriamente en suicidarse en los últimos 12 meses, el 1,5% alguna vez ha hecho un plan para suicidarse y el 0,7% alguna vez ha intentado suicidarse (4).

En cuanto a los ámbitos de acción, el gran foco de política pública está centrado en estrategias que anticipan la conducta suicida (5). Para ello, las estrategias universales de prevención tienen dentro de sus ámbitos de acción la restricción del acceso a diversos medios letales, la notificación responsable por parte de los medios de comunicación, las campañas de sensibilización a la opinión pública y la implementación de políticas de control del consumo de riesgo de alcohol (6).

Otra alternativa es la prevención selectiva del suicidio en poblaciones más vulnerables. Para ello, algunas áreas con sustento en la evidencia son el desarrollo de programas de prevención comunitarios o en el ámbito escolar, la formación y capacitación de agentes sociales o comunitarios, y el abordaje de la prevención suicida en el sector laboral.

Por otra parte, también es posible realizar acciones de intervención en quienes ya tienen un trastorno diagnosticado o ideación y comportamiento suicida establecidos como, por ejemplo, el screening en atención primaria y servicios de urgencias, tratamientos farmacológicos, intervenciones de psicoterapia y enfoques psicosociales o de seguimiento.

En la actualidad los Objetivos de Desarrollo Sostenible incluyen disminuir la tasa de mortalidad por suicidio dentro del marco de prioridades mundiales, y la Estrategia para mejorar la salud mental y la prevención del suicidio en la Región de las Américas contiene la invitación a "Hacer del suicidio una prioridad nacional de todo el gobierno y crear

capacidad multisectorial para responder a las personas afectadas por autolesiones y suicidios" (7,8).

Chile cuenta con un Programa Nacional de Prevención de Suicidio que ha significado un avance en esta materia, aunque aún con importantes aspectos a mejorar como la efectividad y oportunidad de la acción preventiva de suicidios e intentos suicidas, por lo que sus contenidos se han actualizado recientemente en el contexto del plan Construyendo Salud Mental (9).

Para esta década se ha definido como OI disminuir la mortalidad por suicidio, para lo cual se han establecido como estrategias en los RE el fortalecer la vigilancia de lesiones autoinfligidas y el acceso, calidad y oportunidad de la atención de personas en riesgo.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
3.3	Disminuir la mortalidad por suicidio	Tasa bruta de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes de 5 y más años	< 10,9 por 100.000 habitantes
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
3.3.1	Fortalecer la vigilancia de lesiones autoinfligidas intencionalmente	Proporción de servicios de urgencias que cuentan con capacidad de notificación en sistema nacional de vigilancia de lesiones autoinfligidas e intentos por suicidio	100%
3.3.2	Fortalecer el acceso, calidad y oportunidad de la atención de personas en riesgo de suicidio	Porcentaje de notificaciones en el Sistema de Gestión en Ideación o Intento de Suicidio (SIGIIS) gestionadas por la red asistencial de salud (APS y SM especialidad ambulatoria)	90%
		Porcentaje de personas usuarias en riesgo de suicidio categorizadas como C2 en servicios de urgencia	95%
		Porcentaje de actores clave comunitarios capacitados en detección y primera respuesta a personas en riesgo suicida que obtienen más del 60% en la evaluación final	85%

OE 4 ESTILOS DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO

	Tema	Objetivo de impacto	Meta 2030
4.1	Salud óptima	Aumentar la prevalencia de personas con factores protectores de salud	Prevalencia de personas con al menos 5 factores protectores de salud > 35%
4.2	Consumo de tabaco	Disminuir la prevalencia de consumo de productos de tabaco y de sistemas electrónicos de administración de nicotina y sin nicotina	Prevalencia de consumo de tabaco en el último mes en población de 12 a 64 años < 28,4%
4.3	Consumo de alcohol	Reducir el consumo de alcohol y sus consecuencias sociales y sanitarias	Prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en población de 12 a 24 años, < 12,0%
4.4	Consumo de drogas	Disminuir el consumo de drogas y sus consecuencias sociales y sanitarias	Prevalencia de consumo de drogas ilícitas en el último mes en población de 12 a 24 años < 15,0%
4.5	Conducta sexual segura	Aumentar la conducta sexual segura	Prevalencia de uso consistente de preservativo en población con 2 o más parejas durante el último año > 28,0%
4.6	Sobrepeso y obesidad	Detener la aceleración de la prevalencia de sobrepeso y obesidad a lo largo del curso de vida	Porcentaje de sobrepeso y obesidad en niños y niñas de 5 años en APS* < 39,6%
4.7	Actividad física	Aumentar la prevalencia de actividad física suficiente	Prevalencia de actividad física suficiente > 64,9%
4.8	Salud mental	Mejorar la salud mental con enfoque promocional y preventivo	Prevalencia de autopercepción buena o muy buena de salud mental y emocional > 71,9%

*Niños y niñas de 60 a 71 meses con evaluación nutricional en atención primaria

Los estilos de vida corresponden a los comportamientos y hábitos vinculados a la salud que, en interacción con factores biológicos y ambientales, pueden aumentar o disminuir el riesgo de desarrollar enfermedades. Estos estilos de vida no son decisiones individuales aisladas, sino que están fuertemente determinados por condiciones sociales, económicas, culturales, políticas y ambientales del entorno en que las personas viven y se desarrollan (1).

A nivel mundial, en 2019, los factores de riesgo conductuales fueron responsables de más de 22 millones de muertes, destacando el consumo de tabaco (15%), las dietas no saludables (14%) y el consumo de alcohol (4,5%) (2).

En Chile, estos factores fueron responsables de cerca de un tercio de las muertes en el mismo año, siendo la dieta inadecuada el principal factor (40%), seguido del consumo de tabaco (36%) y de alcohol (24%) (2).

Para abordar este desafío, las estrategias sanitarias se han enfocado principalmente en modificar los entornos que favorecen estos comportamientos, más que en intervenir directamente sobre las personas. Entre los avances logrados destacan el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) y la legislación antitabaco, que ha reducido significativamente su consumo (3). Sin embargo, persisten importantes desafíos, como las altas tasas de sobrepeso, obesidad, hipertensión y consumo problemático de alcohol y drogas. Además, se reconoce cada vez más la relación entre la salud mental y los estilos de vida (4,5).

En este contexto, el objetivo estratégico de estilos de vida y factores de riesgo busca. 1) Aumentar la prevalencia de personas con factores protectores de salud; 2) Disminuir la prevalencia de consumo de productos de tabaco y de sistemas electrónicos de administración de nicotina y sin nicotina; 3) Reducir el consumo de alcohol y sus consecuencias sociales y sanitarias; 4) Disminuir el consumo de drogas y sus consecuencias sociales y sanitarias; 5) Aumentar la conducta sexual segura; 6) Detener la aceleración de la prevalencia de sobrepeso y obesidad a lo largo del curso de vida; 7) Aumentar la prevalencia de actividad física suficiente; y 8) Mejorar la salud mental con enfoque en lo promocional y preventivo.

4.1. Salud óptima

La salud óptima se entiende como la ausencia en los individuos de un número seleccionado de factores de riesgo y estilos de vida deletéreos para la salud (1). Este concepto permite tanto abordar los estilos de vida desde el punto de vista individual como la implementación de estrategias integrales, evitando la duplicación de esfuerzos y mejorando la eficiencia de las acciones al actuar con una misma intervención sobre varios factores (2,3).

A nivel global, casi la mitad de la carga total de enfermedad medida en años de vida ajustados por discapacidad (DALY) puede atribuirse a factores de riesgo cardiovascular, muchos de ellos incluidos en el concepto de salud óptima. Destaca los niveles altos de glucosa en plasma en ayunas, el consumo de tabaco y la exposición al humo de segunda mano, el consumo de alcohol, la dieta baja en frutas y verduras, un índice de masa corporal elevado, colesterol LDL alto, presión arterial sistólica elevada y niveles bajos de actividad física (3).

En Chile, la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 mostró un 33,4% de consumo de tabaco, 98% de consumo excesivo de sal, 85% de bajo consumo de frutas y verduras; 87% de sedentarismo de tiempo libre, 12% de problemas asociados al consumo de alcohol, 46% de dislipidemia no-HDL, 34,4% de obesidad, 27,6% de hipertensión y 12,3% de diabetes (4). Según esta misma encuesta, la prevalencia de personas adultas con cinco o más factores protectores para la salud, sobre los ocho factores estudiados, fue de 37,5%, con importante diferencia entre hombres y mujeres (32,4% versus 42,6%, respectivamente) y las personas que lograron los ocho factores protectores correspondieron tan solo al 0,3% (5).

Gran parte de las estrategias para el logro de la meta de reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles de los Objetivos de Desarrollo Sostenible pasan por mejorar la salud óptima de la población (6). A su vez, esta meta se articula con la Estrategia y Plan de acción sobre la promoción de la salud, que tienen como finalidad mejorar la salud y reducir las inequidades a través de cuatro líneas estratégicas: fortalecer los entornos saludables, facilitar la participación y el empoderamiento de la comunidad, fortalecer la gobernanza y la acción intersectorial y abordar los Determinantes Sociales de la Salud, y fortalecer los sistemas y Servicios de Salud. Esta iniciativa, a su vez, se vincula con la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud de la OPS (7).

Para la construcción del indicador en este período se considera: no fumar, índice de masa corporal < 25, actividad física regular, consumo de al menos 5 porciones de frutas y verduras al día, consumo de alcohol no riesgoso, presión arterial óptima (<120/80), colesterol < 200

y glicemia bajo 100. La línea de base corresponde a 35% según lo calculado tomando como fuente la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
4.1	Aumentar la prevalencia de personas con factores protectores de Salud	Prevalencia de población de 15 y más años con al menos 5 de 8 factores protectores de salud	> 35%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
4.1.1	Fortalecer el desarrollo de ciudades, comunas y comunidades saludables y sostenibles	Porcentaje de personas que consideran su barrio o vecindario, como un lugar bueno o muy bueno para vivir	> 75,4%
4.1.2	Fomentar una alimentación saludable a lo largo del curso de vida	Prevalencia de consumo de legumbres en personas de 15 y más años	> 24,4%
4.1.3	Promover la participación, el empoderamiento comunitario y la cohesión social	Porcentaje de personas que participa activamente en organizaciones asociadas a salud	≥ 10%
4.1.4	Fortalecer la prevención de salud en atención primaria	Porcentaje de personas que poseen examen de medicina preventiva vigente	≥ 25%

4.2. Consumo de tabaco

El consumo de tabaco es una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte en el mundo. Se definen como productos del tabaco a cualquier producto elaborado total o parcialmente con hojas de tabaco, preparado para ser fumado, inhalado, masticado o chupado (1). Este hábito está directamente relacionado con seis de las ocho principales causas de mortalidad a nivel global, incluyendo cáncer, enfermedades cardiovasculares y pulmonares, diabetes, y otros trastornos graves como enfermedades del sistema inmune, musculoesqueléticas y oculares. Además, el tabaquismo afecta no solo a los fumadores activos, sino también a quienes están expuestos al humo de segunda mano, lo que incrementa la carga de enfermedad en toda la población (2).

A nivel mundial, más de 8 millones de personas mueren cada año por causas atribuibles al tabaco, de las cuales 1,3 millones corresponden a personas no fumadoras expuestas al humo ambiental. En 2020, la prevalencia global del consumo de tabaco fue de 22,3%, con una notable diferencia entre hombres (36,7%) y mujeres (7,8%). En Chile, la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 mostró que el 32,5% de la población fumaba, lo que representa un descenso significativo desde 2003. Sin embargo, Chile continúa siendo el país con mayor prevalencia de tabaquismo en la Región de las Américas (3-6).

El impacto económico del consumo de tabaco también es considerable. Se estima que los costos globales —considerando atención médica y pérdida de productividad— alcanzaron los USD $1.852 mil millones en 2012, equivalentes al 1,8% del PIB mundial (7). Frente a esta realidad, diversos países han implementado políticas públicas para reducir el consumo de tabaco, aunque muchas naciones aún enfrentan barreras importantes en su implementación. Una de las herramientas más relevantes ha sido el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS, ratificado por 182 países, que establece una serie de medidas destinadas a reducir tanto la oferta como la demanda de productos de tabaco, entre ellas la prohibición de publicidad, regulación de productos, y protección contra el humo ajeno (8).

Chile ha realizado importantes avances legislativos en esta materia. Desde la ratificación del CMCT en 2005, se han implementado reformas clave como la Ley N° 20.660 del año 2013, que prohíbe la publicidad del tabaco, restringe su venta cerca de establecimientos educativos y regula los espacios donde está permitido fumar. Además, se exige incluir advertencias sanitarias en los envases y se fortalece la fiscalización del Ministerio de Salud (9). Por otro lado, la reforma tributaria de 2014 incrementó significativamente los impuestos al tabaco, alcanzando el 83% del precio final, lo que representa una estrategia efectiva para desincentivar su consumo, especialmente en poblaciones más jóvenes y vulnerables (10).

En el ámbito de la atención sanitaria, Chile ha reforzado la detección y el tratamiento del tabaquismo desde la Atención Primaria de Salud. Existen estrategias como el tamizaje durante consultas médicas regulares, programas específicos como el de Salud Cardiovascular y el Examen de Medicina Preventiva, y la implementación de consejerías breves. También se desarrollan iniciativas de intervención breve y referencia asistida para abordar el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, como el programa DIR (11,12).

En la década pasada, se cumplió con la meta de reducir la prevalencia de consumo de tabaco en población de 12 a 64 años, alcanzando una prevalencia en el último mes de 28,6% según los datos dl Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. La meta para esta década es disminuir a menos de 28,4 este mismo indicador.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
4.2	Disminuir la prevalencia de consumo de productos de tabaco y de sistemas electrónicos de administración de nicotina y sin nicotina	Prevalencia de consumo de tabaco del último mes en población de 12 a 64 años	< 28,4%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
4.2.1	Reducir la demanda de productos de tabaco y sistemas electrónicos de administración de nicotina y sin nicotina	Edad promedio de inicio de consumo de tabaco en Chile	14,1 años
		Proporción de personas que declaran estar expuestas al humo de tabaco en su hogar	17%
4.2.2	Reducir la oferta de productos de tabaco y sistemas electrónicos de administración de nicotina y sin nicotina	Incidencia de consumo de tabaco en población escolar en el último año	7%
4.2.3	Fomentar el cese del consumo de tabaco	Tasa de cesación tabáquica a los 12 meses	30%

4.3. Consumo de alcohol

El consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo para la salud a nivel mundial, impactando negativamente en enfermedades no transmisibles, trastornos mentales, lesiones, salud materno-infantil e infecciones. Su efecto en la carga global de morbilidad es mayor que el de muchos otros factores de riesgo (1). El riesgo para la salud no depende solo de la cantidad consumida, sino también del patrón de consumo, lo que ha dado origen al concepto de "consumo de riesgo", que incluye beber en exceso por ocasión, embriaguez frecuente o consumo en contextos peligrosos como la conducción de vehículos o durante el embarazo (2,3).

A nivel global, el alcohol es responsable de una de cada 20 muertes, en su mayoría hombres. En Chile, es la droga legal más consumida y el principal factor de riesgo de muerte o discapacidad (4). La prevalencia de consumo de riesgo en adultos alcanza el 11,7%, aumentando al 16,2% entre jóvenes de 15 a 24 años (5). En escolares, casi el 30% declara haber consumido alcohol el último mes, y un 18,9% reconoce haber bebido cinco o más tragos en una ocasión (6). El daño asociado incluye desde cirrosis hasta violencia, y genera altos costos sociales y económicos, estimados en más de USD $2.200 millones anuales (7,8).

Frente a esta problemática, la OMS ha impulsado estrategias globales como la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol y su Plan de Acción 2022-2030, que promueven intervenciones costo-efectivas como elevar precios, restringir disponibilidad y publicidad, sancionar la conducción bajo efectos del alcohol, e implementar tratamientos accesibles. Estas iniciativas forman parte de los compromisos asumidos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, particularmente en la meta 3.5, que promueve la reducción del uso nocivo de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol (9,10).

Chile ha adoptado medidas relevantes, como las leyes "Tolerancia Cero" y "Ley Emilia" para sancionar la conducción bajo efectos del alcohol, y ha incrementado impuestos a las bebidas alcohólicas. También ha incorporado restricciones publicitarias y ha promovido advertencias sanitarias en el etiquetado. Desde el año 2007, el consumo de alcohol en menores de 20 años está cubierto por el GES y desde 2011, se implementan intervenciones breves en la atención primaria para el tamizaje y tratamiento del consumo de riesgo (11,12).

En la década anterior se cumplió con la meta de disminuir 10% la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años, logrando una prevalencia de 16,2 en ambos sexos según la Encuesta Nacional de Salud. Para la década actual se espera una

prevalencia menor a 12% como meta, en población de 12 a 24 años, usando como fuente de información el Estudio Nacional de Drogas en Población General. Actualmente, el país impulsa la Estrategia Nacional de Drogas 2021–2030 y su Plan de Acción 2024–2030, liderados por SENDA, con el objetivo de reducir el consumo de alcohol y otras drogas, especialmente en niños, niñas y adolescentes.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
4.3	Reducir el consumo de alcohol y sus consecuencias sociales y sanitarias	Prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en población de 12 a 24 años de edad	< 12,0%
	Resultado Esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
4.3.1	Fortalecer estrategias dirigidas a la disminución de la demanda de bebidas alcohólicas	Edad de inicio de consumo de alcohol en Chile	13,4 años
4.3.2	Fortalecer estrategias dirigidas a la disminución de la oferta de bebidas alcohólicas	Porcentaje de comunas que cumplen con la cantidad de licencias de expendio de alcohol permitidas de acuerdo con lo establecido en la Ley 19.925 sobre expendio y comercialización de bebidas alcohólicas	100%
4.3.3	Aumentar la cobertura de intervenciones breves en alcohol	Porcentaje de personas tamizadas por consumo de alcohol en Atención Primaria que tienen entre 15 y 44 años	50%

4.4. Consumo de drogas

El consumo de drogas es un problema complejo que afecta múltiples dimensiones de la sociedad, incluida la salud. Aunque suele abordarse desde distintos sectores, con frecuencia se entrelaza con enfoques de seguridad pública (1). El uso perjudicial o la dependencia de sustancias psicoactivas, como las drogas ilícitas, genera consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas, incluyendo enfermedades crónicas, discapacidades, rupturas familiares y elevados costos sociales (2).

A nivel mundial, en 2020 más de 284 millones de personas entre 15 y 64 años consumieron drogas al menos una vez en el año anterior, lo que representa un aumento del 26% en una década. Entre las sustancias más consumidas, dejando de lado tabaco y alcohol, están el cannabis, éxtasis, cocaína, anfetaminas y LSD. Además, ha crecido el mercado de drogas sintéticas y el uso no médico de fármacos (3). En Chile, el consumo de marihuana en adultos en el último año alcanzó el 13% en 2018, situando al país como líder en América Latina, y en población escolar alcanzó el 27%. También se reporta consumo de tranquilizantes sin receta, marihuana sintética y cocaína (4).

Las drogas ilícitas son un factor de riesgo para lesiones, violencia, delincuencia y enfermedades. Se estima que 35 millones de personas sufren algún trastorno por consumo de drogas (patrón nocivo de consumo de drogas o dependencia de las drogas) y medio millón fallece debido a su uso (5,6). En la Región de las Américas, en 2019 los trastornos por consumo de drogas causaron 85.984 muertes, representando el 47% de las muertes globales por esta causa (2). El impacto económico también es significativo: en Chile, el costo del consumo de drogas ilícitas alcanzó los USD $503 millones en 2006, equivalente al 0,45% del PIB (7).

Las estrategias para enfrentar el consumo de drogas son multisectoriales, e incluyen prevención, tratamiento, reintegración social, control del narcotráfico y cooperación internacional (8). Organismos como la UNODC y la OEA han impulsado planes y estrategias regionales, como la Estrategia Hemisférica sobre Drogas 2021–2025 y el seguimiento mediante el Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM) (9).

En Chile, la Estrategia Nacional de Drogas 2021–2030 del SENDA incluye programas como "Elige vivir sin drogas" y servicios de tratamiento e integración (10). Además, en la atención primaria existen programas como el de detección, intervenciones breves y referencia a tratamiento (DIR) y el diagnóstico y tratamiento a menores de 20 años con consumo de riesgo está incluido en GES.

La Estrategia Nacional de Salud de 2011 – 2020 tenía dentro de sus objetivos reducir la prevalencia de consumo de drogas ilícitas durante el último año en población de 15 a 24 años, indicador que presentó un retroceso. Para esta década, el OI es la prevalencia de consumo en el último mes en población de 12 a 24 años, medido por el Estudio de Consumo de Drogas y Alcohol del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA).

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
4.4	Disminuir el consumo de drogas y sus consecuencias sociales y sanitarias	Prevalencia de consumo de drogas (marihuana, cocaína, pasta base) en el último mes en población de 12 a 24 años	Menor a 15,0%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
4.4.1	Disminuir la vulnerabilidad individual, relacional, comunitaria con enfoque de equidad	Porcentaje de personas que perciben riesgo asociado al consumo experimental de marihuana (probar una o dos veces en la vida)	50%
		Porcentaje de personas tamizadas por consumo de drogas en Atención Primaria que tienen entre 10 y 24 años	75%
4.4.2	Aumentar el acceso y oportunidad a servicios de calidad de promoción, prevención, tratamiento e inclusión social	Porcentaje de personas de 10 a 44 años que han sido tamizadas por consumo riesgoso de drogas	3%

4.5. Conducta sexual segura

La salud sexual, según la OMS, consiste en el estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, y no solo a la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. Los aspectos relacionados con la salud sexual son de gran alcance y abarcan la orientación sexual y la identidad de género, la expresión sexual, las relaciones y el placer (1).

Las conductas sexuales de riesgo constituyen un problema de salud pública a nivel mundial, en especial en jóvenes y adolescentes. Estas conductas son aquellas que generan el riesgo de causar daño a la salud del individuo o las personas que le rodean, destacando la falta de uso de métodos anticonceptivos y tener múltiples parejas sexuales o de riesgo, las que generan consecuencias no deseadas, como el embarazo no planeado, infecciones de transmisión sexual (ITS), abortos, afectación de la salud mental, y disrupción académicas y laborales (2,3).

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, en Chile solo el 10,1% de las personas sexualmente activas mayores de 15 años reporta uso de preservativo en los últimos 12 meses, con una brecha entre hombres (12,8%) y mujeres (7,1%). En la Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género (ENSSEX) 2022-2023 el 68,8% indicó que en sus familias no se abordaban temas sexuales durante su niñez, el 44,7% califica como "muy mala o mala" la formación en sexualidad recibida en la escuela, y el 33,4% conversó con su pareja sobre prevención de embarazo o ITS antes de su primera relación sexual (4).

Por su parte, la Encuesta Nacional de Juventudes, 2022, sitúa la edad promedio de iniciación sexual en adolescentes en 15,5 años, con un promedio de 2,07 parejas sexuales en personas jóvenes en los últimos 12 meses. Además, revela que, si bien el 73,8% declara haber usado preservativo en su primera relación sexual, este porcentaje disminuye al 54% en la última relación. Adicionalmente muestra que solo el 37,7% de los jóvenes y adultos se ha realizado un test de VIH, y que el 45,9% de los jóvenes identifica correctamente las conductas de riesgo para la transmisión del VIH. Finamente, indica que un 19,8% de los jóvenes reporta haber experimentado un embarazo no planificado (5)

En los Objetivos de Desarrollo Sostenible se incluye el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva (6). Complementariamente, la OMS desarrolló la Estrategia de Salud Reproductiva, que incluye como esfera prioritaria la promoción de la salud sexual, señalado que la capacidad de las personas para lograr la salud y el bienestar sexuales depende del acceso a información integral y de buena calidad sobre el sexo y la sexualidad; el conocimiento de los riesgos y su vulnerabilidad a las consecuencias adversas de la actividad sexual sin protección; la capacidad para acceder a la atención de la salud sexual; y

la posibilidad de vivir en un ambiente que afirme y promueva la salud sexual (7). Lo anterior se refuerza con la Estrategia AA-HA "Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes, establece las intervenciones basadas en evidencia, para salud sexual y reproductiva, incluida la infección por el VIH, y con ello promover la conducta sexual segura en población adolescente y joven, en distintos niveles (8).

En Chile, desde 2008 se implementa el Programa Espacios Amigables, orientado a mejorar el acceso de adolescentes a servicios de salud, especialmente en temas de salud sexual y reproductiva. Estos espacios abordan la prevención del embarazo, infecciones de transmisión sexual (ITS), el uso de condón y la atención inclusiva a diversas orientaciones e identidades de género (9). En 2018, el Ministerio de Salud estableció la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la cual promueve el desarrollo integral con enfoque de derechos humanos y género. Esta política busca incorporar la salud sexual y reproductiva en los distintos programas de salud, incentivando estilos de vida saludables, la prevención y la atención oportuna de necesidades en este ámbito (10).

En la década anterior, la meta de aumentar el uso consistente de condón en población de 15 a 19 años tuvo un avance discreto de 2,5%, llegando a 37,1% según la Encuesta de Calidad de Vida. Para la década actual el indicador se ha definido como la prevalencia de uso consistente de condón en población con 2 o más parejas durante el último año, dato que alcanza al 28% en la Encuesta de Calidad de Vida 2015-2016.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
4.5	Aumentar la conducta sexual segura	Prevalencia de uso consistente (siempre) de preservativo en población con 2 o más parejas durante el último año	> 28,0%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
4.5.1	Fortalecer la promoción de una conducta sexual segura en la población	Tasa anual de entrega de preservativos en consejería individual en los Espacios Amigables o Diferenciados en adolescentes de 15 a 19 años	2 preservativos por consejería

4.6. Sobrepeso y obesidad

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación excesiva de grasa corporal que puede afectar negativamente la salud y se miden mediante indicadores como el Índice de Masa Corporal (IMC) (1). Múltiples factores están implicados en su desarrollo, siendo los más cercanos los hábitos alimentarios no saludables y la baja actividad física. Además, influyen fuertemente los determinantes comerciales de la salud, como las estrategias del sector privado que promueven productos poco saludables y crean entornos obesogénicos. La industrialización de alimentos, el crecimiento urbano acelerado y la globalización han transformado los estilos de vida y dificultado el acceso a una alimentación saludable (2,3).

La obesidad es un factor de riesgo para las Enfermedades No Transmisibles (ENT) como la diabetes, las enfermedades cardíacas, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer, produciendo muerte prematura y discapacidad. La obesidad infantil se asocia a problemas respiratorios, hipertensión arterial y riesgo de fracturas, además de presentar marcadores de enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y daño psicológico (4).

Desde 1975 a la fecha, la obesidad se ha triplicado en el mundo. Según estimaciones, hay más de 1.900 millones de adultos con sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones son obesos (1). En Chile, el sobrepeso y la obesidad tienen una tendencia al aumento. La Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 mostró que el 40,2% de la población chilena tiene sobrepeso, 31,4% presenta obesidad no mórbida y 3.4%, obesidad mórbida, sin diferencias significativas según sexo para todas las categorías (5). En cuanto a la obesidad infantil, entre el año 2005 y 2018, la prevalencia de obesidad de los menores de 6 años aumentó en un 40%, siendo la prevalencia en 2020 de un 12,4% en el sistema público de salud, presentando un retroceso respecto del 2011 (6).

A nivel internacional, diversas iniciativas han abordado la alimentación y la obesidad como causa y efecto, respectivamente, promoviendo lineamientos para enfrentar este problema. Un concepto clave es el de entorno alimentario obesogénico, que alude a las condiciones físicas, económicas, políticas y socioculturales que influyen en las decisiones alimentarias y el estado nutricional. Factores como el acceso a los alimentos, su promoción, la información disponible y su calidad e inocuidad, son determinantes en las elecciones de consumo. Por ello, se requieren enfoques integrales e intersectoriales que impulsen una transformación profunda de los sistemas alimentarios (7).

Desde OMS han surgido diferentes esfuerzos que demuestran la complejidad del problema. Entre ellos destaca la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (2004); el Plan de aplicación integral sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño

pequeño (2012); el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 (2013); el Plan de Acción para Prevención de la Obesidad en la Niñez y en la Adolescencia (2014); y el establecimiento del Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición 2016-2025 (2016) (8).

En Chile, el Ministerio de Salud ha impulsado diversas políticas y programas para disminuir el sobrepeso y la obesidad. Ejemplo de ello son la Ley sobre Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad, que instaló los sellos de advertencia a alimentos altos en calorías, grasa, azúcares y sal y prohíbe la publicidad dirigida a niños menores de 14 años y su venta al interior de establecimientos educacionales; la Ley de Publicidad de los Alimentos (Ley 20.869) que limita el horario de la publicidad de los alimentos "altos en" y prohíbe la publicidad de los sucedáneos de leche materna, el Impuesto Adicional a Bebidas Analcohólicas en el marco de la Reforma Tributaria, la Política Nacional de Alimentación y Nutrición, y la tercera etapa de la Ley de Alimentos, que aumenta las exigencias de reducción de nutrientes críticos en los alimentos (9).

De forma complementaria, existen medidas como los Planes Trienales de Promoción de la Salud, el Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física para familias, y el Programa Elige Vida Sana, (10). Desde el sector salud, se implementó la pesquisa de sobrepeso y obesidad mediante la medición del IMC en el Examen de Medicina Preventiva y recientemente se ha presentado la Estrategia para Detener la Aceleración del Sobrepeso y Obesidad en la Niñez y Adolescencia 2023-2030 (11).

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
4.6	Detener la aceleración de la prevalencia de sobrepeso y obesidad a lo largo del curso de vida	Porcentaje de sobrepeso y obesidad en niños y niñas de 5 años bajo control en atención primaria (con evaluación nutricional)	< 39,6%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
4.6.1	Fortalecer la prevención del sobrepeso y obesidad a lo largo del curso de vida	Prevalencia de lactancia materna exclusiva (en el control de salud infantil del 6to Mes)	62%
4.6.2	Fortalecer la fiscalización en el cumplimiento de leyes relacionadas a la alimentación saludable	Porcentaje anual de cumplimiento con la regulación de la Ley 20.606 en establecimientos educacionales	90%

4.7. Actividad física

La actividad física regular es ampliamente reconocida como un factor protector de la salud, ya que contribuye a prevenir y manejar enfermedades no transmisibles como las cardiovasculares, la diabetes tipo 2, algunos tipos de cáncer, además de mejorar la salud mental y el bienestar general (1). Se recomienda que niños, niñas y adolescentes realicen al menos 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada, mientras que en adultos se aconseja entre 150 y 300 minutos semanales de intensidad moderada, o entre 75 y 150 minutos de intensidad vigorosa. Esta práctica es beneficiosa para personas de todas las edades y capacidades (2).

Sin embargo, la inactividad física es un problema global que afecta al 27,5% de los adultos en el mundo, con mayor prevalencia en países de ingresos altos y una brecha de género persistente donde las mujeres son menos activas (3,4). En Chile, el 81,3% de las personas mayores de edad y el 94,6% de los adolescentes no cumplen con las recomendaciones mínimas, siendo esta situación más crítica en personas de nivel socioeconómico bajo (5,6).

La OMS ha generado iniciativas internacionales en esta temática, como las Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud (7) y las nuevas directrices sobre actividad física, sedentarismo y sueño enfocadas en niños menores de 5 años (8). Es así como la OPS puso en marcha el Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030 que espera reducir la prevalencia de inactividad física en adolescentes y adultos para 2030 (9).

En Chile, la Ley 19.712 señala que es deber del Estado crear las condiciones necesarias para el ejercicio, fomento, protección y desarrollo de las actividades físicas y deportivas, estableciendo una política nacional del deporte. El Ministerio del Deporte cuenta con la Política nacional de actividad física y deportes 2016-2025, que promueve el desarrollo integral, individual y comunitario de la población, mediante la práctica de la actividad física y deporte (10). Por otra parte, en 2013 surge el Sistema Elige Vivir Sano (Ley 20.670), que contribuye a generar hábitos y estilos de vida saludables y a prevenir los factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (11).

Por último, el Ministerio de Salud cuenta con Planes Comunales de Promoción de la Salud, de carácter participativo y con financiamiento intersectorial, para instalar estilos de vida saludables con foco en actividad física, alimentación saludable y vida libre de humo de tabaco (12).

Respecto a la meta de aumentar la prevalencia de actividad física suficiente en población entre 15 a 24 años, establecida en la década anterior, esta tuvo un avance discreto, alcanzando una prevalencia de 24,1% en ambos sexos. Para de década actual el indicador de impacto busca aumentar la prevalencia de actividad física suficiente en toda la población, siendo la prevalencia actual de 64,9%.

Cadena de Resultados y Marco de Medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
4.7	Aumentar la prevalencia de actividad física suficiente	Prevalencia de actividad física suficiente	> 64,9%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
4.7.1	Fortalecer la promoción de actividad física suficiente	Porcentaje de uso de bicicleta o caminata como principal transporte, una vez a la semana	50%

4.8. Salud mental

La salud mental puede entenderse como la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común (1).

La salud mental, entendida como un componente fundamental del bienestar y un derecho humano, ha cobrado mayor relevancia en la población debido a factores como el aislamiento, la incertidumbre y el limitado acceso a servicios e información. Al ser abordada más allá de los trastornos, la salud mental se entiende como un proceso dinámico que promueve la resiliencia, el sentido de propósito y la participación activa en la comunidad (2). En este sentido, garantizar entornos que favorezcan el bienestar emocional es una responsabilidad social y del Estado, y debe abordarse desde una perspectiva de derechos, equidad y justicia social.

A nivel internacional, tanto la OMS como la OPS han desarrollado estrategias y planes específicos para fortalecer ambientes promotores del bienestar y la salud mental, con un enfoque preventivo, integral y centrado en las personas. El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013–2030 es el principal marco global para el fortalecimiento de la salud mental a nivel mundial, y en este se promueven el bienestar y entornos saludables, inclusivos y protectores desde la infancia hasta la adultez, destacando el rol de la comunidad, la escuela, el trabajo y la familia (3). La estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental de OPS se alinea con el plan de la OMS adaptándolo a las necesidades de América Latina (4) y existen una serie de iniciativas complementarias como Salud mental en todas las políticas, escuelas y lugares de trabajo promotores de salud mental y el Marco de Acción para el Bienestar Mental que define el bienestar mental como un estado positivo que debe promoverse activamente, con intervenciones que incluyan acceso a naturaleza, arte, cultura, relaciones seguras, participación comunitaria y apoyo emocional (5).

En Chile, la salud mental ha adquirido un lugar prioritario en las políticas públicas, destacando la promoción del bienestar a lo largo del ciclo vital y en todos los niveles del sistema de salud. El Plan Nacional de Salud Mental (2017-2025) tiene como objetivo contribuir a mejorar la salud mental de las personas, mediante estrategias sectoriales e intersectoriales, para la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, atención garantizada de salud mental e inclusión social, en el marco del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario (1). Este enfoque se complementa con iniciativas intersectoriales que fortalecen los vínculos sociales, la educación emocional y la inclusión, reconociendo la importancia de las redes de apoyo y del entorno social en el

desarrollo de una buena salud mental. Ejemplo de ello son las acciones ejecutadas por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), el servicio Mejor Niñez, el programa Chile Crece Contigo, entre otros.

En la década anterior, la salud mental se abordó a través de los problemas y condiciones de salud mental, más que desde sus efectos preventivos. En esta nueva década se separa el tema de condiciones mentales de la salud mental, para fortalecer sus aspectos preventivos y promocionales. Así, el OI corresponde a mejorar la salud mental medida como la autopercepción de la buena o muy buena salud mental y emocional.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
4.8	Mejorar la salud mental con enfoque promocional y preventivo	Prevalencia de autopercepción buena o muy buena de salud mental y emocional	> 71,9%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
4.8.1	Fortalecer la promoción de la salud mental	Porcentaje de establecimientos de APS que cuentan con agentes comunitarios formados en estrategias para la promoción y prevención en salud mental	50%
4.8.2	Fortalecer la prevención de problemas o trastornos mentales	Porcentaje de gestantes con puntaje alterado en primera aplicación de escala de Edimburgo derivadas a evaluación de salud mental en APS	95%

OE 5 CURSO DE VIDA

	Tema	Objetivo de impacto	Meta 2030
5.1	Salud perinatal	Disminuir la morbimortalidad perinatal y materna	Mortalidad perinatal < 7,3 por 1.000 nacidos
			Razón de mortalidad materna < 14,3 por 100.000 recién nacidos vivos
5.2	Desarrollo infantil	Aumentar la prevalencia de niños y niñas que alcanzan su desarrollo integral	Prevalencia de desarrollo normal en niños y niñas menores de 5 años > 71,8%
5.3	Salud sexual y reproductiva	Mejorar integralmente la salud sexual y salud reproductiva con enfoque de derechos	Tasa de fecundidad adolescente < 5,2
			Proporción de mujeres de 45 a 64 años con afectación elevada de la calidad de vida < 45,9%
5.4	Salud ocupacional	Disminuir la morbimortalidad asociada a las condiciones y organización del trabajo	Tasa de accidentes laborales fatales por < 3,7 por 100.000 ocupados
			Tasa de incidencia de enfermedades profesional < 68,0 por 100.000 protegidos por la ley
5.5	Salud de personas mayores	Prevenir el deterioro del funcionamiento en personas mayores	Prevalencia de nivel de alteración de capacidad severa en adultos de 65 años y más < 35,8%

El enfoque de curso de vida se diferencia del ciclo vital en que considera las intervenciones o repercusiones en la salud de la persona en cualquier momento de la vida, no solo de manera individual, sino también en su entorno familiar y comunitario (1).

Desde la OPS, se ha incorporado el enfoque de curso de vida en múltiples estrategias y recomendaciones, buscando transformar una visión en un enfoque que contribuya a un cambio de paradigma en la construcción de la salud. El objetivo no solo es abordar la enfermedad, sino buscar el máximo potencial de generación de salud, entendida como el desarrollo de capacidades que permitan a los individuos y poblaciones desarrollarse de acuerdo con sus expectativas y demandas del entorno en el que viven (2).

En Chile, se ha adoptado el enfoque de curso de vida en la planificación sanitaria, donde el nivel primario se presenta como el mejor escenario para implementar acciones desde etapas tempranas de la vida, continuidad en el cuidado abarcando las distintas etapas y trayectorias de la vida de las personas, y otros factores que determinen un envejecimiento saludable y activo (1).

El Objetivo estratégico de Curso de Vida incluye: 1) Disminuir la morbimortalidad perinatal; 2) Aumentar la prevalencia de niños y niñas que alcanzan su desarrollo integral; 3) Mejorar integralmente la salud sexual y salud reproductiva con enfoque de derechos; 4) Disminuir la morbimortalidad asociada a condiciones y organización del trabajo; y 5) Prevenir el deterioro del funcionamiento en personas mayores.

5.1. Salud perinatal

La salud perinatal es entendida como el conjunto de acciones destinadas a promover un embarazo saludable, un parto respetado, un puerperio seguro y el cuidado de la salud del recién nacido hasta sus primeros días de vida. En particular, se centra en evitar la mortalidad y morbilidad perinatal, entendida como aquella que ocurre entre las 22 semanas de gestación (154 días) y los primeros 7 días de vida posterior al parto (1).

El aumento de la edad de inicio de la maternidad y el aumento de los factores de riesgo de la población adulta hacen prever que los logros alcanzados en términos de tasa de mortalidad perinatal pudieran verse amenazados. En Chile, si bien los indicadores clásicos de salud perinatal se mantienen dentro de buenos niveles comparado con el plano internacional, la pandemia por COVID-19 mostró un deterioro asociado a un retrasó los controles prenatales (2).

Dentro de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles relacionados a la salud perinatal se busca reducir la Razón de Mortalidad Materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos para 2030. Actualmente, si bien muchas regiones del mundo están por debajo de estas metas, a nivel mundial la RMM fue de 211 por 100.000 nacidos vivos para 2020 y la región de las Américas alcanzó una RMM de 73 por cada 100.000 nacidos vivos para ese mismo año (3, 4). En Chile la RMM al 2020 fue de 21 por 100.000 nacidos vivos.

En cuanto a la mortalidad perinatal, la meta propuesta en los Objetivos Sanitarios de la década pasada de reducir este indicador de 9,4 a 8,7 por 1.000 nacidos fue completamente cumplida, llegando a una tasa de 8,0 por 1.000 para 2020 (5). Sin embargo, la prematurez ha aumentado en los últimos años en el país y es la principal causa de mortalidad perinatal. Los nacidos bajo 37 semanas de gestación se incrementaron de 8,5% en 2019 a 9,5% para los años 2021. Así también, el porcentaje de nacimientos con peso bajo (menos de 2.500 gr) aumentó de 5,6% a 6,9% entre el 2003 y el 2019 (6).

A nivel global, se han establecido importantes estrategias para mejorar la salud materna y reducir la mortalidad asociada, siendo especialmente relevante una cobertura universal de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (7). La OMS aboga por establecer una promoción de la salud durante todo el proceso de embarazo, parto y atención posnatal, incluyendo la buena nutrición, la detección y prevención de enfermedades, el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y el apoyo a las mujeres que sufren violencia de pareja, todo ello centrado en los valores y preferencias de las mujeres, promoviendo su participación y empoderamiento, así como el de las familias, las comunidades y los prestadores de servicios (7).

Las intervenciones que cuentan con evidencia para la reducción de la morbimortalidad perinatal son aquellas destinadas a aumentar la accesibilidad y calidad de los servicios (8, 9). Chile tiene cultura de control de embarazo y atención profesional del parto reconocidas internacionalmente, siendo los eventos de mortalidad en recién nacidos de relevancia y preocupación en la opinión pública. En los años recientes, la salud materna e infantil se vio ampliamente fortalecida por el desarrollo del programa Chile Crece Contigo, que brinda apoyo y seguimiento personalizado a las familias, desde el primer control de embarazo y hasta los 9 años del niño o niña, focalizándose en la población más vulnerable (10).

Para esta década se busca llegar a una tasa de mortalidad perinatal menor a 7,3 por 1.000 y una RMM de menos de 14,3 por 100.000, a través de la detección oportuna de patologías, el acceso a atención especializada de quienes lo requieran, la calidad de la atención de recién nacido y el monitoreo de la mortalidad materna.

Cadena de Resultados y Marco de Medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
5.1	Disminuir la morbimortalidad perinatal y materna	Mortalidad perinatal por 1.000 nacidos	< 7,3 por 1.000 nacidos
		Razón de mortalidad materna	< 14,3 por 100.000 recién nacidos vivos
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
5.1.1	Fortalecer la detección oportuna de patologías obstétricas y perinatales	Porcentaje de gestantes bajo control prenatal con sobrepeso y obesidad, con consulta nutricional	90%
		Porcentaje de gestantes que acceden a ecografía 11 a 14 semanas en atención primaria	90%
		Porcentaje de gestantes que acceden a ecografía 22 a 24 semanas en atención primaria	75%
5.1.2	Fortalecer el acceso de gestantes que requieran atención especializada	Porcentaje de mujeres con preclamsia severa durante el parto	≤ 1,4%
5.1.3	Fortalecer la calidad de la atención al recién nacido	Porcentaje de nacidos vivos con puntaje APGAR bajo (menor de 6 a los 5 minutos)	≤ 0,8%
		Porcentaje de recién nacidos con peso > 2.500 gr que cuentan con lactancia materna precoz en la primera hora de vida	80%
5.1.4	Fortalecer el monitoreo de la mortalidad materna	Porcentaje de cumplimiento de auditorías de muertes maternas (Norma 100)	100%

5.2. Desarrollo infantil

El desarrollo infantil es un proceso de maduración a través de una progresión ordenada de habilidades perceptivas, motoras, cognitivas, lingüísticas, socioemocionales y de autorregulación. Es un proceso complejo que abarca desde el nacimiento hasta la adolescencia y se caracteriza por varios periodos críticos en los que el cerebro y el sistema nervioso central experimentan cambios significativos. Durante estos periodos, que suelen coincidir con etapas clave del crecimiento el cerebro es especialmente receptivo a las experiencias y estímulos del entorno. Esto significa que las interacciones, el aprendizaje y el cuidado que recibe un niño en estos momentos pueden tener un impacto duradero en su desarrollo cognitivo, emocional y social (1-4). Así, dentro de los factores que participan en el desarrollo, se incluyen la herencia genética y los determinantes externos como el ambiente familiar y socioeconómico (1).

El rezago en el Desarrollo Psicomotor es un factor de riesgo que, de no ser adecuadamente abordado, puede conducir a un problema en el desarrollo general. Se define como la situación en que un niño o niña no demuestra "todas las habilidades o hitos del desarrollo esperables para su rango de edad actual o para el rango anterior" a pesar de que sus puntajes globales se consideren normales (5). El rezago impacta principalmente en la posibilidad de adquirir destrezas y habilidades primordiales en la infancia, lo que a su vez determina la calidad de vida en etapas posteriores y se relaciona con peores resultados sanitarios en general.

Según un estudio del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en 17 países de América Latina y el Caribe hay 3,6 millones de niños y niñas, entre 3 y 4 años, que están rezagados en su desarrollo. Estos niños y niñas tienen mayor probabilidad de pertenecer a las familias más pobres, vivir en áreas rurales y pertenecer a algún grupo indígena o étnico (6). En Chile, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 muestran que el 18% de los niños y niñas presentó rezago y un 10% retraso en el desarrollo funcional (7).

Las intervenciones tempranas en la infancia contribuyen a mejorar inequidades en salud y muchas son de bajo costo y de aplicación relativamente poco compleja (3). Entre estas se destacan la nutrición adecuada y la estimulación temprana (6). En 2018, la OMS, UNICEF y el Banco Mundial lanzaron una estrategia para el cuidado del desarrollo infantil con foco en el cuidado de la salud, la nutrición durante el embarazo, la estimulación temprana, las oportunidades de aprendizaje y la seguridad física y psicológica (8).

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecen como meta al 2030 asegurar que todas las niñas y todos los niños tengan acceso a servicios de atención y desarrollo en la primera

infancia y una educación preescolar de calidad, a fin de que estén preparados para la enseñanza primaria (9). En Chile, una revisión reciente identificó la existencia de 59 programas que incluyen la primera infancia en nuestro país (10), cinco de los cuales contienen subprogramas relacionados con el desarrollo integral en la primera infancia. Estos programas incluyen a distintos sectores del estado como desarrollo social, justicia, trabajo, deporte, educación y salud.

La política pública más relevante en este ámbito es el subsistema Chile Crece Contigo, conformado por tres programas en el sector salud: Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP), Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN) y Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI). Este subsistema articula iniciativas, prestaciones y programas intersectoriales de manera de generar una red de apoyo para el adecuado desarrollo de los niños y niñas hasta los 9 años.

Asimismo, dentro de los programas relevantes que acompañan la trayectoria del desarrollo infantil, destaca el Programa Nacional de Salud de la Infancia, el que, a través de la supervisión de salud integral, ofrece un conjunto de prestaciones y acciones que acompañan y vigilan la trayectoria de crecimiento y desarrollo integral de los niños y niñas. Además, vincula el cuidado de la salud infantil con otros programas, tales como: programa nacional de inmunizaciones, programa de salud mental infantil, programa de alimentación y nutrición, programa de salud bucal, atención por especialistas, rehabilitación, entre otros (5).

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
5.2	Aumentar la prevalencia de niños y niñas que alcanzan su desarrollo integral	Prevalencia de desarrollo normal en niñas y niños menores de 5 años de edad	> 71,8%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
5.2.1	Fortalecer la promoción del desarrollo integral infantil con pertinencia cultural	Porcentaje de madres, padres y/o cuidadores que reciben educación grupal con foco en el desarrollo infantil y habilidades parentales (Taller Nadie es Perfecto)	10%
5.2.2	Fortalecer la detección precoz de alteraciones del desarrollo integral en niños y niñas	Porcentaje de niños y niñas de la población bajo control con evaluación del DSM realizado según edades	68,8%
5.2.3	Fortalecer la confirmación diagnóstica de los niños y niñas pesquisados con alteraciones del desarrollo	Porcentaje de cumplimiento de pertinencia en la derivación de niños y niñas a neurología pediátrica	90%
5.2.4	Fortalecer las intervenciones oportunas, adecuadas y con pertinencia cultural orientadas a la población infantil con alteración del desarrollo	Porcentaje de niños y niñas con alteración al desarrollo (déficit) ingresados a las modalidades de apoyo al desarrollo infantil (MADIS), según normativa vigente	93%

5.3. Salud sexual y reproductiva

Los derechos sexuales y reproductivos son parte fundamental de los derechos humanos y deben ser garantizados por los Estados, incluyendo el acceso a atención en salud sexual y reproductiva durante todo el ciclo de vida. Su relevancia abarca tanto dimensiones sanitarias, por su impacto en la salud, como socioculturales, por su vínculo con los roles de género (1-3). Siendo la salud sexual y reproductiva un tema amplio, en este capítulo se aborda la planificación en etapas reproductivas y la salud durante el climaterio.

A nivel mundial, sólo el 76% de las mujeres tiene sus necesidades de planificación familiar satisfechas y cerca de 74 millones de mujeres tienen un embarazo no planificado cada año (4, 5). El embarazo no planificado conduce a 25 millones de abortos inseguros y 47.000 muertes maternas al año e impone riesgos para la salud de la madre y el niño o niña, como malnutrición, maltrato, abandono e incluso la muerte (5).

En este escenario, la Organización Mundial de la Salud ha elaborado definiciones de los principales términos relativos a la Salud Sexual en conjunto con el marco para el diseño de programas (2). Dentro de estos marcos internacionales se releva el derecho de las personas a decidir el número de hijos que desean tener, evitando gestaciones no planificadas, y con ello el acceso a anticonceptivos y el uso regular de preservativos como único método que puede evitar tanto el embarazo como la transmisión de infecciones de transmisión sexual (4).

En Chile, se han implementado diversas políticas, normativas y programas para abordar la salud sexual y reproductiva de la población. Existen normas nacionales de regulación de la fertilidad. que tienen como objetivo garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, incluyendo la entrega de información, orientación y métodos anticonceptivos, respetando la autonomía y los derechos de las personas. En línea con esto, la Norma Técnica de Acompañamiento y Atención Integral a la Mujer, tiene como propósito entregar orientaciones técnicas y administrativas para la aplicación de la Ley 21.030, que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales específicas, buscando garantizar el acceso a una atención integral, segura y de calidad para las mujeres, respetando su autonomía y dignidad (6).

Una de las consecuencias de estas políticas es que la fecundidad adolescente viene bajando de manera sostenida e ininterrumpida en el país. En el año 2011 la tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 19 años era de 27,9 por 1.000 mujeres y para 2020 alcanzó 7,9 por 1.000 (7). En 2020 hubo 225 nacimientos de madres menores de 15 años (tasa de 0,36 por 1.000) y

9.535 de madres entre 15 y 19 años (tasa de 15,4 por 1.000) (8). En el nuevo período se busca continuar disminuyendo la fecundidad adolescente.

Por otra parte, la población de mujeres posmenopáusicas se encuentra en aumento a nivel global (9). En Chile, la población de mujeres entre 45 a 64 años se estima en 2 millones 360 mil (10) y durante esta etapa, la salud y calidad de vida de las mujeres puede verse alterada y existe riesgo de aumentar distintas comorbilidades, por lo que su manejo integral es fundamental (9, 10).

En el año 2014, el Ministerio de Salud elaboró la Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en el nivel primario de la red de salud (11). En este documento se refieren como objetivos mejorar la calidad de vida en este periodo climatérico a través del alivio de síntomas, reducir factores de riesgo y la pesquisa precoz de comorbilidades y contribuir a mejorar el desarrollo de la mujer en su entorno biopsicosocial.

El objetivo de impacto de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 para este tema fue disminuir la proporción de mujeres en edad de climaterio con puntaje elevado de pauta de calidad de vida, el cual presentó un avance discreto. Para este período se repite el OI en este grupo poblacional.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
5.3	Mejorar integralmente la salud sexual y salud reproductiva con enfoque de derechos	Tasa fecundidad 10 a 19 años	< 5,2 por 1.000 mujeres de 10 a 19 años
		Proporción de mujeres de 45 a 64 años evaluadas en atención primaria que presentan afectación elevada de la calidad de vida relacionada al climaterio	< 45,9%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
5.3.1	Fortalecer la cobertura y calidad de la atención en salud sexual de la población	Porcentaje de personas de 35 a 44 años que acceden a consulta en salud sexual en APS	5%
5.3.2	Proveer de atención multidisciplinaria y servicios accesibles y de calidad en poblaciones específicas	Porcentaje de adolescentes entre 15 a 19 años en control en APS que utilizan métodos de regulación de fecundidad	49%
		Porcentaje de mujeres de 45 a 64 años bajo control en APS con aplicación pauta Menopause Rating Scale (MRS)	60%
5.3.3	Fortalecer la cobertura y calidad de la atención en salud reproductiva, con enfoque integral	Porcentaje de cesárea	30%
		Porcentaje de aplicación de escala de Edimburgo en mujeres durante el postparto, en control de salud infantil de los 2 meses en APS	95%
5.3.4	Manejo integral de SS y SR en situaciones de emergencias y desastres	Porcentaje de Servicios de Salud que incluyen paquete de servicios iniciales mínimos para la salud sexual y reproductiva en emergencias (MISP) en planes de respuesta a emergencias en salud	100%

5.4. Salud ocupacional

La salud ocupacional es la promoción y mantenimiento del mayor grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones mediante la prevención, el control de riesgos y la adaptación del trabajo a las personas y de las personas a sus puestos de trabajo (1). Los riesgos para la salud en el lugar de trabajo provocan enfermedades ocupacionales o pueden agravar otros problemas de salud, lo que tiene como consecuencia ausentismo laboral y merma económica para las personas y la sociedad (2).

A nivel global se estima que se producen 2,78 millones de muertes al año relacionadas con el trabajo. De ellas, 2,4 millones se encuentran relacionadas con enfermedades profesionales (3). En Chile, la tasa de mortalidad por accidentes del trabajo ha disminuido en el país de 3,8 por 100.000 trabajadores en 2017 a 2,9 por 100.000 trabajadores en 2021 (4). La tasa promedio trienal de mortalidad por accidentes del trabajo, que se usó como indicador en la década pasada, también presentó una disminución progresiva llegando a 4,7 por 100 mil personas ocupadas durante el trienio 2016 – 2018 (5). En 2021 los accidentes de trabajo aumentaron en un 20% respecto de 2020, lo cual fue relacionado al aumento de la actividad económica posterior a las restricciones por COVID-19 y de los 339 accidentes laborales fatales ocurridos ese año, el 59% correspondió a accidentes del trabajo y un 41% a accidentes de trayecto (4).

En cuanto a las enfermedades profesionales, un estudio realizado en 2014 estimó un total de 4.476 muertes atribuidas a exposición ocupacional con una tasa de mortalidad de 80 por 100.000 trabajadores para ese año (6).

La OMS insta a los Estados Miembros a que trabajen en pos de garantizar la plena cobertura de todos los trabajadores a través de intervenciones esenciales y servicios de salud ocupacional básicos orientados a la prevención de accidentes y enfermedades (7). Sin embargo, solo una tercera parte de los países tienen programas para abordar estos problemas.

Chile cuenta con una serie de leyes y normativas que regulan la actividad laboral y resguardan la salud de los trabajadores. Entre las principales se encuentran el Código del Trabajo, el Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2003, que regula las relaciones laborales entre empleadores y trabajadores, y la Ley 16.744 de 1968 Seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, que asegura que los trabajadores dependientes del sector público y privado, y aquellos independientes que coticen, estarán protegidos por el seguro contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades

profesionales (8, 9). Además, en 2011, Chile ratificó el Convenio de la OIT N°187, sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo (10).

En 2016, surgió la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, actualizada para el periodo 2024-2028, que tiene como objetivo avanzar en la disminución de accidentes laborales y enfermedades profesionales (11) y en concordancia con las leyes y normativas establecidas, el Ministerio de Salud ha desarrollado una serie de acciones para mejorar las condiciones de salud de los trabajadores con el objetivo de disminuir la frecuencia y gravedad de los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales, e incentivar al desarrollo de ambientes laborales saludables, amigables y seguros. Finalmente, se han implementado diversas normas y protocolos de vigilancia de riesgos ocupacionales, como el de trabajadores expuestos a factores de riesgo de trastornos musculoesqueléticos, riesgos psicosociales, citostáticos, sílice y plaguicidas (12).

Para la década actual, se han establecido dos indicadores: la tasa de accidentes laborales fatales y la incidencia de enfermedades profesionales. Para su logro, los RE se enfocan en aumentar la cobertura de la Ley 16.744, mejorar la vigilancia de riesgos ocupacionales y fortalecer la fiscalización.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
5.4	Disminuir la morbimortalidad asociada a las condiciones y organización del trabajo	Tasa de accidentes laborales fatales por 100.000 ocupados	< 3,7 por 100.000 ocupados
		Tasa de incidencia de enfermedades de origen profesional por 100.000 protegidos por la ley	< 68 por 100.000 protegidos por la ley
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
5.4.1	Aumentar la cobertura de sistemas de protección y aseguramiento frente a los riesgos del trabajo formal e informal	Cobertura de Ley 16.744 en trabajadores/as	83,6%
5.4.2	Mejorar la cobertura de programas de vigilancia ambiental y de salud	Proporción de empresas que cumplen con protocolos de vigilancia de riesgos ocupacionales	31%
5.4.3	Fortalecer la fiscalización con enfoque de riesgo	Cobertura de fiscalización de agentes y factores de riesgos ocupacionales protocolizados	0,84%

5.5. Salud de las personas mayores

El envejecimiento poblacional probablemente es uno de los temas de salud pública más relevantes de esta época (1). En 2018, las personas mayores de 65 años superaron por primera vez a las menores de 5 años en términos absolutos y para el año 2060 se espera que las personas mayores alcancen un 30% de la población mundial (2, 3). En este contexto, Chile se proyecta como el país más longevo de Latinoamérica, considerando que la esperanza de vida al nacer ronda los 80 años (4).

Si bien el envejecimiento ha sido un logro de la sociedad, conlleva numerosos desafíos, en especial en lo que respecta gestionar el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y neurodegenerativas y lograr mantener el funcionamiento y la autonomía por el mayor número de años posibles (5, 6). Así, la discapacidad y la dependencia son más frecuentes a mayor edad, pero son prevenibles o paliables mediante diversas estrategias (7, 8).

En Chile, el 14,2% de los mayores de 60 años presenta algún grado de dependencia funcional, mientras que en mayores de 80 esta cifra se eleva a un 40% y se estima que el 8% de la población adulta mayor se encuentra en situación de dependencia funcional y discapacidad, lo que además se correlaciona con la posición social de los individuos observándose una mayor prevalencia en estratos socioeconómicos más desaventajados (7, 9).

Un elemento central del envejecimiento saludable es mejorar la capacidad intrínseca y funcional de las personas, incluso cuando el envejecimiento las va reduciendo gradualmente (10). Para ello resulta clave identificar tempranamente a las personas mayores con pérdidas de capacidades y otorgar una adecuada atención para revertir o retardar estas pérdidas (11).

En Chile, el abordaje de la salud en personas mayores se ha desarrollado a través de diversas políticas y programas. Por ejemplo, la Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2025 se constituye como una respuesta intersectorial a las necesidades de las personas mayores, buscando potenciar los conceptos de envejecimiento activo y positivo, y generando acciones para mantener la autonomía y prevenir la dependencia (12).

El Programa Adulto Mejor iniciado en 2018, retoma las acciones de la Política Integral de Envejecimiento Positivo y trabaja de manera multisectorial con diversos ministerios, servicios e instituciones del sector público, así como con alianzas público-privadas. En este marco, se desarrolla el Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores y su Plan de Acción 2020-2030, que propone acciones concretas en seis líneas estratégicas: educación; promoción y prevención; provisión de servicios; fortalecimiento de la red integrada de

atención; sistemas de información; rectoría, regulación y fiscalización; y financiamiento (12,13).

En la década anterior el OI de mejorar el estado funcional de los adultos mayores no pudo ser evaluado, debido a las definiciones metodológicas en cuanto a la discapacidad. La mayor parte de los RE tampoco fueron evaluables. Para el 2030, el OI se centra en la prevalencia de alteración de capacidad severa en adultos, y como RE se definieron el acceso a la evaluación funcional y a prestaciones que retrasen la progresión del deterioro de la capacidad funcional.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
5.5	Prevenir el deterioro del funcionamiento en personas mayores	Prevalencia de nivel de alteración de capacidad severa en adultos de 65 años y más	< 35,8%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
5.5.1	Aumentar el acceso a la evaluación funcional de las personas mayores	Porcentaje de personas de 65 años y más con pesquisa para el riesgo de perder capacidad funcional según norma vigente en APS	50%
		Porcentaje de personas de 65 años y más con EMPAM según norma vigente en APS	30%
5.5.2	Aumentar el acceso a prestaciones que retrasen la progresión del deterioro de la capacidad funcional de las personas mayores	Porcentaje de personas mayores en riesgo de dependencia que accede a servicios, planes y programas preventivos	30%

OE 6 EQUIDAD

	Tema	Objetivo de impacto	Meta 2030
6.1	Equidad territorial	Disminuir las inequidades en salud por zonas geográficas	Tasa de AVPP en las comunas seleccionadas < 0,8 por habitante
6.2	Salud de pueblos indígenas	Disminuir las inequidades en salud en la población indígena	Razón de mortalidad proyectada de egresos hospitalarios < 1,4 entre P. indígenas y no P. indígenas
6.3	Salud de personas migrantes	Reducir las inequidades en el acceso efectivo a la atención en salud de personas migrantes	Proporción de población migrante que declara no pertenecer a ningún seguro previsional de salud < 15,8%

El concepto clásico de inequidad en salud se refiere a todas aquellas diferencias en salud que son evitables e injustas. Estas diferencias son debidas en una gran parte a las condiciones sociales en las cuales las personas se desenvuelven en su vida y que al ser evitables podrían potencialmente ser revertidas. Para esto, resulta necesario contar con políticas públicas en salud y en otros sectores que busquen reducir la asociación que existe entre aquellas condiciones sociales de vida y el nivel de salud de la población, lo que también incluye producir cambios culturales y normativos (1).

La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 propuso abordar las inequidades en los resultados de salud mediante acciones sobre los factores determinantes, mayoritariamente extrasectoriales. Para ello, se diseñaron dos líneas de acción principales: desarrollar planes de abogacías intersectoriales en 17 temas prioritarios de salud y potenciar la autoridad sanitaria a nivel comunal, llevando el principio de *Salud en todas las Políticas* al ámbito local. Sin embargo, estas iniciativas no tuvieron un abordaje sostenido, por lo que no prosperaron mayormente en la década aun cuándo se lograron avances en la gestión de la temática (1).

En la actual versión de los Objetivos Sanitarios para la década 2021-2030, se contempla profundizar no solo en las líneas de acción mencionadas, sino además fomentar la transversalización de la temática, de modo tal que varios elementos asociados a ella podrán ser desarrolladas en intervenciones definidas en otros temas. Además, con miras a lograr eficacia en su implementación, la Estrategia Nacional de Salud al 2030 insta desde su componente de monitoreo y evaluación a contar con un diagnóstico en esta área para cada tema a partir de la medición de indicadores de Impacto y Resultado Esperado, según estratificadores pertinentes, ya sea geográficos, por sexo, edad, nivel de educación, u otro.

Por otra parte, se puede establecer una perspectiva de abordaje diferenciado de las personas y grupos pertenecientes a situaciones y territorios habitualmente con peores resultados sanitarios. En consideración a esto, el presente Objetivo Estratégico desarrolla a nivel de objetivo de impacto mejorar los resultados de salud en dos grupos específicos: poblaciones indígenas y personas migrantes. Además, al igual que en la versión previa de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, se plantea la identificación de aquellas comunas con peores resultados de salud, lo que resulta conveniente para aproximaciones de priorización en diversos temas de salud.

El Objetivo estratégico de Equidad incluye: 1) Disminuir las inequidades en salud por zonas geográficas, 2) Disminuir las inequidades en salud de la población indígena; y 3) Reducir las inequidades en el acceso efectivo a la atención en salud de personas migrantes.

6.1. Equidad territorial

El lugar geográfico donde una comunidad vive afecta de manera significativa diversos resultados en salud. Es reconocido que el lugar donde las personas viven y trabajan resume distintos aspectos sociodemográficos, culturales e históricos que resultan determinantes para dichos resultados (1-6), pero aun ajustando por características asociadas a la salud, como niveles de pobreza, educación, etnia, cambios demográficos e industrialización, las diferencias persisten (5).

Los análisis por situación geográfica se pueden realizar a distintos niveles, entre ellos el regional, el comunal, o bien por atributos como el de ruralidad (7). Junto a ello, es posible utilizar mediciones en el estado de salud propiamente tal, la variabilidad de los determinantes sociales de la salud, la distribución de la oferta de servicios de salud y el uso de estos mismos.

La disparidad en resultados de salud entre las regiones de Chile es relevante. Según datos del año 2015, la diferencia en esperanza de vida al nacer entre las regiones con mejor y peor valor alcanzó los 2,05 años. Al desagregar por sexo, esta brecha se amplía, llegando a una diferencia de hasta 7,5 años entre la esperanza de vida de mujeres y hombres en distintas regiones. Al considerar los años de vida potenciales perdidos (AVPP), la disparidad relativa entre regiones es aún mayor. Las regiones de Tarapacá, Atacama, Coquimbo y Metropolitana concentran los mejores resultados, y el grupo de las regiones de Antofagasta, La Araucanía, Los Ríos, Los Lagos y Magallanes, tienen peores resultados (8).

Desde el sector salud, una intervención con evidencia de efectividad es la focalización del gasto en salud en territorios con peores indicadores de resultado, lo que corresponde a una estrategia de larga data usada especialmente cuando las diferencias son grandes. Más complejo resulta intentar permear las intervenciones generalizadas con un foco permanente de equidad, en una aproximación más horizontal.

Si bien la equidad en el acceso es importante, este enfoque arriesga subestimar los factores estructurales políticos, sociales y económicos de la salud y los contextos más amplios de los mecanismos sociopolíticos a través de los cuales se construyen sistemas de salud más fuertes (9). Así, avanzar hacia la equidad en salud requiere cambios culturales y normativos que reduzcan la estratificación social y sus impactos en la salud y esto implica orientar las acciones hacia la minimización de desigualdades evitables entre grupos con distinto nivel social, considerando factores como género, cultura y territorio (10).

El Ministerio de Salud ha propuesto como objetivo central de una reforma de salud avanzar hacia la salud universal, garantizando cobertura en la atención primaria de salud y

condiciones de vida saludable. Esto implica además modernizar el sistema público de salud y fortalecer el sistema de seguridad social. Estas líneas de acción apuntan a reducir las brechas en el acceso y calidad de la atención, así como a abordar los determinantes sociales de la salud (11).

En esta temática, la equidad geográfica no estuvo incluida en los objetivos sanitarios. En esta década, el objetivo de impacto de reducir inequidades geográficas se mide por la tasa de AVPP en un grupo de comunas con peores tasas en la década anterior.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
6.1	Disminuir las inequidades en salud por zonas geográficas	AVPP en comunas con peores tasas de AVPP 2010-2019, que agrupan al 10% de la población	< 0,8 AVPP por habitante
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
6.1.1	Fortalecer el acceso a la atención de salud en comunas priorizadas*	Porcentaje de comunas priorizadas que presenta más del 10% de su población en condiciones de aislamiento	< 19,1%
6.1.2	Fortalecer la implementación de programas y políticas de salud pública con enfoque de equidad a nivel local en las comunas priorizadas*	Porcentaje de personas que presentan condiciones de salud garantizadas los últimos 12 meses y que se encuentran efectivamente cubiertas por el régimen GES	90%

*Las comunas priorizadas corresponden a las 48 con peores tasas de AVPP 2010-2019 y que agrupan al 10% de la población. El detalle se encuentra en la ficha técnica del indicador de impacto.

6.2. Salud de pueblos indígenas

La etnia es un determinante estructural de la salud según el marco de los determinantes sociales de la OMS, ya que la pertenencia a un pueblo indígena influye en las condiciones de vida, acceso a recursos y oportunidades, generando desigualdades y, por ende, inequidades en salud (1). En Chile, los pueblos indígenas enfrentan consistentemente peores indicadores socioeconómicos como pobreza, escolaridad y desempleo, que se reflejan en resultados sanitarios desiguales (2). Estas inequidades se explican por factores históricos de exclusión, discriminación y la falta de pertinencia cultural en las políticas y acciones de salud, lo que afecta el acceso y la calidad de la atención para estos grupos. La pertinencia cultural, entendida como la adecuación de los servicios a las formas de vida y saberes indígenas, es un eje fundamental para superar estas brechas y evitar la reproducción de la discriminación institucional (2,3).

Los pueblos indígenas representan el 10,6% de la población en Chile, con el pueblo Mapuche como el mayor grupo (80,2%), seguido por Aymara y Diaguita (4). El perfil muestra una transición prolongada y polarizada, con alta incidencia simultánea de enfermedades infecciosas, crónicas y lesiones, en un contexto de desigualdad social persistente (5,6). Por ejemplo, la tuberculosis y la diabetes presentan tasas de incidencia y mortalidad superiores en estas poblaciones. También se observan brechas en problemas como el suicidio, VIH y alcoholismo, vinculados a condiciones laborales deficientes (3).

Los Aymara de Tarapacá presentan un riesgo de muerte por tumores un 50% superior y mayores tasas de mortalidad cardiovascular que la población no indígena (7). En Antofagasta, la mortalidad infantil indígena es dos a tres veces mayor, con una incidencia de tuberculosis siete veces y una mortalidad nueve veces superior en comparación con la población no indígena (8). La Araucanía, con alta concentración Mapuche, exhibe una tasa de mortalidad general superior al promedio nacional, con un riesgo 30% mayor, agravado por la ruralidad y la pobreza (9). También se reportan brechas significativas en mortalidad en Los Ríos y Magallanes, especialmente en poblaciones indígenas del extremo sur (10,11). Aunque el patrón de mortalidad indígena pueda parecer similar al no indígena en algunas regiones, la vulnerabilidad y las tasas son sistemáticamente más altas (12).

El acceso a prestaciones de salud también es desigual: el 29,5% de la población indígena reporta dificultades para obtener atención, frente al 24,9% de la población general. Esta exclusión histórica afecta también el desarrollo social y económico de comunidades y territorios, como se refleja en los elevados índices de pobreza en La Araucanía (2).

Entre 2015 y 2016 se realizó un proceso de consulta indígena conforme al Convenio 169 de la OIT para establecer el derecho a atención de salud con pertinencia cultural, reconocido en la Ley 20.584. Recientemente, además, se aprobó el reglamento que obliga a los servicios públicos en territorios con alta población indígena a implementar modelos interculturales con participación indígena, sistemas de sanación tradicionales y adecuación de infraestructura (13). Por otra parte, el Ministerio de Salud, a través del Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad, promueve la transversalización del enfoque intercultural en programas de salud, realizando capacitaciones y revisiones de políticas y fortaleciendo la participación indígena y el desarrollo de información epidemiológica adecuada (14).

Para la década actual, se considera como indicador de impacto la razón de mortalidad estandarizada de las personas que egresan vivas de una hospitalización, comparando entre personas pertenecientes a pueblos indígenas y no pertenecientes a pueblos indígenas. En la década anterior se observa que esta razón varía entre 1,2 y 1,7 siendo su promedio de 1,41.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
6.2	Disminuir las inequidades en salud en la población indígena	Razón de mortalidad de egresos hospitalarios de personas pertenecientes a pueblos indígenas sobre no pertenecientes a pueblos indígenas	< 1,4
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
6.2.1	Fortalecer la participación de los pueblos indígenas en el Sistema de Salud	Porcentaje de establecimientos de salud con instancias de participación indígena formalizadas mediante acto administrativo	100%
6.2.2	Mejorar el acceso de la población indígena a atención de salud integral con enfoque intercultural, territorial y de derechos	Porcentaje de la población indígena que accede a atención médica y reporta algún problema de acceso	38,3%
6.2.3	Fortalecer el desarrollo de un sistema de salud pertinente con las necesidades de las personas indígenas	Porcentaje de establecimientos que cuentan con facilitador intercultural	60%
6.2.4	Aumentar la información disponible y sistematizada de la situación de salud de los pueblos indígenas	Porcentaje de sistemas de registros de salud priorizados desagregados por personas pertenecientes a pueblos indígenas, que son complementados con datos de otras instituciones	60%

6.3. Salud de personas migrantes

Se define a una persona migrante como quien se desplaza a través de fronteras internacionales o dentro de un país, independientemente de su estatus jurídico, voluntariedad, causas o duración de estancia (1). En Chile, una proporción significativa de migrantes internacionales se encuentra en situación de vulnerabilidad, especialmente aquellos con estatus migratorio irregular, debido a factores asociados a su origen, tránsito y las barreras sociales y de acceso a servicios (2).

A nivel mundial los migrantes internacionales representaban el 3,4% de la población en 2017, aumentando un 49% en 2000, con Latinoamérica y el Caribe como la región de nacimiento de 38 millones de migrantes y receptora de 10 millones (4, 5). En Chile, el censo de 1992 registró 114.597 migrantes (0,8% de la población), no obstante, a partir de 2010 los flujos migratorios han aumentado, posicionando al país como el principal receptor de migración en la región durante esta década (6, 7). Para 2020, se estimaba una población extranjera de 1.482.390 personas, con los principales grupos de Venezuela (30,7%), Perú (16,3%), Haití (12,5%), Colombia (11,4%) y Bolivia (8,5%) (6).

Las condiciones de vida de los migrantes en Chile revelan inequidades significativas: la pobreza multidimensional en migrantes es 24,6% vs. 20,5% en la población nacional; el hacinamiento en hogares de migrantes 21,4% frente a 1,6% en hogares chilenos. Por otra parte, la discriminación reportada es de 32,2% en migrantes, comparado con 12,7% en población nacional. Según la Encuesta CASEN 2017, el 15,8% de migrantes no posee previsión de salud, frente a un 2,2% en chilenos, diferencia que se acentúa en menores de 14 años (8).

Respecto al acceso a salud, un 9% de migrantes reporta barreras para atención de enfermedad o accidente, superior al 7% en población nacional. Además, el 25% de migrantes con diagnósticos en el Régimen GES no accedió a beneficios, frente al 14,7% de chilenos (8). Las barreras al acceso identificadas incluyen estatus migratorio, desconocimiento del sistema de salud, barreras lingüísticas y culturales, y experiencias de discriminación por funcionarios de salud (9). La mayor barrera reportada es la falta de respeto a la cultura de los migrantes durante la atención (10).

Chile ha implementado el programa de acceso a la salud para migrantes, pero aún enfrenta el desafío de mantener el marco normativo que garantice atención, incluso para migrantes en situación irregular, y aplicar la política integral de salud para migrantes (11,12,13). Esta política establece siete lineamientos estratégicos: adecuación normativa; sistema sensible a migrantes; abordaje integral sectorial e intersectorial; transversalización en programas de

salud; monitoreo e información; trabajo, salud y migración; y acciones contra discriminación y xenofobia. Su plan de acción prioriza acceso oportuno y equitativo a promoción, prevención y atención, con foco en niños, salud sexual y reproductiva, registro e información, y respuesta en crisis humanitarias.

En la década anterior las metas de impacto para aumentar el acceso a la atención de salud en migrantes fueron cumplidas, refiriéndose estas a niños y niñas y gestantes bajo control, aunque los porcentajes siguen siendo bajos. Para este período el indicador de impacto se refiere a mejorar el aseguramiento de salud esta población, y los RE contemplan mejorara acceso y fortalecer la pertinencia cultural y la participación.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
6.3	Reducir las inequidades en el acceso efectivo a la atención en salud de personas migrantes	Proporción de población migrante que declara no pertenecer a ningún seguro previsional de salud	< 15,8%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
6.3.1	Mejorar el acceso a salud de personas migrantes en iguales condiciones de hecho que las personas nacionales	Porcentaje de personas migrantes que tuvieron problema de salud que accedieron a atención médica y reportan algún problema de acceso	1,5%
6.3.2	Fortalecer el desarrollo de un sistema de salud pertinente con las necesidades de las personas migrantes	Proporción de funcionarios de la red de salud capacitados y aprobados en interculturalidad y derechos de salud de las personas migrantes	80%
6.3.3	Fortalecer la estrategia de participación de personas migrantes y comunidad local	Porcentaje de SEREMI de Salud que cuentan con instancias de participación de personas migrantes y comunidad local formalizadas e implementadas anualmente	100%

OE 7 MEDIO AMBIENTE

	Tema	Objetivo de impacto	Meta 2030
7.1	Condiciones sanitario-ambientales	Reducir la población expuesta a condiciones sanitario-ambientales desfavorables	Proporción de la población que identifica problemas de contaminación o deterioro del ambiente ≤ 35%
7.2	Inocuidad alimentaria	Reducir la población expuesta a alimentos no inocuos	Tasa cruda de hospitalización por enfermedades transmitidas por alimentos ocurrida en brote < 0,83 por 100.000 habitantes
7.3	Resistencia a los antimicrobianos	Reducir el riesgo de emergencia y diseminación de resistencia a los antimicrobianos	Tasa promedio trienal de resistencia a los carbapenémicos en enterobacterias < 7,48 por 100.000 habitantes
7.4	Gestión del cambio climático para la salud	Reducir el impacto negativo en la salud por efecto del cambio climático	100% de SEREMIs y Servicios de Salud que cuentan con un Plan de respuesta a emergencias en salud, en los que se incluya disposiciones por amenazas asociadas al cambio climático

El medioambiente comprende las condiciones físicas, químicas, biológicas, sociales, culturales y económicas que rodean a las personas, incidiendo en su salud y bienestar (1). Estas condiciones actúan como determinantes sociales de la salud, cuya mejora o deterioro puede impactar directamente en los niveles de morbilidad y mortalidad (2). Un entorno saludable es esencial para garantizar una vida sana y promover el bienestar general.

Los factores ambientales son responsables de una elevada carga de enfermedad, especialmente en países en desarrollo (3). Entre los riesgos más conocidos están la falta de agua potable, saneamiento deficiente, viviendas inadecuadas y contaminación intradomiciliaria. A estos se suman riesgos emergentes relacionados con el desarrollo económico, como la contaminación industrial, el uso intensivo de agroquímicos y la contaminación del aire. Estos problemas, además de su impacto sanitario, han cobrado creciente relevancia social (1). Se estima que los riesgos ambientales evitables representan el 25% de la carga mundial de enfermedades y muertes (4).

Por su parte, el enfoque "Una Salud" ha cobrado importancia frente a desafíos sanitarios que cruzan los límites entre la salud humana, animal y ambiental, como se evidencia con la resistencia a los antimicrobianos y la inocuidad alimentaria (5). Este enfoque busca intervenciones integradas que reconozcan la interdependencia entre ecosistemas y salud.

Finalmente, el cambio climático representa una amenaza creciente para la salud global. Su impacto ya es visible: mayor frecuencia e intensidad de eventos extremos (olas de calor, inundaciones, sequías), alteraciones en el suministro de alimentos y agua, incremento de enfermedades vectoriales, y deterioro de la calidad del aire (6). En América Latina y el Caribe, los eventos hidrometeorológicos son especialmente preocupantes por su efecto acumulativo sobre las condiciones sanitarias y sociales.

Frente a este escenario, se plantean los siguiente Objetivos Estratégicos en Medioambiente y Salud: 1) Reducir la población expuesta a condiciones sanitario-ambientales desfavorables. 2) Reducir la población expuesta a alimentos no inocuos. 3) Reducir el riesgo de emergencia y diseminación de resistencia a los antimicrobianos. 4) Reducir el impacto negativo en la salud por efecto del cambio climático.

7.1. Condiciones sanitario-ambientales

Se estima que los riesgos sanitario-ambientales provocan alrededor de 9 millones de muertes prematuras al año, lo que representa cerca del 25% de la carga global de enfermedad (1, 2). Estos factores afectan desproporcionadamente a poblaciones en situación de vulnerabilidad y bajos ingresos, ampliando las inequidades en salud (3, 4).

Entre los principales riesgos ambientales destaca la contaminación del aire, responsable de aproximadamente 6,7 millones de muertes prematuras anuales, asociadas a enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cáncer pulmonar debido a la exposición a material particulado fino (PM2.5) (5, 6). En Chile, en 2020 cerca de 10,8 millones de habitantes del país vivían en zonas que han sido declaradas como latentes o saturadas por material particulado fino (MP2,5) y se ha estimado que un promedio de 1.811 muertes podría evitarse si no se hubiera sobrepasado el estándar nacional en 2016 (7, 8).

En cuanto al agua potable y saneamiento, el acceso insuficiente causa cerca de 1,4 millones de muertes anuales a nivel global principalmente por enfermedades diarreicas (9). En Chile, aunque la cobertura de agua potable alcanza un 97,6%, las brechas en alcantarillado son importantes: 97% en zonas urbanas versus 60% en rurales (10). Entre 2011 y 2017, más de 50.000 hospitalizaciones por diarrea se registraron en menores de 5 años, con una tasa de 0,5 muertes por 100.000 menores en 2015 (11, 12).

Respecto a las áreas verdes, la OMS ha identificado un déficit urbano significativo en Chile (13). Ciudades como Osorno, Villarrica y Punta Arenas tienen más áreas verdes por habitante, mientras que Antofagasta, Iquique, Alto Hospicio y el Gran Valparaíso registran las menores coberturas (14).

Finalmente, es importante relevar que en Chile existen zonas que concentra una alta carga ambiental a raíz de actividades productivas, denominadas en la actualidad como territorios en transición y que han sido sujetos de especial atención para el desarrollo de la política pública (15, 16).

La Agenda 2030 establece cinco ODS vinculados a determinantes ambientales que se alinean con el ODS de salud y bienestar (4). La legislación ambiental chilena se inició hace más de un siglo y actualmente el marco normativo se basa en el artículo 19 N°8 de la Constitución Política y en la Ley 19.300 de Bases Generales del Medio Ambiente. El país cuenta con normas de calidad ambiental, entre las que destacan las normas de calidad primaria, secundaria y de emisión. Chile implementa una estrategia integral para la contaminación atmosférica supervisado por la Superintendencia de Medio Ambiente la que se complementa con una serie de normativas (17, 18). En cuanto al acceso a agua potable, existe el Plan Aguas Rurales

que busca cerrar brechas de acceso en estas zonas. Así también existen distintos marcos regulatorios en relación a la disposición de basuras y la promoción del reciclaje, el almacenamiento de residuos peligrosos y la promoción de espacios públicos equitativos y saludables (19-21).

La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 contenía varios indicadores de impacto, de los cuales se cumplió con la meta en disposición de aguas servidas y áreas verdes. Un avance importante se observó en contaminación del aire y microbasurales, pero en acceso a agua potable se experimentó un retroceso, llegando a 97,2% de la población que cuenta con este acceso al 2020. Para la década actual el OI habla de condiciones sanitario ambientales en general y se busca medir la identificación de los problemas por parte de la población.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
7.1	Reducir la población expuesta a condiciones sanitario-ambientales desfavorables	Proporción de la población que identifica problemas de contaminación o deterioro del ambiente	≤ 35%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
7.1.1	Disminuir la exposición a contaminación atmosférica	Proporción de ciudades con media anual de PM 2.5 >20 ug/m3	45%
7.1.2	Mejorar la disposición de residuos contaminantes	Porcentaje de población en suelo urbano con servicios de disposición final adecuada de residuos sólidos	99,5%
7.1.3	Mejorar el acceso a agua potable y disposición de aguas servidas en zonas rurales	Porcentaje de cumplimiento de calidad de agua potable (bacteriología y cloro libre residual)	99,9%
		Porcentaje de hogares que cuentan con sistema de eliminación de aguas servidas reglamentario	98,5%
7.1.4	Aumentar la disponibilidad de áreas verdes suficientes	Proporción comunas con áreas verdes suficientes	Mayor a 17,9%

7.2. Inocuidad alimentaria

El consumo de alimentos contaminados pone en riesgo la salud de las personas y produce diversas enfermedades infecciosas o intoxicaciones, las que afectan mayoritariamente a los grupos más vulnerables como lactantes y adultos mayores. Las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) generan un aumento de la carga de enfermedad como también pérdidas económicas, ya sea por costos sanitarios como por la afectación del desarrollo de la economía y turismo en los países (1).

La inocuidad alimentaria se refiere a los estándares y procesos que se establecen para proteger a las personas del riesgo que produce el consumo de alimentos contaminados ya sea con bacterias, virus, parásitos y/o sustancias químicas nocivas para la salud. Los problemas de salud asociados a ETAs van desde diarrea hasta cáncer (1). Algunos ejemplos de alimentos no inocuos son los alimentos de origen animal no cocinados, las frutas y hortalizas contaminadas con heces producto del regadío con aguas servidas y los mariscos crudos que contienen biotoxinas marinas.

Los hábitos alimentarios actuales, el aumento de grupos susceptibles, la globalización del comercio alimentario, el cambio climático y la emergencia de nuevos agentes, son factores que se asocian a la ocurrencia de las ETA y hacen de la inocuidad de los alimentos una prioridad de salud pública (2).

Según la OMS, anualmente una de cada diez personas se enferma debido al consumo de alimentos contaminados (1). En Chile, cada año se producen cerca de 1.000 brotes de ETA, con aproximadamente 6.000 personas afectadas, de las cuales entre 100 y 200 llegan a requerir hospitalización, aunque la mortalidad asociada a ETA ha disminuido considerablemente (3).

Para garantizar la inocuidad de los alimentos a lo largo de toda la cadena alimentaria, la OMS colabora estrechamente con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA) y otras entidades internacionales. Además, existen instancias clave en esta materia, como la Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN), la Conferencia Internacional sobre Inocuidad Alimentaria y el Foro Internacional sobre Inocuidad Alimentaria y Comercio, ambos celebrados en 2019 (4).

En Chile las ETA son consideradas enfermedades de notificación obligatoria, vigilándose e investigándose los brotes para identificar al agente causal, al alimento involucrado, el lugar de pérdida de la inocuidad y los factores que contribuyeron, con el fin de prevenir la aparición de nuevos casos (5). Por otra parte, el Reglamento Sanitario de los Alimentos busca eliminar o controlar los agentes contaminantes en los alimentos y así disminuir los riesgos tanto en la producción como en la manipulación. En este reglamento se detallan los requisitos de higiene en la elaboración, las disposiciones generales de la rotulación, el uso de aditivos, las especificaciones microbiológicas, la reglamentación para cada grupo de alimentos y las sanciones, entre otros. Para ello cada SEREMI de Salud es la encargada de fiscalizar el correcto cumplimiento de las normas (6).

Finalmente, a nivel intersectorial, desde el 2005 el país cuenta con la Agencia Chilena para la Calidad e Inocuidad Alimentaria (ACHIPIA), actualmente dependiente del Ministerio de Agricultura, la que tiene por misión coordinar y conducir el Sistema Nacional de Inocuidad y Calidad Alimentaria e implementar la política nacional en la materia. Para ello coordina a todos los actores que participan de la cadena de los alimentos; desde aquellos que los producen, los transforman y los distribuyen, pasando por los que los inspeccionan y fiscalizan, hasta llegar a los consumidores, con el objeto de disminuir los riesgos y peligros para la salud humana en cualquier eslabón de esta cadena (7).

En la década anterior, la meta de disminuir la tasa trienal de hospitalización por ETAs en brote tuvo un avance importante, alcanzando una tasa de 3,2 x 100.000 habitantes. Para este período se monitorizará la tasa cruda anual de hospitalizaciones por ETA ocurrida en brote, la que fue de 0,92 para el 2019.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
7.2	Reducir la población expuesta a alimentos no inocuos	Tasa cruda de hospitalización por ETA ocurrida en brote por 100.000 habitantes	Menor a 0,83 por 100.000 habitantes
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
7.2.1	Fortalecer la vigilancia y fiscalización en inocuidad de alimentos	Porcentaje de brotes ETA notificados con investigación epidemiológica	100%

7.3. Resistencia a los antimicrobianos

La resistencia a los antimicrobianos (RAM) es un proceso natural de adaptación microbiana que se acelera por el uso excesivo de antimicrobianos y un control deficiente de infecciones en humanos, animales y el medio ambiente (1). Esto dificulta el tratamiento de infecciones, aumenta propagación de enfermedades, su gravedad y mortalidad, y eleva los costos sanitarios asociados (2).

Los patógenos multirresistentes complican el manejo de enfermedades como tuberculosis, VIH, gonorrea y paludismo. Además, el uso de antimicrobianos en animales de consumo y mascotas promueve la transferencia de resistencia a humanos, lo que exige una respuesta conjunta bajo el enfoque "Una Salud" (2, 3). La RAM, considerada la "pandemia silenciosa", es actualmente una prioridad para la salud pública mundial y podría convertirse en la primera causa de muerte para 2050. La OMS ha definido la lista de patógenos prioritarios para incentivar la búsqueda de nuevos antibióticos, identificando como críticos a *Acinetobacter baumannii,* resistente a los carbapenémicos, *Pseudomonas aeruginosa* resistente a los carbapenémicos y Enterobacteriaceae productoras de betalactamasas de espectro extendido (4).

El informe global basado en datos de 2019 estimó 1,27 millones de muertes directas por RAM y 4,95 millones asociadas, siendo las infecciones respiratorias bajas las más críticas, con mayor impacto en África Subsahariana (5). El Banco Mundial que un escenario de alta resistencia, la RAM podría causar a los países de ingresos bajos una pérdida de más del 5% del producto interno bruto y empujar a 28 millones de personas a la pobreza para 2050 (6).

En Chile, la RAM afecta alrededor del 21 % de las infecciones según estimaciones internacionales (7). En hospitales públicos de alta complejidad, los datos muestran en 2020 que 43,3 % de *S. aureus* era resistente a oxacilina; *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* y *A. baumannii* mostraron alta resistencia a carbapenémicos; y *Enterococcus faecium* tuvo 80 % de resistencia a vancomicina (8). En la comunidad, la resistencia a fluoroquinolonas fue alta en *Neisseria gonorrhoeae* (62 %) pero no a cefalosporinas; *H. influenzae* mostró 60 % de resistencia a ampicilina; y *S. pneumoniae* mantuvo baja resistencia a penicilina. La tuberculosis presentó un 1,5 % de resistencia a rifampicina en casos nuevos en 2021 (9, 10).

La OMS adoptó en 2015 un plan de acción mundial con cinco objetivos: comunicación y formación, vigilancia e investigación, prevención de infecciones, uso óptimo de antimicrobianos y argumentos económicos para inversión en nuevos tratamientos y vacunas. Este plan se basa en el enfoque "Una Salud" y se implementa mediante una colaboración cuatripartita entre OMS, OMSA, FAO y PNUMA (1). Siguiendo estas directrices,

Chile desarrolló su Plan Nacional contra la RAM, interministerial y multisectorial, que integra las cinco líneas estratégicas: sensibilización, vigilancia integrada, control de infecciones, monitoreo del uso de antimicrobianos e investigación. Sus acciones operativas abarcan salud humana, sanidad animal y medio ambiente (3). Además, la RAM es una preocupación transversal, asociada a la seguridad alimentaria, calidad del comercio internacional, y preservación ecológica, por lo que su control exige la colaboración de todos los actores para reducir el consumo de antimicrobianos y prevenir el aumento de la resistencia.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
7.3	Reducir el riesgo de emergencia y diseminación de resistencia a los antimicrobianos	Tasa promedio trienal de resistencia a los carbapenémicos en enterobacterias	< 7,48 por 100.000 habitantes
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
7.3.1	Lograr un uso adecuado de antimicrobianos	Porcentaje de dosis diaria por 1.000 habitantes-día en sistema público de salud de los antibacterianos del grupo acceso	70%
7.3.2	Mejorar el control de infecciones asociadas a la atención de salud	Tasa de neumonías asociadas a ventilación mecánica invasiva en adultos que se deben a bacterias productoras de carbapenemasas	5,57 por 1.000 días
		Tasa de neumonías asociadas a ventilación mecánica invasiva en pediatría que se deben a bacterias productoras de carbapenemasas	2,67 por 1.000 días
		Tasa de neumonías asociadas a ventilación mecánica invasiva en neonatos que se deben a bacterias productoras de carbapenemasas	5,00 por 1.000 días

7.4. Gestión del cambio climático para la salud

El cambio climático es un proceso natural, que se encuentra acelerado debido a la acción humana constituyendo una importante amenaza para la salud global (1). Esto ocurre tanto por los cambios en las características de las enfermedades como por el aumento de vulnerabilidad de las poblaciones, por la mayor frecuencia de eventos climáticos extremos (2). Dentro de estos últimos destacan las olas de calor, fenómenos pluviales, las sequias, incendios forestales, aumento de nivel del mar, entre otros.

La conexión entre cambio climático y salud es múltiple. Los progresivos aumentos de temperatura afectan directamente la salud de las poblaciones, incrementando la mortalidad, en especial en aquellos más vulnerables (3). Fenómenos vinculados al cambio climático, como los factores meteorológicos, se han asociado a un aumento en la incidencia de patologías respiratorias, cardiovasculares, renales y cerebrovasculares, neoplasias de la piel, resultados adversos de salud mental, complicaciones del embarazo y alergias (2). La temperatura también se asocia sistemáticamente con la mortalidad y el uso de servicios sanitarios, resultados nutricionales adversos, enfermedades de la piel y alergias. Otros fenómenos meteorológicos extremos también se asocian sistemáticamente con la mortalidad, además de resultados de salud mental, como la ansiedad y depresión (4).

Se estima que, a nivel mundial, por efectos del cambio climático ocurrirán unas 250.000 muertes adicionales anuales entre 2030 y 2050. En Chile se atribuye al ambiente más de un 10% de las muertes y más de 10% de los años perdidos por muerte prematura o discapacidad (DALY) (3).

Actualmente, dos acuerdos mundiales sientan las bases de las intervenciones de los próximos: el Convenio de París y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (5). Ambos ubican al sector de la salud en el centro de las deliberaciones nacionales e internacionales que articulan la respuesta al cambio climático. El ODS 13, sobre adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos orienta políticas y programas de los países en torno a esas metas. Por su parte, en el Convenio de París se comprometió a mantener el calentamiento del planeta por debajo de los 2 °C y no superar los 1,5 °C.

Por su parte la OMS y la OPS han articulado diversas iniciativas que contribuyen a moderar los efectos de la transición climática. Ejemplo de ello son las Orientaciones de la OMS sobre Establecimientos Resilientes al Clima y Ambientalmente Sostenibles (6), el programa Hospitales inteligentes de la OPS/OMS que vinculan la seguridad estructural y operativa de los hospitales con intervenciones ecológicas, o la Iniciativa de Hospital Seguro que incluye en el índice de seguridad hospitalaria las amenazas climáticas.

En 2017, el Ministerio de Salud presentó su Plan de Adaptación al Cambio Climático del Sector Salud, que plantea medidas específicas para reducir vulnerabilidades y mitigar efectos negativos de este fenómeno en la salud e integridad de las personas. Este plan tiene 16 medidas de adaptación y en su etapa inicial apunta a establecer institucionalidad, crear capacidades, desarrollar herramientas metodológicas y procedimientos de monitoreo e identificar medidas de adaptación aplicables en el corto plazo (7). Además, Chile participa del Comité Andino de Cambio Climático, el que a través del Plan Andino de Salud y Cambio Climático 2020-2025 se enfoca en el análisis y estimación del riesgo, la prevención, la reducción del riesgo, la preparación, la respuesta, la rehabilitación y la reconstrucción (8).

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
7.4	Reducir el impacto negativo en la salud por efecto del cambio climático	Porcentaje de SEREMIs de Salud y Servicios de Salud que cuentan con un plan de respuesta a emergencias en salud, en los que se incluya disposiciones por amenazas asociadas al cambio climático	100%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
7.4.1	Fortalecer el sistema de salud para enfrentar los efectos del cambio climático en la salud de las personas	Porcentaje de SEREMIs de Salud y Servicios de Salud que disponen de matrices de riesgo actualizadas y que incorporan amenazas asociadas al cambio climático	100%
7.4.2	Fortalecer la atención oportuna de las personas afectadas por episodios o fenómenos climáticos extremos	Porcentaje de establecimientos de Salud que hayan implementado medidas de mitigación de los efectos de temperaturas extremas en sus instalaciones	100%
7.4.3	Mejorar la comprensión, habilidades y capacidades del sector salud sobre el Cambio Climático	Porcentaje de funcionarios del sector Salud que hayan completado capacitación en cambio climático y salud/Adaptación al cambio climático y salud/Mitigación y cambio climático en salud	100%

OE 8 SISTEMA DE SALUD

	Tema	Objetivo de impacto	Meta 2030
8.1	Sistemas de información en salud	Contar con sistemas de información de salud sostenibles, suficientes, integrados y alineados con las necesidades del sector	Porcentaje de Servicio de Salud con sistemas de información en salud con todos sus establecimientos interoperando y tributando a la historia clínica compartida > 50%
8.2	Trabajadores y trabajadoras de salud	Aumentar la equidad territorial en la distribución de recursos humanos en el sistema público de salud	Aumentar la densidad de trabajadores nucleares a 44,5 por 10.000 beneficiarios FONASA
8.3	Infraestructura y equipamiento	Fortalecer la infraestructura y equipamiento del sector con enfoque de equidad	100% las iniciativas de inversión en curso incluidas en el plan de diseño y rediseño de la red vigente de los Servicios de Salud
			Porcentaje del parque tecnológico incluido en plan de mantención con mantención preventiva programada ≥ 50%
8.4	Financiamiento de la salud	Mejorar el financiamiento público destinado a salud	Proporción de hogares que han incurrido en gasto en salud por sobre el 10% del ingreso familiar anual < 14,6%
8.5	Participación social	Fortalecer un modelo de gestión participativa en salud	100% de Servicios de Salud con cumplimiento total del plan de participación social y gestión de satisfacción usuaria
8.6	Salud familiar y comunitaria	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando hacia la cobertura universal	Proporción de personas que habitan en comunas adscritas a la atención primaria universal ≥ 50%
8.7	Salud digital	Desarrollar un modelo de atención de salud digital sostenible, que aporte al acceso, la atención oportuna y la información a los pacientes	Tasa de telemedicina (tele-consulta) > 53,7 por 1.000 beneficiarios FONASA
8.8	Salud global	Mantener la participación y cooperación internacional en salud	100% la participación en foros internacionales y actividades de cooperación técnica en salud, ejecutada o en desarrollo
8.9	Investigación en salud	Fortalecer la investigación asociada a procesos de toma de decisiones en políticas públicas de salud	Proporción de vacíos de conocimiento asociados a procesos de toma de decisiones en políticas públicas de salud, que se encuentran adjudicadas para investigación >50%
8.10	Reducción del riesgo de desastres en salud	Mitigar los efectos de las emergencias y desastres en la salud y bienestar	Mantener el porcentaje de eventos, en regiones afectadas, con mortalidad en exceso mayor a 3 meses en 0%

El sistema de salud corresponde al conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar o mejorar la salud. Sus tareas esenciales son la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión, todo lo cual debe ser distribuido en forma equitativa, respondiendo a las expectativas de las personas y ofreciendo protección financiera (1).

Los servicios de atención de salud son considerados como determinantes intermediarios de la salud ya que se encuentran entre aquellos elementos estructurales que determinan la posición social y los resultados de salud propiamente tal. Pueden actuar no solo mejorando la salud de la población, sino también disminuyendo las injusticias sociales en su distribución (2).

Los seis componentes fundamentales de los sistemas de salud son la gobernanza, la información, el financiamiento, la prestación de servicios, los recursos humanos y la gestión de las tecnologías sanitarias. Estos componentes interactúan entre ellos generando sinergias o consecuencias no deseadas (3).

En Chile, el Ministerio de Salud ejerce la rectoría del sector, siendo responsable de formular políticas, asignar el presupuesto, vigilar la salud pública y regular aspectos clave como infraestructura, equipamiento, atención asistencial, estándares para prestadores y normativas laborales para el personal de salud (4). Para desarrollar este rol, es fundamental contar con los recursos adecuados y distribuidos de forma equitativa el territorio, esto es fortalecer el financiamiento público de la salud y asegurar la distribución de los recursos humanos, infraestructura y equipamientos, todo ello en base al modelo definido que prioriza la atención primaria de salud, la salud familiar y comunitaria y la participación social. Junto con esto, para la gobernanza del sistema también es relevante contra con sistemas de información adecuados y apoyar la investigación e innovación en materia de salud. Finalmente, en un mundo globalizado y sujeto a constantes amenazas, la cooperación internacional y la gestión de los riesgos ante emergencias y desastres son también elementos constituyentes de un sistema de salud.

Así, los objetivos estratégico de este capítulo incluyen 1) Contar con sistemas de información de salud sostenibles, suficientes, integrados y alineados con las necesidades del sector; 2) Aumentar la equidad territorial en la distribución de recursos humanos en el sistema público de salud, 3) Fortalecer la infraestructura y equipamiento del sector con enfoque de equidad; 4) Mejorar el financiamiento público destinado a salud; 5) Fortalecer un modelo de gestión participativa en salud; 6) Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando hacia la cobertura universal; 7) Desarrollar un modelo de atención de salud digital sostenible, que aporte al acceso, la atención oportuna y la información a los pacientes; 8) Mantener la participación y cooperación internacional en salud; 9) Fortalecer la

investigación asociada a procesos de toma de decisiones en políticas públicas de salud; y 10) Mitigar los efectos de las emergencias y desastres en la salud y bienestar.

8.1. Sistemas de información en salud

Los sistemas de información en salud (SIS) se definen como el conjunto de elementos orientados a recoger o recibir, almacenar, procesar, y distribuir datos que permitan generar información. Una adecuada conducción del sistema de salud requiere de información oportuna, confiable y completa ya que esta es clave para la planificación, ejecución y evaluación de políticas y programas y en la gestión de los procesos clínicos y la eficiencia del uso de los recursos (1-3).

En Chile, existen una serie de normativas que regulan la información de salud. Por ejemplo, la Ley Nº 19.628 sobre Protección de la Vida Privada regula el tratamiento de datos personales, incluyendo datos de salud, estableciendo principios sobre el consentimiento informado, confidencialidad y seguridad de la información; la Ley Nº 20.584 regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, incluyendo el derecho a la privacidad y protección de la información clínica; y la Ley Nº 21.180 regula el uso de la historia clínica electrónica y establece normas para asegurar la confidencialidad y seguridad de los datos de salud digitalizados (4-6). Además, existen una serie de protocolos y normativas específicas para el manejo, resguardo y acceso a la información clínica y datos sanitarios como, por ejemplo, la Política General de Seguridad de la Información del MINSAL de 2019 que busca garantizar la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información institucional para asegurar la continuidad operacional de procesos y servicios mediante un sistema de gestión de seguridad de la información (7).

Según el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, esta institución es responsable de diseñar, implementar y mantener sistemas de información actualizados que entreguen datos estadísticos para formular, controlar y evaluar programas de salud, infraestructura, gestión de recursos humanos y financieros, así como para medir el impacto de sus acciones en la salud de la población y la calidad de la atención (8). El Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) es el encargado de proponer las políticas de información del sector, velando por su aplicación y definiendo estándares de datos, códigos y clasificaciones en los sistemas de información.

Por otra parte, en 2019 la OPS aprobó el Plan de Acción para fortalecer los Sistemas de Información para la Salud 2019-2023, cuyo objetivo es apoyar a los Estados Miembros en gestionar la calidad de los datos e información sanitaria (9). El proyecto "Sistemas de Información para la Salud" (IS4H) consiste en la gestión de sistemas interoperables con datos de distintas fuentes y que se utiliza para generar información estratégica que beneficie a la salud pública (10). En este contexto, el Ministerio de Salud de Chile ha desarrollado durante la última década el Sistema de Información de Red Asistencial (SIDRA), que da soporte a la gestión operacional mejorando la atención integral de los usuarios del sistema público de salud (11).

Sin embargo, durante la década anterior el proyecto de Historia Clínica Compartida no pudo concretarse, por lo que la meta de impacto para este tema no pudo ser evaluada. Actualmente, el Ministerio de Salud continúa impulsando la estrategia de interoperabilidad para todo el sector, lo cual es especialmente relevante tanto para la gestión de los procesos clínicos como para la instalación del nuevo modelo de salud digital para la entrega de servicios de salud a las personas (12). Dentro de otros avances de la década pasada destaca la instalación de registros clínicos electrónicos en atención primaria y hospitales y para la presente Estrategia Nacional, el indicador de impacto definido es la instalación de SIS interoperables tributando a la historia clínica compartida.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
8.1	Contar con sistemas de información de salud sostenibles, suficientes, integrados y alineados con las necesidades del sector	Porcentaje de Servicios de Salud que cuentan con sistemas de información en salud, en todos sus establecimientos, que interoperan y tributan a historia clínica compartida	> 50%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
8.1.1	Fortalecer la gobernanza de datos e información	Porcentaje de Servicios de Salud y Secretarías regionales ministeriales que cuentan con un comité de gobernanza de datos, con un delegado protección de datos y un plan institucional en gobernanza	100%
8.1.2	Avanzar en la interoperabilidad entre los diferentes sistemas de información	Proporción de Servicios de Salud que interoperan con los servicios de registros centralizados de la plataforma de Interoperabilidad MINSAL *	100%
8.1.3	Avanzar en la definición de estándares de datos	Porcentaje de egresos hospitalarios y defunciones codificadas utilizando CIE-11 en los sistemas estadísticos	100%

*Índice Maestro de Pacientes, Directorio de Prestadores Individuales e Institucionales y Servicios terminológicos.

8.2. Trabajadores y trabajadoras de salud

Los trabajadores de salud desempeñan un papel esencial a la hora de garantizar el acceso y mejorar la salud de la población. Si bien en las últimas décadas la preocupación por desarrollar recursos humanos para la salud (RHUS) adecuados, disponibles y calificados ha sido un elemento central de la agenda a nivel nacional, regional y mundial, aún queda mucho por hacer para cerrar las brechas existentes (1).

En las últimas décadas muchos países han reducido el déficit crítico de RHUS, especialmente en el nivel primario de salud, han mejorado la institucionalidad y fortalecido la definición de políticas y planes a largo plazo. Chile al 2023 contaba con aproximadamente 2,9 médicos y 3,7 enfermeras por cada mil habitantes, ambas cifras inferiores al promedio de los países de la OCDE, que son 3,7 y 9,2 respectivamente (2).

En cuanto a los trabajadores de la salud en la red asistencial pública, en 2019 existían 202.289, de los cuales el 65% se desempeñaba en los Servicios de Salud y 35% en atención primaria (3). Entre 2010 y 2020 la dotación de profesionales nucleares (médicos/as, enfermeras/os, matronas/es) pasó de 2,4 a 3,8 por cada 1.000 beneficiarios FONASA (4). Para cumplir con la meta de cobertura universal planteada en los ODS, la OMS estima que se necesitan 4,45 profesionales nucleares por cada 1.000 habitantes (5). En cuanto al balance entre médicos generales y especialistas, la mayor brecha se observa en la falta actual y futura de subespecialistas de las llamadas especialidades derivadas: medicina intensiva, nefrología, infectología, oncología, gastroenterología, hematología, nutrición clínica, ginecología, nefrología pediátrica y cirugía cardiovascular (6).

La OMS propone una estrategia mundial al 2030 para fortalecer los RHUS, centrada en cuatro objetivos principales: 1) mejorar el desempeño y la calidad del personal sanitario mediante políticas basadas en evidencia, sistemas de acreditación, mejor acceso a carreras de salud y reducción de la deserción; 2) alinear la inversión en RHUS con las necesidades poblacionales y del sistema de salud, reduciendo la dependencia de profesionales extranjeros, fomentando alianzas internacionales y generando al menos 10 millones de empleos adicionales en salud y atención social; 3) reforzar la gobernanza mediante políticas públicas efectivas, unidades de RHUS especializadas y mecanismos regulatorios; y 4) fortalecer los sistemas de información sobre RHUS. asegurando registros actualizados y el intercambio de datos para monitorear los avances (7).

En Chile, el año 2012 se formuló una política de recursos humanos en salud para el funcionamiento de redes asistenciales integradas, con énfasis en la atención primaria de salud, que incluía la necesidad de planificar el número y tipo de RHUS necesarios para el

país, diseñar políticas para atraer, reclutar, retener y desarrollar al personal sanitario, así como contar con estrategias de gestión del desempeño (8). Durante los últimos años, se han hecho esfuerzos por cerrar la brecha de RHUS tanto en APS como de especialistas, a través del trabajo con instituciones formadoras, la inversión en la ampliación de las oportunidades de especialización para médicos y la mejora de las condiciones laborales y de desarrollo profesional (9, 10).

Los Objetivos Sanitarios 2011-2020 contemplaron aumentar la densidad de profesionales nucleares en el sector público de salud, meta que fue lograda, y trabajar sobre riesgo psicosocial de los funcionarios, lo que en el segundo quinquenio no fue posible de medir. También existieron avances en la cantidad de hospitales nuevos con dotación adecuada, en la disponibilidad de capacitación y en el acceso a programas de calidad de vida. Para esta década, el indicador de impacto se refiere a la equidad territorial de los RHUS medido a través de los profesionales nucleares.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
8.2	Aumentar la equidad territorial en la distribución de recursos humanos en el sistema público de salud	Densidad de trabajadores nucleares (médicos/as, enfermeras/os, matronas/es) en el sector público de salud	≥ 44,5
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
8.2.1	Diseñar, implementar y monitorear políticas y normativas que promuevan la protección de la salud, seguridad, buen trato y clima laboral de los/as funcionarios/as en el Sistema Público de Salud	Proporción de establecimientos de salud que cuentan con Unidad u Oficina de Salud del Trabajador o análogas	22,4%
8.2.2	Fortalecer el diseño de perfiles de cargo y los procesos de selección, reclutamiento, ascenso, promoción y desarrollo de personas en el Sistema Público de Salud	Porcentaje de funcionarios que aprueban actividades del programa anual de capacitación en áreas priorizadas	90%
8.2.3	Fomentar el diseño, implementación y monitoreo de políticas en cuidados infantiles de los/as funcionarios/as del Sistema Público de Salud	Porcentaje de reparticiones públicas de salud que cuentan con salas cunas institucionales, acreditadas de acuerdo a la ley N°20.832 del MINEDUC para sus funcionarias/os	40%

8.3. Infraestructura y equipamiento

La inversión en infraestructura de salud implica mejorar y renovar la red asistencial, asegurando el acceso oportuno de la población a la atención de salud y contribuyendo a lograr la cobertura universal de salud (1, 2). Se entiende por infraestructura las instalaciones y edificios necesarios para brindar atención de salud, tanto en los elementos estructurales, como el mantenimiento de las instalaciones. Esto, junto con la incorporación de nuevas tecnologías y el mantenimiento adecuado, permite entregar un estándar apropiado de atención y asegurar un mayor retorno social de la inversión (3).

En la mayoría de los países, la forma de medir la infraestructura es a través del número de hospitales, que representan gran parte de la inversión fija total, y mediante las camas hospitalarias, que indican los recursos disponibles para pacientes hospitalizados (4). En Chile, desde 1990 se han hecho importantes esfuerzos de mejoramiento de la infraestructura, para permitir un adecuado desempeño y responder al aumento en la demanda asistencial, debido al importante incremento de personas mayores y enfermedades crónicas no transmisibles, aunque aún existen brechas (5). La red asistencial pública está conformada mayoritariamente por hospitales públicos y por la Atención Primaria de Salud, los que cubre a más del 80% de la población. La disponibilidad de camas es de 2 por 1.000 habitantes, 267.220 camas en total el año 2022 (5). Si bien no hay un estándar mundial para la densidad de las camas hospitalarias, el promedio mundial de 2,9 por 1.000 habitantes, y el de la OCDE 4,3 por 1.000 habitantes (6).

En relación con el equipamiento, aún existen desafíos para realizar un mantenimiento preventivo que garanticen la correcta operación, lo que genera equipos subutilizados o equipos en funcionamiento con vida útil sobrepasada y con operación deficiente, todo lo cual aumenta los costos de atención, al necesitar duplicar pruebas o compras de servicio al extrasistema (7).

En este marco, el Plan de Inversiones es uno de los elementos básicos para cerrar las brechas existentes. En la década pasada, se observaron avances en la construcción de hospitales y CESFAM, en la eficiencia energética de estos y en los equipos médicos. (7, 8). Las metas de los indicadores de impacto de la Estrategia Nacional pasada de aumentar en 30 los hospitales en operación y aumentar a 150 los centros de atención primaria en operación, ya sea por mejoramiento, normalización y/o reposición, fueron cumplidas, llegando a 33 y 2016 respectivamente.

Para este período se busca fortalecer la infraestructura y equipamiento del sector con enfoque de equidad, para lo cual se pretende que todas las iniciativas de inversión están

incluidas en el plan de diseño y rediseño de la red respectiva, y la ejecución de las mantenciones preventivas programadas del parque tecnológico.

Cadena de Resultados y Marco de Medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
8.3	Fortalecer la Infraestructura y Equipamiento del sector con enfoque de equidad	Porcentaje de iniciativas de inversión en curso durante el año (estudio, diseño, ejecución) que están incluidas en el plan de diseño y rediseño de la red vigente de los Servicios de Salud	100%
		Porcentaje del parque tecnológico que se encuentra dentro de un plan de mantención (cobertura) por el porcentaje de mantenciones preventivas programadas que son ejecutadas (efectividad)	50%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
8.3.1	Mejorar la eficiencia en los procesos de inversión y operación de la infraestructura y el equipamiento	Proporción de proyectos al día de acuerdo con lo planificado para la década	> 85%
8.3.2	Asegurar la disponibilidad de la infraestructura y el equipamiento sanitario	Porcentaje de establecimientos con sistema de gestión de mantenimiento preventivo operativo	100%
		Porcentaje de ejecución del programa de reposición anual de equipos médicos, equipos industriales y vehículos	100%
8.3.3	Priorizar las inversiones en infraestructura y equipamiento de acuerdo con el diseño de la red y adecuadas a las necesidades de la población	Porcentaje de iniciativas en desarrollo que se encuentran incorporadas en el plan anual de inversiones, que responden a la priorización de necesidades efectuada conforme al manual de criterios de priorización	80%

8.4. Financiamiento de la salud

El financiamiento de la salud es una función central de los sistemas de salud que apunta a mejorar la salud y reducir las desigualdades, removiendo barreras económicas de acceso o reduciendo el impacto del gasto en salud para las familias. Su correcta planificación y ejecución permitirá el progreso hacia la cobertura universal de salud (1).

La financiación consiste en recaudar y mancomunar los fondos para cubrir las necesidades de las personas, de forma individual o colectiva. Comprende tres acciones básicas: determinar los recursos financieros disponibles en el sistema de salud; fusionar los recursos provenientes de impuestos, cotizaciones sociales, copagos y otros, y distribuir y asignar los recursos dentro del sistema. De la función de financiación se espera que recaude fondos suficientes, que brinde un sistema de mancomunación de fondos para compartir los riesgos financieros de forma solidaria y que garantice el uso de los recursos de manera eficiente (2).

A nivel mundial el gasto en salud ha crecido continuamente y por sobre el crecimiento económico de los países. En 2018 llegó a representar el 9,8% del Producto Interno Bruto (PIB) mundial, con un gasto promedio per cápita de 1.110 dólares (3), variando entre países de ingresos bajos, con gasto promedio de 41 dólares, y de ingresos altos, con promedio de 2.937 dólares (4). Si bien, virtualmente los países han aumentado el gasto per cápita en salud y disminuido el gasto de bolsillo, cerca de 930 millones de personas corren el riesgo de caer en la pobreza debido a gasto catastrófico en salud, calculado como 10% o más del presupuesto familiar (5).

El sistema de salud chileno tiene una estructura segmentada por riesgo e ingreso, con altos niveles de inequidad y, además, ineficiencia. El financiamiento del sector público, en aumento a través del tiempo, sigue siendo insuficiente, lo que afecta a la mayoría de las personas. En la última década, el gasto en salud, como porcentaje del PIB, pasó del 6,7% en 2011 a 9,3% en 2019. El gasto per cápita en salud, por su parte, aumentó de 1.377 a 2.404 dólares en el mismo período (6, 7).

El gasto público en salud representa aproximadamente el 50% del gasto total en salud y el 50% restante proviene de seguros privados y gasto de bolsillo (7). El 78,4% del gasto público en salud correspondió a gastos asistenciales, siendo la mayor proporción de estos recursos ejecutadas en prestadores públicos de salud y un 11% en compras y subsidios a prestadores privados (8). El gasto de bolsillo de los hogares fue de 31% al año 2019, mayor al promedio de la OCDE de 17%, siendo los medicamentos, los servicios dentales y las prestaciones de servicios hospitalarios, los factores que más influyen en este incremento (9,10).

Ante esto el país ha realizado una serie de reformas para dar respuesta a las crecientes necesidades sanitarias de la población. Entre ellas algunas que tienen impacto directo en el ámbito del financiamiento son la regulación de las ISAPRES, la ley de autoridad sanitaria, el régimen de Garantías Explícitas en Salud, la regulación de fármacos y un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo (2). A estas estrategias se agrega el año 2022 la política de Copago Cero de FONASA que permite a los beneficiarios gratuidad en todas sus atenciones en el sistema público de salud (11).

En la década pasada, la meta de disminuir el gasto de bolsillo tuvo un avance discreto, pasando de 34,5% a 31,5%. En cuanto a la meta que mide la relación entre ingresos y gastos hospitalarios, esta logró un avance importante. Para esta década se busca disminuir el gasto catastrófico de los hogares usando un umbral de 10%.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
8.4	Mejorar el financiamiento público destinado a salud	Proporción de personas que viven en hogares que han incurrido en gasto en salud por sobre el 10% del ingreso familiar anual	< 14,6%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
8.4.1	Fortalecer la protección financiera en salud	Porcentaje de Gasto de Bolsillo en Salud sobre el Gasto Total en Salud	26%
		Porcentaje del ingreso bruto por cotizante destinado a copagos de sus beneficiarios (cotizante y cargas) por seguro de salud	1,90%
8.4.2	Mejorar la gestión y eficiencia del uso de recursos financieros del sector	Porcentaje del gasto público en salud utilizado en mecanismos de pago agrupados por riesgo clínico	41,5%

8.5. Participación social

La participación social en salud es entendida como un proceso histórico en donde la relación entre el Estado y la ciudadanía es más cercana, más horizontal y responsable. Corresponde a un concepto dinámico que ha evolucionado a lo largo de las décadas, conforme han cambiado las políticas de salud pública. Actualmente se define como el proceso activo por el que se establece una relación de colaboración entre el gobierno y la población en la planificación, implementación y utilización de los servicios de salud (1). Se ha considerado una función esencial de la salud pública que permite facilitar el protagonismo y la adhesión de la comunidad organizada a los diferentes programas sanitarios, así como las alianzas intersectoriales (2).

La Declaración Internacional sobre Derechos Humanos reconoce y protege el derecho de los ciudadanos a participar en la dirección de los asuntos públicos. En el ámbito de la salud, la conferencia de Alma Ata marca la inclusión de la participación social en salud, y más recientemente, la Agenda de salud sostenible para las Américas 2018 – 2030 (ASSA) considera dentro de sus objetivos, promover la participación social (3-4). Así también, la Estrategia y Plan de Acción sobre promoción de la salud en el contexto de los ODS indica que es necesario fortalecer la participación y empoderamiento de la comunidad a través de espacios de participación, trabajo en red y refuerzo del papel de las comunidades (5).

En Chile, existen diversos cuerpos legales que dan sustento a la participación social en salud. La ley N°20.500 señala como deber del Estado el reconocer a las personas el "derecho de participar en sus políticas, planes, programas y acciones". Su operacionalización en el sector sanitario se realiza a través de la Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud. La ley Nº19.880 que establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la administración del Estado, regula la gestión de solicitudes ciudadanas señalando que estas deben ser respondidas formalmente e indica plazos de respuesta (6-8).

En el sector salud también existen varias leyes, incluyendo la Ley N°20.285 sobre acceso a la información pública, la Ley Nº20.584 sobre derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud y la Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria que, entre otras cosas, crea instancias y mecanismos de participación de la sociedad civil cuya naturaleza depende del tipo de establecimiento o entidad a la cual está referida (9).

En el marco de la Ley de Autoridad Sanitaria se establecen instancias formales para llevar a cabo la participación social: se crea en cada Secretaría Regional Ministerial de Salud un

Consejo Asesor, se establece en cada Servicio de Salud un Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA) y se obliga a los establecimientos autogestionados en red, a mantener procedimientos que midan la calidad de las atenciones prestadas y la satisfacción de los usuarios. Además, se crean los Consejos Consultivos de Usuarios en los establecimientos de salud, los que se compone de representantes de la comunidad vecinal y de los trabajadores del establecimiento, y que tienen por función asesorar a la dirección del establecimiento en la fijación de políticas, definición y evaluación de planes institucionales (9).

En la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, la participación social se enfocó en la realización de consultas ciudadanas sobre las políticas públicas de salud, indicador que tuvo un avance discreto. Sin embargo, se logró implementar cuentas públicas y consejos consultivos en todas las SEREMI y Servicios de Salud del país. Para esta década, el indicador de impacto se relaciona con el cumplimiento del plan de participación social en los Servicios de Salud.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
8.5	Fortalecer un modelo de gestión participativa en salud	Porcentaje de Servicios de Salud con cumplimiento total del Plan de Participación social y gestión de satisfacción usuaria	100%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
8.5.1	Fortalecer los mecanismos de participación social y rendición de cuentas de directores y directoras de Servicios de Salud y Establecimientos Autogestionados en Red (EAR)	Porcentaje de directores y directoras de Servicios de Salud y Establecimientos EAR que participan en el fortalecimiento de mecanismos de participación social y rendición de cuentas	100%
8.5.2	Aumentar la participación de las personas usuarias, comunidad organizada o no organizada y organizaciones de la sociedad civil en los procesos de diagnóstico, diseño, implementación y evaluación de planes, programas y proyectos relacionados con su salud	Porcentaje de Servicios de Salud que planifican e implementan al menos 6 actividades con participación de las personas usuarias, comunidad organizada o no organizada y organizaciones de la sociedad civil con perspectiva de género e inclusión de grupos históricamente excluidos de la toma de decisiones en materias de salud	100%
8.5.3	Propiciar y fortalecer capacidades, competencias y habilidades en metodologías participativas en actores involucrados a través de programas de formación	Porcentaje de Servicios de Salud que implementan a lo menos un programa anual de formación para el desarrollo de capacidades, competencias y habilidades en metodologías participativas destinados a actores involucrados	70%

8.6. Salud familiar y comunitaria

Existe sólida evidencia que respalda a la Atención Primaria en Salud (APS) como eje central de los sistemas de salud. Países con una APS fortalecida tienen mejores niveles de salud, menor uso de servicios de urgencia y menor tasa de hospitalizaciones innecesarias, mejor acceso a la atención, menor gasto y más equidad (1).

Son elementos constitutivos de la definición de APS la integralidad y el enfoque comunitario, centrado en la ciudadanía, relevando los valores de la equidad, la participación y la intersectorialidad para el abordaje de determinantes sociales. Desde Alma Ata la OMS promueve una APS centrada en la comunidad, intersectorial e inclusiva, como base para lograr la cobertura universal de salud y fortalecer la equidad (1-3).

En este sentido, el modelo adoptado en varios países de Latinoamérica sobre salud familiar y comunitaria se aplica en Chile a través del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), que pone a la familia y comunidad como núcleo de intervención, desde un enfoque biopsicosocial y cultural, a través de equipos con población a cargo, atención integral, continua y centrada en las personas (2). La implementación del modelo alcanzaba a 2018 un 60% de avance, destacando un alto nivel de implementación de los ejes relacionados con tecnologías, promoción de la salud y participación comunitaria y un menor desarrollo de los ejes de enfoque familiar y calidad (1).

Derivado del MAIS, en 2020 el Ministerio de Salud publicó el marco conceptual de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad, estrategia que considera las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales en el curso de vida (4) y en los últimos años se ha avanzado a la universalización de la APS buscando lograr la cobertura universal con efectividad, resolutividad y calidad de la atención (5, 6).

El objetivo de impacto para esta temática corresponde al avance de la APS universal en el país, para lo cual se requiere fortalecer la gobernanza, avanzar en la instalación de la estrategia ECICEP y continuar reforzando la instalación de MAIS en la atención primaria del país.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
8.6	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando hacia la Cobertura Universal	Proporción de personas que habitan en comunas adscritas a la Atención Primaria universal	≥ 50%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
8.6.1	Fortalecer la gobernanza de la atención primaria de salud	Porcentaje de comunas que implementan plan de mejora en universalización de APS	100%
		Porcentaje de comunas universalizadas que implementan o cuentan con equipo motor comunal que lidera el trabajo intersectorial en salud	100%
8.6.2	Fortalecer la implementación de la continuidad del cuidado integral centrado en la persona a través de la Red	Porcentaje de establecimientos que implementan la Estrategia de Cuidados Integrales Centrados en las Personas (ECICEP)	80%
		Porcentaje de servicios de salud que incorpora al programa anual del Consejo Integrado de la Red Asistencial (CIRA), temas vinculados a la continuidad de los cuidados dentro de la red de salud	80%
		Porcentaje de programas de formación para profesional de pregrado que incorporan en su malla curricular el cuidado integral centrado en la persona, familia y comunidades	≥ 20%
8.6.3	Fortalecer la implementación del modelo de salud integral, familiar y comunitaria	Porcentaje de establecimiento de atención primara certificados en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria	60%
		Porcentaje de Servicios de salud que incorpora capacitación en torno al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria para los establecimientos de salud bajo su jurisdicción en su plan anual de capacitación	100%

8.7. Salud digital

La salud digital es el concepto que incorpora de tecnologías de información y la comunicación (TIC) a productos, servicios y procesos de atención sanitaria, así como a las organizaciones o instituciones que pueden mejorar la salud y bienestar de los ciudadanos. La salud digital es reconocida por la OMS como un aporte a los sistemas tradicionales y como una oportunidad para desarrollar la salud pública. Tecnologías como la asistencia virtual, la supervisión a distancia, la inteligencia artificial, los dispositivos inteligentes, las plataformas y las herramientas que permiten captar e intercambiar datos e información, pueden mejorar los resultados sanitarios (1, 2).

En 2018, la Asamblea Mundial de la Salud reconoció la importancia de las tecnologías digitales para el avance en la Cobertura Universal de Salud. En su resolución (WHA 71.7) instó a los ministerios de salud a evaluar el uso de tecnologías digitales y dar prioridad al desarrollo, evaluación, implementación, ampliación y mayor uso de estas tecnologías. En la 73ª Asamblea Mundial de la Salud, se refrendó la Estrategia mundial sobre salud digital 2020-2025.

Por otra parte, la Agenda 2030 recalca que la expansión de las TIC y la interconexión mundial ofrecen grandes oportunidades para la consecución de los 17 ODS, y que serán un factor facilitador para alcanzar la cobertura sanitaria universal (3). Recientemente, la OMS publicó la Guía sobre el Uso de la Salud Digital, con recomendaciones basadas en evidencia sobre intervenciones digitales para el fortalecimiento de los sistemas de salud (4). Asociado a ello, la OMS anunció la creación del Departamento de Salud Digital, con el cual reforzará su función de evaluación de las tecnologías digitales y apoyará a los Estados Miembros a priorizarlas, integrarlas y regularlas (5).

La cobertura de prestaciones digitales en Chile país aumentó significativamente con la pandemia de COVID-19 a expensas de varias iniciativas innovadoras. Desde la red pública de prestadores, tanto las atenciones de profesionales sincrónicas y asincrónicas, como las labores de apoyo relativas a capacitaciones y difusión actualmente son rutinarias y además, se incluye varios análisis epidemiológicos de algunos temas específicos abordados con estrategias digitales particulares (6).

Así, Chile ha impulsado importantes proyectos de telemedicina y telesalud desde universidades y agencias de gobierno. Entre ellos se encuentra el Hospital Digital, el cual es un modelo de atención sanitaria, a cargo del Ministerio de Salud, que tiene por objeto poner

en marcha y operar prestaciones de salud a distancia, para proveer un acceso oportuno y de calidad en atenciones de salud, aumentando las coberturas horarias de atención, contribuyendo a la reducción de listas de espera y mejorando los niveles de resolutividad de la atención primaria en salud (7, 8).

En 2018 se crea el Departamento Hospital Digital en el Ministerio de Salud, organismo encargado de diseñar, construir, poner en marcha y operar soluciones de medicina digital que permitan asegurar un acceso oportuno y de calidad en atenciones de salud, aumentando las coberturas horarias de atención, y contribuyendo a la reducción de listas de espera a través de mejorar la resolutividad a los centros de atención primaria del país. En 2019 Hospital Digital se transforma en el Departamento de Salud Digital dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, el que tiene el mandato de facilitar la provisión de servicios de salud a distancia en el marco del Modelo de Atención Integrada de Salud Familiar y Comunitaria y las Redes Integradas de Servicios de Salud (7).

Por lo tanto, el OI establecido en esta temática es desarrollar un modelo de atención de salud digital el que será monitorizado a través del indicador de la tasa de telemedicina.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
8.7	Desarrollar un modelo de atención de salud digital sostenible, que aporte al acceso, la atención oportuna y la información a los pacientes	Tasa de telemedicina (tele-consultas) por 1.000 beneficiarios FONASA	> 53,7 por 1.000 beneficiarios FONASA
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
8.7.1	Definir la gobernanza en el modelo de salud digital y con los sistemas de información del intersector	Porcentaje de avance de implementación de la norma de telemedicina	100%
8.7.2	Fortalecer el desarrollo de capital humano sectorial y la alfabetización digital de los usuarios y la comunidad en Salud Digital	Porcentaje de usuarios que reportan satisfacción de la atención o experiencia en salud digital	93%
		Porcentaje de profesionales del sector público de salud con participación en congresos, seminarios o capacitación en salud digital a los 5 años	20%

8.8. Salud global

La relación entre el proceso de globalización actual y sus efectos sobre la salud de las poblaciones es incuestionable, aunque profundamente compleja. Desde una perspectiva sanitaria, la globalización conlleva tanto oportunidades como desafíos. En este contexto, el concepto de salud global surge como una superación de la ayuda internacional unilateral, proponiendo un enfoque más amplio para abordar las dinámicas de poder entre regiones y países, ya que estas influyen de manera significativa en el bienestar y la salud de las sociedades en todo el mundo (1).

La reciente pandemia de COVID-19 puso en evidencia que, más allá del origen local o global de un problema sanitario, las poblaciones más vulnerables, sin importar su ubicación geográfica, son consistentemente las más afectadas (3). Las desigualdades de poder político y económico dentro de los países también se reflejan en el ámbito internacional. Por ello, dentro del amplio marco de los determinantes sociales de la salud, las relaciones internacionales ocupan un lugar central. Es responsabilidad de cada país abordarlas de manera adecuada y acorde a sus capacidades (1).

Existen cuatro principales vías de acción en el ámbito de la salud global: 1) el desarrollo de instrumentos regulatorios como el Reglamento Sanitario Internacional, el Convenio Marco para el Control del Tabaco o el Acuerdo de París; 2) la cooperación técnica para enfrentar emergencias sanitarias, fortalecer los sistemas de salud o capacitar recursos humanos; 3) la canalización de ayuda financiera de gobiernos e instituciones hacia países de bajos ingresos, ya sea bilateralmente o a través de organismos multilaterales; y 4) la creación de iniciativas globales de alto impacto, como el Fondo Mundial para la lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (Global Fund), la Alianza Global para Vacunas e Inmunización (GAVI) o la iniciativa COVAX para la distribución equitativa de vacunas contra la COVID-19 (2).

La actual Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible constituye por sí misma un esfuerzo sostenido por parte de los países y los organismos internacionales de alinear diversos sectores sociales en torno a metas de salud pública, en coherencia con el progreso social y el crecimiento económico global (3).

En Chile, la Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales (OCAI) del Ministerio de Salud es la entidad encargada de coordinar la participación del país en foros y acuerdos bilaterales y multilaterales en materia de salud. Esta oficina tiene como función principal asegurar la adecuada representación del Ministerio, así como formular posiciones comunes, estrategias, políticas y programas conjuntos con otros países, que contribuyan a mejorar la gestión sanitaria y sus resultados. De este modo, OCAI concreta las prioridades del sector salud y de

la política exterior de Chile en el ámbito internacional, canalizando además la participación del país en iniciativas regionales y globales en las que la salud desempeña un rol relevante (4). La presencia y participación de Chile en esta instancia es fundamental para acceder a información y recursos clave, coordinar respuestas ante emergencias sanitarias globales, fortalecer capacidades internas y técnicas, y defender intereses en decisiones que impactan a nivel global. Además, fomenta la equidad, la solidaridad internacional y el cumplimiento de los ODS, al tiempo que posiciona al país como un actor activo y responsable en el escenario internacional de la salud.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
8.8	Mantener la participación y cooperación internacional en salud	Proporción de participación en foros internacionales y actividades de cooperación técnica en salud ejecutadas o en desarrollo	100%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
8.8.1	Fortalecer la participación en la agenda internacional	Porcentaje anual de actividades planificadas en la agenda internacional que son efectivamente ejecutadas	90%
8.8.2	Incrementar la difusión de actividades de cooperación y relaciones internacionales	Porcentaje de secciones que incluyen difusión de actividades de cooperación y relaciones internacionales en el portal www.ocai.cl	90%

8.9. Investigación en salud

Hace cerca de 30 años, se estableció que la mayoría de los recursos destinados a investigación biomédica eran utilizados en problemas que afectaban sólo a una muy pequeña parte de las prioridades de salud pública en el mundo, por lo que la gran carga de enfermedad quedaba desatendida desde esta perspectiva (1). Si bien las ciencias básicas contribuyen en la generación de conocimiento y entendimiento de la naturaleza de los problemas de salud, muchas veces no cuenta con lineamientos en aspectos prácticos que permitan su traducción a nuevas tecnologías sanitarias y su implementación, lo que aparentemente, se contrapone con la búsqueda de la satisfacción de necesidades desde la perspectiva de la salud pública (2).

La investigación en salud no solo tiene un impacto propiamente sanitario, si no que tiene un correlato directo con el crecimiento económico, por lo que debiese ser una prioridad en todos los países al margen de sus niveles de ingreso y de sus fases de desarrollo socioeconómico (3). Los resultados de la investigación en salud permiten reducir las incertidumbres y optimizar la toma de decisión a todo nivel, tanto en atención clínica como en el diseño de políticas públicas de salud.

En Chile, el FONIS, administrado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo, corresponde a un esfuerzo sectorial en materia de producir investigación relevante para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios planeados por el Ministerio de Salud. El FONIS financió 237 proyectos entre 2012 y 2020, siendo más de un tercio de ellos relativos al área de salud pública, según las definiciones internas del concurso (4). Sin embargo, está aún pendiente establecer mecanismos que resguarden el valor social de las investigaciones financiadas por este fondo, ya sea a través de alinear la investigación con vacíos de conocimientos explícitos requeridos para las tomas de decisiones en políticas públicas, o bien asegurando la traducción de los resultados de investigación a políticas públicas del sector.

La estrategia de la OMS sobre investigación en salud fue aprobada por unanimidad en la 63.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2010 (5) y en los ODS, la investigación es reconocida como elemento relevante, usando como ejemplo, el resultado de avanzar en el desarrollo de vacunas (6). Esto, se ha visto dramáticamente reforzado con el enorme desafío que significó la pandemia de COVID-19.

La OMS plantea que es posible mejorar la investigación en salud en cuatro objetivos prioritarios: creando capacidad investigativa al interior de los propios países, estableciendo normas explícitas para la investigación en salud, supervisando la adecuada traducción de la mejor evidencia en tecnologías sanitarias asequibles para toda la población, y estableciendo prioridades de investigación claras y operacionales (5).

Por lo anterior, para la década 2021 -2030 se fortalecerá la institucionalidad en relación a la investigación en salud, generando una estructura específica al interior de Ministerio de Salud que permita una mejor coordinación con la ANID y el levantamiento de las necesidades específicas de la institución en cuanto a brechas de conocimiento.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
8.9	Fortalecer la investigación asociada a procesos de toma de decisiones en políticas públicas de salud	Proporción de vacíos de conocimiento asociados a procesos de toma de decisiones en políticas públicas de salud que se encuentran adjudicadas para investigación en el año en curso	50%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
8.9.1	Fortalecer la aplicación de resultados generados en investigación científica en políticas públicas	Porcentaje anual de proyectos con financiamiento FONIS que cuenten con reportes breves destinados a los tomadores de decisión	50%
8.9.2	Fortalecer el funcionamiento y posicionamiento de un sistema de priorización y gestión de las brechas de conocimiento en políticas y sistemas de salud	Porcentaje de preguntas priorizadas por el Ministerio de Salud que sean abordadas en proyectos de investigación con financiamiento público	50%

8.10. Reducción del riesgo de desastres en salud

La OMS define una catástrofe como aquella situación imprevista que representa serias e inmediatas amenazas para la salud pública, que pone en peligro la vida o salud de una cantidad significativa de personas y exige la acción inmediata (1). La catástrofe es un evento de origen natural o humano que actúa como detonante de una crisis. El desastre consiste en el impacto de esa crisis, en sus perniciosas consecuencias humanas, sociales y económicas (2). Una catástrofe o un desastre desborda la capacidad de la comunidad afectada para poder hacer frente, con sus propios medios, a los efectos producidos (3).

Entre el 2005 y el 2014 existió un promedio de 335 desastres por año relacionados con el clima con un aumento representativo del 14% respecto del decenio anterior y se prevé que el número de desastres continuará aumentando (4). En la región de las Américas, entre 1970 y 2018, han ocurrido aproximadamente 4.500 situaciones de desastres, siendo los eventos más frecuentes los hidrológicos y meteorológicos (5).

La tarea de disminuir los riesgos de los desastres convoca el interés global y ha sido definida por la ONU como un indicador para el desarrollo humano. Si bien no es posible controlar el curso de los fenómenos naturales, sí es posible monitorear su impacto a través de la Gestión Integral del Riesgo de Desastres (GIRD) (6), que es el proceso social de planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas y acciones permanentes para el conocimiento de los riesgos a los que una comunidad está expuesta. Involucra, además, el impedir o evitar la generación de un desastre, la reducción o control de este cuando ya existe y la posterior recuperación.

Al 2020, cerca de la mitad de los países de la región tenían estrategias, planes y políticas de reducción del riesgo de desastres, aunque este avance en la construcción de una política pública aún no se ajusta a la magnitud del desafío. Chile ha formulado políticas y estrategias en los marcos y acuerdos internacionales. Desde 2023, es el Servicio Nacional de Prevención y Respuesta ante Desastres (SENAPRED) el organismo técnico del Estado que lidera la coordinación del Sistema Nacional de Protección Civil y la Plataforma Nacional para la Reducción del Riesgo de Desastres (7). También se han sentado bases para la formulación de instrumentos oficiales de gestión del riesgo a través la Política Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (8).

En el sector salud, el Departamento de Gestión de Riesgos en Emergencias y Desastres tiene por objetivo conducir y coordinar las acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y recuperación ante desastres en el sector Salud. Para la década anterior se logró

que más del 70% de los desastres no alteraran la tasa bruta de mortalidad más allá de los 3 meses posteriores a la ocurrencia.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
8.10	Mitigar los efectos de las emergencias y desastres en la salud y bienestar	Porcentaje de eventos, en regiones afectadas, con mortalidad en exceso mayor a 3 meses	Mantener en 0%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
8.10.1	Fortalecer la institucionalidad y gobernanza para la gestión de riesgo de desastres en forma transversal, considerando una visión sistémica y prospectiva	Porcentaje de SEREMIs que cuentan con Departamento de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres, con profesionales formados formalmente en la gestión del riesgo de desastres	50%
		Porcentaje de Servicios de Salud que cuentan con Departamento de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres, con profesionales formados formalmente en la gestión del riesgo de desastres	28%
		Porcentaje de SEREMIs y Servicios de Salud que cuentan con un Plan de Respuesta a Emergencias	100%
		Porcentaje de hospitales que cuentan con un Plan de Respuesta a Emergencias	75%
8.10.2	Mejorar la comprensión, habilidades y capacidades del sector salud para el enfrentamiento de emergencias y desastres bajo un enfoque multi amenaza	Porcentaje de profesionales de la salud que cuentan con capacitación para enfrentamiento de amenazas y emergencias	35%
8.10.3	Aumentar la capacidad de resiliencia del sector salud, optimizando la respuesta y recuperación, asegurando la continuidad de la prestación de servicios	Porcentaje de establecimientos de salud que cuentan con implementación de estrategias ISH	26%
		Porcentaje de establecimientos de salud que cuentan con implementación de estrategias INGRID-H	18%
		Porcentaje de Servicios de Salud que cuenta con infraestructura, equipamiento y stock critico desplegable para atención de Salud	52%

OE 9 CALIDAD DE LA ATENCIÓN

	Tema	Objetivo de impacto	Meta 2030
9.1	Eficacia	Fortalecer la entrega eficaz de servicios de salud	Proporción de egresos hospitalarios por causas evitables < 12,7%
9.2	Acceso	Fortalecer el acceso a servicios de salud	Porcentaje de personas en lista de espera con más de 1 año de espera < 10%
9.3	Seguridad en la atención	Fortalecer la seguridad clínica en la entrega de servicios de salud	Tasa de neumonías asociadas a ventilación mecánica < 9,6 por 1.000 días de ventilación mecánica
9.4	Satisfacción usuaria	Mejorar la satisfacción usuaria en la entrega de servicios de salud	Aumentar a 90% los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud que presentan puntaje >6 en la medición anual de trato al usuario

La calidad de la atención en salud es un concepto reconocido en la literatura por su multidimensionalidad. En términos generales, la OMS sugiere que una definición de calidad necesita tomar una perspectiva del sistema de salud como un todo y reflejar preocupación por los resultados obtenidos, tanto por los usuarios de los servicios como por las comunidades enteras (1). Si bien existen muchas definiciones de calidad, un sistema de salud deberá mejorar en todas las dimensiones de esta, pero en especial en aquellas más sentidas por la población o de mayor impacto económico como son: acceso, seguridad, efectividad, eficiencia, aceptabilidad/centrada en el paciente, equidad y satisfacción usuaria (2).

Por esto, la garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos han sido reconocido como funciones esenciales de la salud pública. Por servicios de calidad, se entiende la entrega del cuidado adecuado, en el momento oportuno, respondiendo a las necesidades y preferencias de los usuarios, y que al mismo tiempo minimiza el daño y el uso inadecuado de recursos. Los servicios de calidad aumentan la probabilidad de obtener el resultado de salud deseado y son consistentes con el conocimiento actual (3).

Desde otra perspectiva, la valoración social del sistema de atención en salud depende no sólo de la capacidad resolutiva, de la oferta de servicios y de la calidad técnica de los

profesionales, entre otros factores, sino también de aspectos no médicos vinculados a la atención. Tal como la consideran algunos autores, la satisfacción usuaria es una evaluación de la entrega de servicios de calidad que satisfagan a usuarios y usuarias (4, 5). Esta aproximación hace alusión al efecto que sobre la percepción de la población usuaria tienen los resultados en salud. En definitiva, la calidad de la atención en salud es resultado de la interacción entre aspectos técnicos y no técnicos que se deben considerar al momento de abordar esta problemática.

El objetivo estratégico de calidad de la atención incluye fortalecer la entrega de servicios de salud con equidad y calidad, con énfasis en: 1) eficacia 2) acceso 3) seguridad y 4) satisfacción usuaria.

9.1. Eficacia

La eficacia de los sistemas de salud se refiere a su capacidad para lograr los resultados deseados. Esta dimensión de la atención sanitaria se encuentra incluida dentro del marco evaluativo de los sistemas de salud propuesto tanto por la OMS como por otros organismos internacionales (1-3)

El monitoreo y evaluación de la eficacia se realiza mediante la medición de los resultados de salud de la población, los que están incorporados en los distintos objetivos estratégicos que se presentan en este documento. Po tanto, esta sección se focalizará en aspectos de la eficacia de la atención de salud como red.

Una aproximación habitualmente utilizada para medir la eficacia del sistema de salud es a través de la cuantificación de hospitalizaciones consideradas evitables (4). Las hospitalizaciones evitables son aquellas producidas por patologías que podrían haberse gestionado de manera adecuada de forma ambulatoria, lo que implica disponer de una atención primaria de salud efectiva y oportuna. Estas hospitalizaciones representan entre el 11% y el 13% de los egresos hospitalarios en Chile, observándose una disminución durante el periodo 2010-2018 desde 12 a 9,6 por cada mil beneficiarios FONASA (5, 6). Se estima que casi 30% de las personas hospitalizadas por condiciones evitables fallece dentro del año y estas muertes también han ido disminuyendo en el tiempo, llegando a cerca de 8.300 durante el 2018 (5).

Las intervenciones para reducir las hospitalizaciones evitables dependen de si se tratan de condiciones agudas o crónicas. Las primeras pueden prevenirse con acceso a una atención oportuna, en cambio las condiciones crónicas deben ser detectadas oportunamente para tratarlas y evitar complicaciones. En Chile el 56% de las hospitalizaciones evitables son del tipo agudo, en su mayoría neumonías bacteriana e infecciones renales y urinarias (4, 5).

El país ha desplegado una serie de estrategias para prevenir las hospitalizaciones evitables, entre ellas la vacunación en grupos poblacionales específicos, el fortalecimiento de la atención primaria y los procesos de referencia y contrarreferencia con el nivel secundario y la inclusión de los gestores de casos que permite la coordinación entre niveles asistenciales y con instancias del intersector (6-8). Un ejemplo de éxito de estas estrategias ha sido la vacuna contra el virus sincicial en lactantes menores de 6 meses que redujo en un 90% las hospitalizaciones por esta patología en este grupo (9).

Para este período la meta es reducir la proporción de egresos debidas a causas evitables, la que para el año 2019 fue de 13,8%.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
9.1	Fortalecer la entrega eficaz de servicios de salud	Proporción de egresos hospitalarios por causas evitables	< 12,7%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
9.1.1	Mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia en la red de salud a nivel nacional	Porcentaje de Servicios de Salud con protocolo de referencia y contrarreferencia en red para diabetes mellitus en centros de especialidades ambulatorias en salud	100%
9.1.2	Fortalecer el diseño, implementación y evaluación de la red	Porcentaje de hospitales autogestionados que tienen una utilización de camas básicas de entre 80 y 90%	80%
		Porcentaje de hospitales autogestionados con un 85% o más de horas disponible de pabellones quirúrgicos que son ocupadas (horas electivas)	85%

9.2. Acceso

El acceso a los servicios de salud se refiere a la capacidad de las personas para obtener servicios de atención médica adecuados, en el momento oportuno, en el lugar adecuado y con la calidad necesaria (1). Contempla de forma amplia desde la promoción y prevención hasta los aspectos curativos, paliativos y de rehabilitación y es expresión final de los esquemas implementados en cuanto a financiamiento y provisión de servicios del sistema de salud (2).

En el contexto global, la Asamblea Mundial de la Salud ha exhortado a los países a que promuevan la disponibilidad y el acceso universal a los bienes y servicios esenciales para la salud y el bienestar, con especial énfasis en la equidad. La estrategia impulsada por los organismos internacionales para lograr el acceso universal es desarrollo de sistemas de salud basados en la Atención Primaria y las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) (3, 4).

El acceso a la atención de salud debe ser también evaluado en base al resto de los componentes de la calidad, así como también bajo el prisma de la equidad. Diversos estudios señalan que las personas de menor nivel socioeconómico presentan más dificultades para acceder a la atención de salud, así como los habitantes de áreas rurales y los hombres menores de 40 años (2). En Chile, la encuesta CASEN 2022 evidenció que el 90,1% de las personas que tuvieron algún problema de salud en los últimos tres meses tuvieron acceso a atención. Entre aquellas personas que no accedieron, el 89,7% alude motivos personales u otros motivos. Solo el 3,9% reporta un rechazo del sistema, 3,0% reporta barrera financiera y 0,7% barrera geográfica (5). Por otra parte, en la encuesta de bienestar social de 2021 el 43,1% de los adultos declaró haber tenido problemas para acceder a una atención con médico especialista, el 38,3% para pagar sus medicamentos y el 36,7% para agendar una cirugía (6).

Lo anterior conversa con la problemática de los tiempos de espera para la atención de salud. Según la OCDE en prácticamente todos los países se han evidenciado problemas en este aspecto para la para tratamientos electivos de especialidad y los mayores tiempos de espera tienden a encontrarse en países que combinan aseguramiento público y brechas de capacidad de oferta, como ocurre en Chile (7). La promulgación de la Ley GES que garantizar el acceso, calidad, protección financiera y oportunidad a un conjunto priorizado de problemas de salud ha sido una de las estrategias desplegadas en el país para mejorar esta problemática, pero en la actualidad el problema persiste en aquellas enfermedades no priorizadas, tanto para consultas nuevas de especialidad como para intervenciones quirúrgicas no GES (8, 9).

Ante esta problemática, en los últimos años han surgido iniciativas que buscan mejorar la gestión de los tiempos de espera como, por ejemplo, el "Portal Paciente", plataforma que permite a las personas conocer en qué proceso de la espera se encuentran, contribuyendo a mejorar la contactabilidad y transparencia de la información en esta materia (10). Otra estrategia ha sido la instalación de los Centros de Resolutividad Regionales (CRR) que permiten mejorar la productividad de los pabellones instalados y el "Visor ciudadano de Tiempos de Espera" (11,12)

En la década anterior, los indicadores de acceso estaban contemplados en el objetivo estratégico sobre RISS, lográndose cumplir la meta de que un 58% de pacientes en lista de espera para consulta nueva de especialidad tuviera una antigüedad menor a 1 año. Para la década actual, se espera que menos del 10% de personas en lista de espera tengan más de 1 año de espera.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
9.2	Fortalecer el acceso a servicios de salud	Porcentaje de personas en lista de espera con más de 1 año de espera (excesivamente prolongada)	< 10%
	Resultado Esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
9.2.1	Disminuir las desigualdades en el acceso a servicios y oportunidad de atención en salud	Porcentaje de la población que declara insuficiencia en servicios básicos de salud	< 21,8%
		Tiempo promedio de desplazamiento a establecimiento de salud primaria más cercano en zonas aisladas, según su Servicio de Salud	< 2,38 horas
9.2.2	Fortalecer la gestión clínica de la demanda	Mediana de espera de las consultas nuevas de especialidad No Ges en sistema público de salud	< 100 días
		Mediana de espera en intervenciones quirúrgicas No Ges en sistema público de salud	< 150 días

9.3. Seguridad en la atención

Uno de los aspectos clave en la evaluación de la calidad de los servicios de salud es la minimización del daño potencial derivado de la atención médica. La seguridad del paciente se refiere a la probabilidad reducida de sufrir daños durante la atención, mediante un conjunto de actividades organizadas que promueven culturas, procesos y tecnologías orientadas a reducir riesgos, prevenir errores y mitigar el impacto de los daños cuando ocurren (1).

Uno de cada diez pacientes presenta al menos un efecto adverso en el contexto de una hospitalización en países de alto ingreso, proporción que aumenta a una de cada cuatro hospitalizaciones en países de ingresos medios y bajos (2, 3). Los daños potenciales por falta de seguridad en la atención de salud pueden llegar a ser fatales. Cerca del 60% de las muertes en los países de ingresos medios y bajos por enfermedades potencialmente tratables se asocian a una atención insegura (4). Al mismo tiempo, del total de la carga de enfermedad asociada al daño al paciente por atención insegura, aproximadamente la mitad se origina en la actividad propia de la atención primaria (5).

La OMS insta a reconocer la seguridad del paciente como prioridad sanitaria en las políticas y programas sectoriales y en este contexto formuló el Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030, cuyo fin es conseguir la máxima reducción de los daños evitables en atención sanitaria (6).

En Chile, la Ley de autoridad sanitaria establece que el Ministerio de Salud es responsable de impulsar políticas que promuevan la calidad de los servicios, dentro de los cuales contempla el uso seguro y efectivo de los medicamentos y tecnologías sanitarias, la excelencia en los establecimientos de atención y la calidad de la fuerza de trabajo. Por ello se han definido estándares de calidad para la autorización y acreditación de los establecimientos de salud que son obligatorios para los prestadores institucionales (7). Asociado a ello se han generado cuerpos normativos como la Norma Técnica N.º 154 Sobre Programa Nacional de Calidad y Seguridad en la Atención de Salud; las Normas sobre Seguridad del Paciente; las Normas Técnicas Básicas para la Obtención de Autorización Sanitaria; y los Estándares de Acreditación (8-11).

Uno de los riesgos más relevantes para la seguridad del paciente son las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) (12). En este ámbito, Chile tiene larga historia de vigilancia y control de estas infecciones, destacándose en los últimos años logros como la reducción de la tasa de neumonía de adultos en ventilación mecánica, que pasó de 13,8 por 1.000 días de uso en 2012 a 5,2 en 2019 (13). Sin embargo, durante los años de pandemia,

esta tasa volvió a presentar un aumento que es necesario revertir, alcanzando una tasa de 10.49 en adultos en 2021 y de 9,6 considerando todos los grupos etarios.

Finalmente, en cuanto a la farmacovigilancia, la Agencia Nacional de Medicamentos (ANAMED) recopila información de los reportes de sospechas de reacción adversa a medicamentos y de otras fuentes de información para proponer medidas que contribuyan al uso seguro de los medicamentos (14) y respecto a la tecnovigilancia, se cuenta con la Norma Técnica N°204 que obliga la notificación de eventos e incidentes adversos asociados al uso de dispositivos médicos (15).

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
9.3	Fortalecer la seguridad clínica en la entrega de servicios de salud	Tasa de neumonías asociadas a ventilación mecánica (VM) por 1.000 días de ventilación mecánica	< 4,7 por 1.000 días de Ventilación Mecánica
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
9.3.1	Fortalecer la vigilancia de la seguridad de los medicamentos y dispositivos médicos	Porcentaje de prestadores institucionales de salud que cuentan con el registro de datos mínimos que permita la trazabilidad de los dispositivos médicos, según normativa	20%
		Porcentaje de farmacias acreditadas en calidad	10%
		Prevalencia de eventos adversos a medicamentos	≤ 3,1%
9.3.2	Fortalecer las políticas de gestión de riesgo clínico	Establecer un sistema de reporte nacional de eventos centinela	Sistema de reporte nacional de eventos centinela desarrollado
9.3.3	Fortalecer los Programas de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud	Porcentaje de establecimientos prestadores institucionales de atención cerrada que cuentan con una estructura organizacional responsable de liderar las acciones de prevención, vigilancia y control de las Infecciones intrahospitalarias (IIH)	90%

9.4. Satisfacción usuaria

La satisfacción de las personas con el sistema de salud es el resultado de la interacción entre la provisión de servicios y las expectativas de la población (1). Esta satisfacción se basa en la percepción que tienen los usuarios sobre los resultados de su experiencia con los servicios sanitarios, e incluye factores como la relación con el personal de salud, los tiempos de espera, el acceso a la información, el trato recibido, la infraestructura y las expectativas individuales (2). Entre estos, el trato destaca como una dimensión clave de la satisfacción usuaria. Su percepción está vinculada a factores como la gestión de trámites, las barreras de acceso, la infraestructura y la continuidad de la atención (3).

La medición de satisfacción usuaria realizada en 2019 por la Superintendencia de Salud, dio como resultado una calificación de satisfacción global de 4,8 en una escala de 1 a 7. La misma encuesta determinó diferencias por el tipo de seguro siendo la satisfacción global para afiliados a FONASA de 4,6 y para ISAPRE de 5,3. Los factores más gravitantes para este indicador fueron el trato, el tiempo de espera y la cobertura financiera (4).

El país ha abordado esta temática a través de marcos legales como la Ley 20.285 sobre acceso a la información pública que mandata la implementación de las Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias y la Ley 20.584 sobre Derechos y Deberes de las Personas en Salud (3, 5). Así también existen compromisos de gestión, vinculados a incentivos económicos para los empleados públicos del sector que mejoren en el trato usuario (6) y se han desarrollado orientaciones técnicas sobre trato digno en la atención de salud con enfoque de derechos y género (7).

De acuerdo con la evaluación de la Estrategia Nacional de Salud de la década pasada, los objetivos relacionados a la satisfacción usuaria no fueron evaluables, ya que no se contó con las fuentes de información para ello. Para esta década se espera que mejorar el porcentaje de establecimientos dependientes de los Servicios de Salud que tengan >6 en la medición anual de satisfacción usuaria.

Cadena de resultados y marco de medición del tema

	Objetivo de impacto	Indicador	Meta 2030
9.4	Mejorar la satisfacción usuaria en la entrega de servicios de salud	Porcentaje de establecimientos dependientes de los Servicios de Salud que presentan puntaje igual o mayor a 6 en la medición anual de satisfacción usuaria	90%
	Resultado esperado	**Indicador**	**Meta 2030**
9.4.1	Aumentar la satisfacción de los usuarios con la atención de las instituciones de salud	Tasa de reclamos registrados en la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS) por 1.000 beneficiarios FONASA	< 9,7 por 1.000 beneficiarios FONASA
9.4.2	Aumentar la proporción de reclamos resueltos dentro de los plazos legales	Porcentaje de reclamos respondidos dentro de los plazos legales (15 días hábiles)	100%
9.4.3	Fortalecer capacidades, competencias y habilidades en atención y trato a usuario en el sector salud	Porcentaje de funcionarios que son capacitados en atención y trato al usuario	80%

V. GLOSARIO

AHA	American Heart Association
ANAMED	Agencia Nacional de Medicamentos
ANID	Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo
AVD	Años de vida vividos con discapacidad
AVPP	Años de vida potenciales perdidos
CASEN	Encuesta de Caracterización Socio-Económica
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
CLAP/SMR	Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva
CMCT	Convenio Marco para el Control del Tabaco
CND	Comisión de Estupefacientes
CSA	Centro de Salud Ambiental
DALY	Años perdidos debido a enfermedad, discapacidad o muerte prematura
DEIS	Departamento de Estadísticas e Información de salud
DIR	Programa de detección, intervenciones breves y referencia a tratamiento
ECICEP	Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas
ENS	Encuesta Nacional de Salud
EPAC	European Partnership Action Against Cancer
EUNACOM	Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FOFAR	Fondo de Farmacia
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FONIS	Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud
GES	Garantías explícitas en salud
GIRD	Gestión Integral del Riesgo de Desastres
ICOPE	Integrated Care for Older People
IRA	Infecciones respiratorias agudas
ITS	Infecciones de Trasmisión Sexual
MAIS	Modelo de Salud Familiar y Comunitaria

MIDESOF	Ministerio de Desarrollo Social y Familia
MINSAL	Ministerio de Salud
OCAI	Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OE	Objetivos estratégicos
OEA	Organización de los Estados Americanos
OI	Objetivos de Impacto
OIRS	Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OMSA	Organización Mundial de Sanidad Animal
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PADBP	Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial
PARN	Programa de Apoyo al Recién Nacido
PASMI	Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil
PRAS	Programa de Recuperación Ambiental y Social
PROCET	Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis
RBD	Rehabilitación basada en comunidad
RAM	Resistencia a los antimicrobianos
REM	Resumen estadístico mensual
REVICAN	Sistema de registro y vigilancia del cáncer cervicouterino
SENADIS	Servicio Nacional de la Discapacidad
SENAMA	Servicio Nacional del Adulto Mayor
SENAPRED	Servicio Nacional de Prevención de Prevención y Respuesta ante Desastres
SENDA	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol
SIDRA	Sistema de Información de Red Asistencial
SNIP	Sistema Nacional de Información Perinatal

SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud
UNDRR	Oficina para la Reducción del Riesgo de Desastres de la Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

VI. REFERENCIAS

INTRODUCCIÓN. MARCO CONCEPTUAL. METODOLOGÍA

1. Gobierno de Chile. Ley n. 19937: Modifica el D.L. N. 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. 2004. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=221629&idParte=8721254&idVersion=2005-01-01

2. Asua J, Taboada J. Experiencias e instrumentos de priorización: Identificación y priorización de necesidades en salud. Granada: IRYSS, [s/f]. 42 p.

3. Ardal S, Butler J, Edwards R, Lawrie L. Priority Setting: The health planner´s toolkit. Ontario: Ministry of Health, 2008. 56 p.

4. Ministerio de Salud. Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. Octubre 2022. Disponible en: https://healthresearchwebafrica.org.za/files/Politicas_Nacionales_Salud-Chile_2000-2010.pdf

5. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Santiago: Minsal, 2011. 426 p. Disponible en: https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf

6. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Foro de Salud: Estrategia Nacional de Salud ¿Debe ser una política de Estado? Santiago, OPS/OMS MINSAL, 2012. 40 p.

7. Ministerio de Salud. Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010: Evaluación a mitad de período. Estado de Avance en los objetivos de impacto. Diciembre 2006. Disponible en: http://repositorio.santotomas.cl:1801/view/action/singleViewer.do?dvs=1741783740915~637&locale=es_US&VIEWER_URL=/view/action/singleViewer.do?&DELIVERY_RULE_ID=10&frameId=1&usePid1=true&usePid2=true

8. Ministerio de Salud. Los objetivos sanitarios de la década 2000-2010: Evaluación de final de Periodo [Internet]. Santiago: Minsal; 2010 [citado 26 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.minsal.cl/portal/url/item/94c89f56c4e270b0e04001011e011c9c.pdf

9. Ministerio de Salud. Evaluación de Mitad de Periodo. 2017. Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/01/Informe-de-Evaluacion-de-Mitad-de-Periodo-ENS.pdf

10. Ministerio de Salud. Evaluación Final de la Década Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios 2011-2020. Chile, 2024. Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/03/EFD-Final-2025.pdf.

11.-Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (2020-2025): La equidad el corazón de la salud. Washington D.C., 2019. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/plan-estrategico-ops-2020-2025

12. Minuta presidencial Reforma al Sistema de Salud-Una agenda de transformaciones. Santiago; 2023. Documento sin publicar.

13. Francis-Oliviero F, Cambon L, Wittwer J, Marmot M, Alla F. Desafíos teóricos y prácticos del universalismo proporcional: una revisión. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e102. Disponible en: https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.102

14. Organización Mundial de la Salud. Results-based management in the budget context in WHO. 2024. Disponible en: https://www.who.int/about/accountability/budget/programme-budget-digital-platform-2024-2025/results-based-managementin-the-budget-contextin--who--overview?utm_source=chatgpt.com

15. Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo. Manual de planificación, seguimiento y evaluación de los resultados de desarrollo. Nueva York, 2009. Disponible en: https://procurement-notices.undp.org/view_file.cfm?doc_id=134774

16. Ministerio de Salud. Priorización de temas en proceso de formulación OSD al 2030. Santiago, 2021. Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/04/Priorizaci%C3%B3n-de-temas-en-formulaci%C3%B3n-OSD-2021-2030.pdf

17. Ministerio de Salud. Departamento Estrategia Nacional de Salud. Metodología análisis de actores en proceso de formulación OSD 2021-2030 [Internet]. Santiago; 2021 Jun [citado 2022 Mar 16]. Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/08/MetodologíaAnálisis-de-Actores-PNS-2021-2030.pdf

18. Ministerio de Salud. Guía Metodológica para orientar el trabajo de las mesas técnicas, en el marco de la formulación del Plan Nacional de Salud Versión Monitor. Santiago, 2021. Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Guia-Metodologica-Mesas-Tecnicas-Version-monitor.pdf

19. Ministerio de Salud. Construcción de la Cadena de Resultados en proceso de formulación OSD 2021-2030. Santiago, 2022. Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/04/Construcci%C3%B3n-Cadena-de-Resultados-en-proceso-de-formulaci%C3%B3n-OSD-2021-2030.pdf

20. Ministerio de Salud. Construcción de Indicadores y Metas en proceso de formulación OSD 2021-2030. Santiago, 2023 Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/10/Informe-Construccion-Indicadores-y-Metas-16-05.pdf

21. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el logro de los Objetivos sanitarios al 2030. Santiago, 2022. Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-al-2030.pdf

22.Ministerio de Salud. Departamento Estrategia Nacional de Salud. Metodología de adecuación regional. Santiago; 2022. Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/03/Metodologia-Adecuacion-Regional-_31enero.pdf

OE 1 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. Church DL. Major factors affecting the emergence and re-emergence of infectious diseases. Clinical Laboratory Medicine. 2004 Sep 1;24(3):559-86.
2.Martínez Sanguinetti M; Leiva Ordoñez A;Petermann Rocha F;Celis Morales C. ¿Cómo ha cambiado el perfil
Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872021000100149
3. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease (GBD): Data Visualization [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.healthdata.org/data-visualization/gbd-compare

1.1 VIH/SIDA

1. Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGE: Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA. Santiago: Ministerio de Salud; 2013. p. 214. (Serie Guías Clínicas Ministerio de Salud). Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/12/VIH_SIDA.pdf

2. Aberg JA. Aging, Inflammation, and HIV Infection. Top Antivir Med. 2016;20(3):101–5.

3. Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. The Lancet. 2013;382(9903):1525–33

4. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet. 2021. https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet

5. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. UNAIDS data 2020. New York, NY; 2020. https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/unaids-data

6. Ministerio de Salud. Informe Estimaciones Poblacionales sobre VIH en Chile 2021. Santiago, Chile; 2021. http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/08/Informe-Estimaciones-Spectrum-VIH-en-Chile-2021.pdf

7. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS 2021-2022. Santiago, Chile; 2021. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/RES.-EXENTA-N%C2%B0-1111-Plan-nacional-VIH-SIDA-e-ITS-2021-2022.pdf

8. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Estrategia Mundial Contra el SIDA 2021-2026.Acabar con las desigualdades. Acabar con el sida. Ginebra; 2020. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_es.pdf

9. Ministerio de Salud. Evaluación final de la década estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios 2011 – 2020: componente monitoreo. 2024. Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/04/EFD-2020-Final.pdf

10. Ministerio de Salud. Informe estimaciones poblacionales sobre virus inmunodeficiencia adquirida en Chile 2022 utilizando software SPECTRUM. Sin fecha. Disponible en: https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/03/Informe_Estimaciones_Spectrum_VIH_en_Chile_2022.pdf

1.2 TUBERCULOSIS

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis en las Américas: Informe regional 2019. Washington; 2020. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/52815

2.Organización Mundial de la Salud. Global Tuberculosis Report 2022. 2022. Disponible en: https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022

3. Organización Panamericana de la Salud. Informe Tuberculosis en las Américas 2021. 2021. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/tuberculosis-americas-informe-regional-2021

4. Peña C, Farga V. El difícil camino del control sanitario de la tuberculosis. Rev chil enferm respir. 2012;28(4). Disponible en: https://www.scielo.cl/pdf/rcher/v28n4/art08.pdf

5. Organización Mundial de la Salud. Chile Country Profile Tuberculosis. 2022. Disponible en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/

6. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis. Informe de Situación epidemiológica y operacional del Programa de Tuberculosis 2021. 2021. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/12/INFORME-TUBERCULOSIS-2021.pdf

7. Organización Mundial de la Salud. The End TB Strategy. Ginebra; 2015. Disponible en: https://www.who.int/tb/Spanish_EndTBStrategy.pdf

8. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis. Norma Técnica para el control y la eliminación de la tuberculosis 2022. Res. Ex. N°60 de 2022. 2022. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-enfermedades-transmisibles/informacion-al-profesional-tuber

9. Ministerio de Salud. Evaluación final de la década estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios 2011 – 2020: componente monitoreo. 2024. Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/04/EFD-2020-Final.pdf

1.3 ENFERMEDADES ZOONÓTICAS Y VECTORIALES

1. Organización Mundial de la Salud. Zoonosis [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/zoonoses

2. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades transmitidas por vectores [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/vector-borne-diseases

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

4. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2026-2031. Sin fecha. Disponible en: https://www.paho.org/es/paho-strategic-plan-2026 2031#:~:text=El%20Plan%20Estrat%C3%A9gico%20de%20la%20OPS%202026-2031%20%28PE26%E2%80%9331%29,y%20a%20abordar%20las%20inequidades%20en%20la%20salud.

5. Organización Panamericana de la Salud. ETMI Plus 2017 [Internet]. 2017. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/2017-cha-etmi-plus-marco-vih-hep-chagas.pdf

6. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Iniciativa De La OPS Para La Eliminación De Enfermedades: Política para Aplicar un Enfoque Integrado y Sostenible de las Enfermedades Transmisibles En la Región de las Américas [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/2020-01/2019-cde-dc57-elimin-init-framework-es.

7. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030 [Internet]. 2022. Disponible en: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0174175

8. Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 [Internet]. 2017. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49169/CSP296-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

9. Ministerio de Salud. Evaluación final de la década estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios 2011 – 2020: componente monitoreo. 2014. Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/04/EFD-2020-Final.pdf

10. Ministerio de Salud. Informe de vigilancia integrada anual enfermedad de Chagas periodo 2020 [Internet]. 2020. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/2022.03.14_INFORME-ENFERMEDAD-DE-CHAGAS.pdf

11. Organización Panamericana de la Salud. Centro Panamericano de Fiebre Aftosa y Salud Veterinaria Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Equinococosis. Informe Epidemiológico en la Región de América del Sur 2016-2017 por PANAFTOSA- OPS/OMS [Internet]. 2019. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50630/equinococosisinformemar2019_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

12. Ministerio de Salud. Informe: Situación de la Equinococosis quística/Hidatidosis en Chile 2015-2019 [Internet]. 2021. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/03/Informe-situacion-de-la-Equinococosis-quistica-hidatidosis-en-chile-2015-2019.pdf

13. Ministerio de Salud. Departamento de epidemiología. Informe epidemiológico anual Hantavirus 2021 [Internet]. 2021. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/11/Informe-Hantavirus-2021-FIN.pdf

14. Ministerio de Salud. BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO ARBOVIRUS (DENGUE, ZIKA, CHIKUNGUNYA, FIEBRE AMARILLA) Y MALARIA SE 01 a 16 - 2024 [Internet]. 2024. Disponible en:

https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/04/Boletin_Epidemiologico_Arbovirus_Malaria_SE_16_2024.pdf

15. Organización Mundial de la Salud. Reporte mundial de malaria 2021 [Internet]. 2022. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/malaria/world-malaria-reports/world-malaria-report-2021-global-briefing-kit-spa.pdf?sfvrsn=8e5e915_23&download=true#:~:text=A%20escala%20mundial%2C%20el%20progreso,por%20la%20OMS%20en%202021

16. Ministerio de Salud. Departamento de epidemiología. Rabia humana. Situación epidemiológica [Internet]. 2023. Disponible en: http://epi.minsal.cl/rabia-humana-situacion-epidemiologica/#:~:text=Situaci%C3%B3n%20en%20Chile,en%20el%20pa%C3%ADs%20desde%201950

17. Ministerio de Salud. Informe de vigilancia integrada anual enfermedad de Chagas período 2020. Marzo de 2022. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/2022.03.14_INFORME-ENFERMEDAD-DE-CHAGAS.pdf

1.4 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN ELIMINACIÓN

1. Organización Panamericana de la Salud. Política para Aplicar un Enfoque Integrado y Sostenible de las Enfermedades Transmisibles En la Región de las Américas [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/2020-01/2019-cde-dc57-elimin-init-framework-es.pdf

2. Organización Mundial de la Salud. Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: Promoting better maternal and child health and stronger health systems [Internet]. Ginebra, Suiza; 2012. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75480/9789241504348_eng.pdf?sequence=1

3. Organización Panamericana de la Salud. ETMI Plus 2017 [Internet]. 2017. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/2017-cha-etmi-plus-marco-vih-hep-chagas.pdf

4. Ministerio de Salud. Evaluación Final de la Década Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios 2011-2020. Chile, 2024. Documento sin publicar.

5. Ministerio de Salud. Departamento de epidemiología. Enfermedades de notificación obligatoria [Internet]. Sin fecha a. Disponible en: http://epi.minsal.cl/enfermedades-de-notificacion-obligatoria/

6. Ministerio de Salud. Departamento de epidemiología. Boletín epidemiológico trimestral. Sífilis Chile SE 1-59 2019 [Internet]. Sin fecha b. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/01/BET_SIFILIS_A%C3%91O_2019.pdf

7. Ministerio de Salud. Departamento de epidemiología. Informe epidemiológico anual hepatitis C 2021 [Internet]. 2022b. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/09/Informe-Anual-Hepatitis-C-Chile-2021.pdf

1.5 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

1. Zepeda J, Vásquez J, Delpiano L. Costos directos de infección respiratoria baja por VRS en menores de un año. Rev chil pediatr. 2018;89(4):462-470. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062018005000401

2. Delpiano L, Kabalán P, Díaz C, Pinto A. Características y costos directos de infecciones respiratorias agudas en niños de guarderías infantiles. Rev chil infectol. 2006;23(2):128-133. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182006000200005

3. Ministerio de Salud. División de Prevención y Control de Enfermedades. Guía de práctica clínica. Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en mayores de 65 años [Internet]. 2017. Disponible en: http://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladasutilizando-manual-metodologico/

4. Ministerio de Salud. Informe de Cobertura Nacional de Inmunizaciones año 2020 [Internet]. Santiago: MINSAL/PNI, 2021. Disponible en: https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/07/Informe-de-Coberturas_2020_enero-diciembre.pdf

5. Organización Mundial de la Salud. Ending Preventable Child Deaths from Pneumonia and Diarrhoea by 2025 The integrated Global Action Plan for Pneumonia and Diarrhoea (GAPPD). Executive Summary [Internet]. Ginebra; 2013. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79207/WHO_FWC_MCA_13_01_eng.pdf;jsessionid=4A1FE6A3E5E73851DD1811C03239B39C?sequence=1

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

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

OE 2 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

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

2. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990–2019: Update From the GBD 2019 Study. Journal of the American College of Cardiology. 2020 Dec 22;76(25):2982-3021.

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

4. Cockerham WC, Hamby BW, Oates GR. The Social Determinants of Chronic Disease. American Journal of Preventive Medicine. 2017 Jan 1;52(1):S5-12.

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

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

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

2.1 CÁNCER

1. Organización Mundial de la Salud. Cáncer [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/cancer#tab=tab_1

2. Organización Mundial de la Salud. Preventing cancer. Sin fecha. https://www.who.int/activities/preventing-cancer

3. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Cáncer 2018-2028. 2019. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/2019.01.23_PLAN-NACIONAL-DE-CANCER_web.pdf

4. International Agency of Research on Cancer, Organización Mundial de la Salud. Cancer Today. Data visualization tools for exploring the global cancer burden in 2020. Ginebra; 2020. https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars

5. Piñeros M, Vignat J, Wiesner C, Soerjomataram I. La carga del cáncer a nivel mundial: patrones para la toma de decisiones. Medicina (B Aires). 2020;42(4):640–55. https://revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/1565/1993

6, Organización Panamericana de la Salud. Cáncer. Sin fecha. https://www.paho.org/es/temas/cancer#:~:text=En%20el%202020%2C%20caus%C3%B3%201,los%206%20millones%20en%202040

7, Organización Mundial de la Salud. Cáncer. 2022. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer

8. OMS-OPS. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019. Washington 2014. Disponible en:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/35010/9789275318447_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

9. International Agency of Research on Cancer, Organización Mundial de la Salud. Cancer fact sheets. Chile. Globocan. 2020. https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/152-chile-fact-sheets.pdf

10. Ministerio de Salud. Primer informe de Registros Poblacionales de Cáncer de Chile, Quinquenio 2003-2007. 2012. http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/INFORME-RPC-CHILE-2003-2007-UNIDAD-VENT-DEPTO.EPIDEMIOLOGIA-MINSAL13.04.2012.pdf

11. Ríos Leal JA, Labbé TP, Roje DD, Ciudad AM, Merino GF, López C, et al. Estrategias para el control del cáncer: revisitando las directrices globales y mirando nuestro desarrollo local. Revista del Instituto de Salud Pública de Chile. 2021. https://revista.ispch.gob.cl/index.php/RISP/article/view/106

12, Organización Mundial de la Salud. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020 [Internet]. [citado 2020 Nov 6]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236

13. Ministerio de Salud. Evaluación Final de Periodo Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. Chile, 2024. Documento sin publicar.

14. Superintendencia de Salud (Internet). Garantías Explícitas en Salud (GES). Disponible en: https://www.superdesalud.gob.cl/tax-temas-de-orientacion/garantias-explicitas-en-salud-ges-1962/#accesos_fichas_ges_6

15. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Cáncer Adulto. 2024. https://www.minsal.cl/plan-nacional-de-cancer/

16. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Cáncer Infantoadolescente 2023-2028. 2024. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/03/Plan-Nacional-de-Ca%CC%81ncer-Infantoadolescente-2023-2028.pdf

17. Ministerio de Salud. Ley 21158. Crea la Ley Nacional del Cáncer, que rinde homenaje póstumo al Doctor Claudio Mora. Chile; 2018. http://bcn.cl/2k6sn

2.2 ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

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

2. OMS (2021). Cardiovascular diseases Organización Mundial de la Salud. 2021. https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1

3. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al (2020). Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990–2019: Update from the GBD 2019 Study. J Am Coll Cardiol. 22 de diciembre de 2020;76(25):2982–3021. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33309175/

4. INE/DEIS. Impactos de COVID -19 en la mortalidad de Chile durante 2020. Una mirada demográfica y de salud. Instituto Nacional de Estadísticas y Departamento de Estadísticas e Información de Salud,

2022. https://repositoriodeis.minsal.cl/ContenidoSitioWeb2020/EstandaresNormativa/impactos-del-covid-19-en-la-mortalidad-de-chile-durante-2020.pdf

5. DEIS/MINSAL. Serie estadísticas de egresos hospitalarios. Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Santiago, 2023. https://deis.minsal.cl/#tableros

6. Chile Ministerio de Salud. Orientación Técnica Programa de Salud Cardiovascular. Santiago, 2017. Disponible en : http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/862/OT-PROGRAMA-DE-SALUD-CARDIOVASCULAR_05.pdf

7. Ordunez P, Campbell NRC, DiPette DJ, Jaffe MG, Rosende A, Martínez R et al. HEARTS en las Américas: impulsar el cambio en el sistema de salud para mejorar el control de la hipertensión en la población. Rev Panam Salud Publica. 2024;48:e17. https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.17

8. Vargas I, Barros X, Fernández M, Mayol M. Rediseño en el abordaje de personas con multimorbilidad crónica: desde la fragmentación al cuidado integral centrado en las personas. 2021. Revista Médica Clínica Las Condes Vol 3 N. 4 ; Páginas 400-413. Disponible en : https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-rediseno-el-abordaje-personas-con-S0716864021000651

9. Ministerio de Salud. Evaluación Final de Periodo Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. Chile, 2024.

2.3 DIABETES MELLITUS

1. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. Bélgica: International Diabetes Federation; 2021. Disponible en: https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/

2. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. 2021. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

3. Ministerio de Salud. Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Diabetes Mellitus. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2018. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/03/Informe_Diabetes_Mellitus_ENS_2016_17.pdf

4. Ministerio de Salud. ANÁLISIS CRÍTICO DE TEMAS: DIABETES MELLITUS INSUMO PARA LA EVALUACIÓN FINAL DE PERIODO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD 2011-2020. 2019. Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/An%C3%A1lisis-Cr%C3%ADtico-Diabetes-2020.pdf

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

6. Instituto Nacional de Estadísticas y Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud. Impactos de COVID -19 en la mortalidad de Chile durante 2020. Una mirada demográfica y de salud. 2022. Disponible en: https://repositoriodeis.minsal.cl/ContenidoSitioWeb2020/EstandaresNormativa/impactos-del-covid-19-en-la-mortalidad-de-chile-durante-2020.pdf

7. Ministerio de Salud. Evaluación Final de la Década Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios 2011-2020. Chile, 2024.

8. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 2012-2025. 28° Conferencia Sanitaria Panamericana. 64° Sesión del Comité Regional. Washington, D.C., EUA, del 17 al 21 de septiembre del 2012. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2014. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/csp289-estrategia-para-prevencion-control-enfermedades-no-transmisibles-2012-2025

9. Ministerio de Salud. Orientación Técnica Programa de Salud Cardiovascular 2017. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2017. Disponible en: http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/862/OT-PROGRAMA-DE-SALUD-CARDIOVASCULAR_05.pdf

10. Ministerio de Salud. Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad, con enfoque de riesgo, orientada a otorgar un cuidado integral y continuo. 2020. Disponible en: https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/Estrategia-de-cuidado-Integral-centrado-en-las-personas-en-contexto-de-multimorbilidad.pdf

11. Ministerio de Salud. Garantías explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud Decreto N°22. Chile: Ministerio de Salud; 2019. Disponible en: https://auge.minsal.cl/website/doc/Decreto22.pdf

2.4 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

1. Ministerio de Salud. GPC Enfermedad Renal Crónica. Sin fecha. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/guias-de-practica-clinica/tratamiento-conservador-no-dialitico-de-la-enfermedad-renal-cronica/descripcion-y-epidemiologia/

2. Organización Panamericana de la Salud. Día mundial del riñón. Documento orientador. 2023. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/enfermedades-renales-cronicas-documento-orientador

3. World Kidney Day. Impact report 2023. 2023. Disponible en: https://www.worldkidneyday.org/wp-content/uploads/2023/05/2023-Impact-Report.pdf

4. Webster A, Nagler E, Morton R, Masson P. Chronic Kidney Disease. Lancet. 2017;389(10075):1238–52. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27887750/

5. Vanholder R, Annemans L, Brown E, Gansevoort R, Gout-Zwart JJ, Lameire N, et al. Reducing the costs of chronic kidney disease while delivering quality health care: a call to action. Nat Rev Nephrol. 2017;13(7):393–409. Disponible en: https://www.nature.com/articles/nrneph.2017.63

6. Walbaum M, Scholes S, Pizzo E, Paccot M, Mindell JS. Chronic kidney disease in adults aged 18 years and older in Chile: findings from the cross-sectional Chilean National Health Surveys 2009–2010 and 2016–2017. BMJ Open. 2020;10(9):e037720. Disponible en: https://bmjopen.bmj.com/content/10/9/e037720

7. Ministerio de Salud. Estrategia para el Abordaje de la Salud Renal en la Red. Santiago, 2019. Disponible en: https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/01/2022.01.03_ESTRATEGIA-PARA-EL-ABORDAJE-DE-LA-SALUD-RENAL-EN-LA-RED.pdf

8. Couser WG, Remuzzi G, Mendis S, Tonelli M. The contribution of chronic kidney disease to the global burden of major noncommunicable diseases. Kidney Int. 2011;80(12):1258–70. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0085253815550047?via%3Dihub

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

10. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud. Mortalidad. 2019. Disponible en: http://www.deis.cl/estadisticas-mortalidad/

11. Ministerio de Salud. Garantías explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud Decreto N°22. Chile. 2019. Disponible en: https://auge.minsal.cl/website/doc/Decreto22.pdf

12. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. 2016. Disponible en: https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf

2.5 ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). 2021. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)

2. Foro de las sociedades respiratorias Internacionales. El impacto mundial de la Enfermedad Respiratoria. Segunda edición. México: Asociación Latinoamericana de Tórax; 2017. Disponible en: https://gard-breathefreely.org/wp-content/uploads/2017/11/Firs2017_esp_web.pdf

3. Ministerio de Salud. Evaluación Final de la Década Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios 2011 - 2020. Chile, 2024. Sin publicar.

4. Organización Panamericana de la Salud. La Carga de las Enfermedades Respiratorias Crónicas. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Disponible en: https://www.paho.org/es/enfermedades-no-transmisibles-salud-mental/portal-datos-enfermedades-no-transmisibles-salud-4

5. Herrera A, Cavada G, Mañalich J. Hospitalizaciones por asma infantil en Chile 2001-2014. Rev Chil Pediatr. 2017;88(5):602-607

6. Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGE: Asma Bronquial en Adultos. Santiago, 2013. Disponible en : http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Asma-Bronquial-Adultos.pdf

7. Ministerio de Salud. Informe Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Santiago, Chile. Sin fecha. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/inf.ens2009.zip

8.Ministerio de Salud Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primeros resultados. Santiago, Chile. 2017. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf

9. Arancibia H. Chronic obstructive pulmonary disease and smoking. Rev Chil Enfermedades Respir. 2017;33(3):225–9. Disponible en: https://www.scielo.cl/pdf/rcher/v33n3/0717-7348-rcher-33-03-0225.pdf

10. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud. Mortalidad. 2019. Disponible en: http://www.deis.cl/estadisticas-mortalidad

11. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos y metas de desarrollo sostenible. 2015. Disponible en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/

2.6 ALTERACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Trastornos musculoesqueléticos. 2021. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions

2. Ministerio de Salud. Manejo del Dolor Crónico no Oncológico en Personas de 15 y más años, en Atención Primaria: Orientación técnica. 2021. Disponible en: https://rehabilitacion.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/05/ORIENTACIÓN-TÉCNICA-MANEJO-DEL-DOLOR-CRÓNICO-NO-ONCOLÓGICO-EN-PERSONAS-DE-15-Y-MÁS-AÑOS-EN-ATENCIÓN-PRIMARIA.pdf

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

4. Ministerio de Salud. Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 Funcionamiento y Discapacidad. Santiago, Chile; 2021. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Informe-Discapacidad-ENS-2016-17_final.pdf

5. Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos. Recomendaciones nacionales para el diagnóstico, la prevención, el tratamiento del dolor crónico en pacientes adultos. Consenso chileno de expertos. 2014. Disponible en: https://www.ached.cl/upfiles/userfiles/file/interact-concenso-Dolor-Adultos_ACHED-2018-150ppp.pdf

.

2.7 CONDICIONES MENTALES

1. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales. 2022. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

2. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales. 2021. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

3. Organización Mundial de la Salud. World mental health report: Transforming mental health for all - executive summary. 2022. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240050860

4. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The global economic burden of noncommunicable diseases. Geneva: World Economic Forum; 2011. Disponible en: https://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf

5.. Aguilera I, Arenas A. Estimación del Gasto en Salud Mental en Chile 2014 – 2021. Boletín Semestral Economía y Salud Volumen 17 · N° 1 · 2023 Julio. Disponible en : https://desal.minsal.cl//wp-content/uploads/2023/08/Boletin-2023-vol-17-N1..pdf

6. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Integral sobre salud Mental 2013-2030. 2022. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029

7. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020. Washington; 2015. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-sobre-salud-mental-2015-2020#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Panamericana%20de%20la,Am%C3%A9ricas%20entre%202015%20y%202020.

8. Organización Panamericana de la Salud/IRIS. Política para mejorar la salud mental. 2023. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/57236

9. Ministerio de Salud. Plan nacional de salud mental 2017-2025. Santiago: Ministerio de Salud; 2017. Disponible en: http://172.16.1.100:8080/xmlui/handle/2015/889

10.Ministerio de Salud. PLAN DE ACCIÓN DE SALUD MENTAL 2019-2025. Santiago; 2021 may. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/01/Plan-de-Acción-Salud-Mental-2019-2025.pdf

2.8 TRASTORNOS BUCODENTALES

1. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental. 2021. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health

2. Peres M, Macpherson L, Weyant R, Daly B, Venturelli R, Mathur M, et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet. 2019;394(10194):249–60. Disponible en: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31146-8/fulltext

3. Dye B. The Global Burden of Oral Disease: Research and Public Health Significance. J Dent Res. 2017;96(4):361–3. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022034517693567

4 .Bernabe E, Marcenes W, Hernandez CR, Bailey J, Abreu LG, et al. Global, Regional, and National Levels and Trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study. J Dent Res. 2020;99(4):362–73. Disponible en:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7088322/pdf/10.1177_0022034520908533.pdf

5. Ministerio de Salud. Modelo de Intervención de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades Bucales. Orientaciones para su implementación en Educación Parvularia. Dirigido a los equipos de educación y salud. Santiago, Chile; 2018. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/05/OT-Modelo-en-Educaci%C3%B3n-Parvularia-dirigido-a-equipos-de-salud-y-educaci%C3%B3n-2018.pdf

6. *Ministerio de Salud. Evaluación Final de Década Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. Chile, 2024. Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/04/EFD-2020-Final.pdf*

2.9 DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA

1. Organización de las Naciones Unidas. Convention On The Rights of Persons With Disabilities (CRPD). 2016. Disponible en: http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf

2. Ministerio de Planificación de Chile. Ley N°20.422 Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad. 2010. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010903&idParte=

3. Ministerio de Desarrollo Social de Chile. Resultados II Estudio Nacional de la Discapacidad SENADIS - Resultados II Estudio Nacional de la Discapacidad. Santiago; 2015 oct. Disponible en: http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/1386

4. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud. Ginebra; 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf

5. Banco Mundial. Discapacidad. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2015. Disponible en: https://www.bancomundial.org/es/topic/disability#1

6. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Serie Derechos Humanos y Salud. Personas con Discapacidad. Sin fecha. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55201/OPSLEGDHdhs3210001_spa.pdf?sequence=4&isAllowed=y

7. Ministerio de Salud. Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 Funcionamiento y Discapacidad. Santiago, Chile; 2021. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Informe-Discapacidad-ENS-2016-17_final.pdf

8. Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile. Encuesta de caracterización socioeconómica nacional: Situación de pobreza (CASEN). 2017. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2017

9. Conferencia Interamericana de Seguridad Social.Nota Técnica 13: Las personas con discapacidad en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. México, 2020. Disponible: https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2020/12/Las-personas-con-discapacidad-en-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf.pdf

10. Organización Panamericana de la Salud. Discapacidad. 2024. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/discapacidad

2.10 DESAFÍOS ESPECÍFICOS (TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA, ARTRITIS REUMATOIDE, ENFERMEDADES POCO FRECUENTES Y DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS)

1. Ministerio de Salud. Priorización de temas en formulación Objetivos Sanitarios 2021-2030. 2021. Disponible en: 1. Ministerio de Salud. Priorización de temas en formulación Objetivos Sanitarios 2021-2030. 2021. Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/04/Priorizaci%C3%B3n-de-temas-en-formulaci%C3%B3n-OSD-2021-2030.pdf

2. Organización Mundial de la Salud. Rare Diseases International. 2021. Disponible en: https://www.rarediseasesinternational.org/working-with-the-who/

3. Nguengang S, Lambert DM, Olry A, Rodwell C, Gueydan C, Lanneau V, et al. Estimating cumulative point prevalence of rare diseases: analysis of the Orphanet database. Eur J Hum Genet. 2019;28(2):165–73. Disponible en: https://www.nature.com/articles/s41431-019-0508-0

4. Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGE: Artritis Reumatoide. Santiago, Chile; 2014. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GPC%20Artritis.pdf

5. Carmona L. Epidemiología de la artritis reumatoide. Rev Española Reumatol. 2002;29(3):86–9. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-pdf-13029550

6. García de Yébenes MJ, Loza E. Artritis reumatoide: epidemiología e impacto sociosanitario. Reum Clin Supl. 2018;14(2):3–6. Disponible en: https://www.reumatologiaclinica.org/es-pdf-X1699258X18628548

7. Organización Panamericana de la Salud. Trastorno del espectro autista. 2021. Disponible en: https://www.paho.org/pt/topicos/transtorno-do-espectro-autista

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

9. Autism Speaks. Autism Statistics and Facts. 2021. Disponible en: https://www.autismspeaks.org/autism-statistics-asd

10. Organización Panamericana de la Salud. Donación y trasplantes. 2021. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/donacion-trasplantes

11. Ministerio de Salud. Estadísticas Históricas Donación. 2021. Disponible en: https://yodonovida.minsal.cl/statistics/public/show/15

12. Arriagada AM, Maquilón S, Benítez C. Donación y trasplante de órganos en Chile. Rev Med Chil. 2018;146(5):675–6. Disponible en: https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v146n5/0034-9887-rmc-146-05-0675.pdf

13. Comisión Europea. Rare diseases. Public Health. European Union. 2021. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/non-communicable-diseases/steering-group/rare-diseases_en

14. Organización Mundial de la Salud.WHA67.8 Medidas integrales y coordinadas para gestionar los trastornos del espectro autista. 2014. Disponible: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB133/B133_4-sp.pdf

OE 3 LESIONES Y VIOLENCIA

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

3.1 ACCIDENTES DE TRÁNSITO

1. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. Accidentes de Tránsito. 2022. Disponible en: https://epi.minsal.cl/accidentes-de-transito-antecedentes/#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,provocan%20una%20discapacidad%20(1)

2. Organización Mundial de la Salud. Traumatismos causados por el transito. 2024. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries

3. Organización Mundial de la Salud. Road traffic injuries. Key facts. 2021. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries

4. Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito de Chile. Estadísticas generales 2022. 2022. Disponible en: https://www.conaset.cl/programa/observatorio-datos-estadistica/biblioteca-observatorio/estadisticas-generales/

5. Organización Mundial de la Salud. Global Status Report on Road Safety 2018. Ginebra; 2018. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684

6. Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito de Chile. Estrategia Nacional de Seguridad de Tránsito 2021-2030. Santiago: CONASET; 2021. Disponible en: https://www.conaset.cl/wp-content/uploads/2021/05/Estrategia-Nacional-de-Seguridad-de-Tránsito_2021-2030.pdf

7. Organización Mundial de la Salud. Decade of Action for Road Safety 2021-2030. Ginebra; 2021. Disponible en: https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/safety-and-mobility/decade-of-action-for-road-safety-2021-2030

8. Organización de las Naciones Unidas.Crónica ONU: El papel del sistema de las Naciones Unidas en la mejora de la seguridadvial para salvar vidas y la promoción del desarrollo sostenible. 2021. Disponible

en : https://www.un.org/es/cr%C3%B3nica-onu/el-papel-del-sistema-de-las-naciones-unidas-en-la-mejora-de-la-seguridad-vial-para

3.2 VIOLENCIA

1. Organización Mundial de la Salud. Violence Prevention Alliance: Conceptual Framework 2010. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/violence-prevention-alliance-section/vpa_conceptual_framework.pdf?sfvrsn=a4986b46_3; 2010.

2. Rivara F, Adhia A, Lyons V, Massey A, Mills B, Morgan E, et al. The Effects Of Violence On Health. Health Affairs. 2019;38(10):1622–9. https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2019.00480

3. Organización Mundial de la Salud. Violence Info: A global knowledge platform for preventing violence. Ginebra; 2020. https://apps.who.int/violence-info/

4. Organización Mundial de la Salud, United Nations Children's Fund, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Informe sobre la situación mundial sobre la prevención de la violencia contra los niños 2020 [Global status report on preventing violence against children 2020: executive summary]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020. https://www.who.int/es/teams/social-determinants-of-health/violence-prevention/global-status-report-on-violence-against-children-2020

5. Organización Mundial de la Salud. Abuse of Older People abuse. https://www.who.int/health-topics/abuse-of-older-people#tab=tab_1

6. Subsecretaría de Prevención del Delito. Presentación de Resultados IV Encuesta de Violencia contra la Mujer en el Ámbito de Violencia Intrafamiliar y en Otros Espacios (ENVIF-VCM). Santiago, Chile; 2021. https://cead.spd.gov.cl/wp-content/uploads/file-manager/Presentaci%C3%B3n%20de%20Resultados%20IV%20ENVIF-VCM.pdf

7. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Encuesta Longitudinal de Primera Infancia (ELPI). Tercera Ronda 2017. Observatorio Social. http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/elpi-tercera-ronda; 2017.

8. United Nations Children's Fund. Prevención de la violencia intrafamiliar y escolar. Santiago, Chile; 2020. https://www.unicef.org/chile/prevencion-violencia

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

10. Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Datos abiertos.

11. Circuito Intersectorial de Femicidios. Informe anual 2021. Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género; Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género; Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia; Subsecretaría de Prevención del Delito; Servicio Médico Legal; Carabineros de Chile; Policía de Investigaciones. Santiago, Chile; 2021. https://minmujeryeg.gob.cl/wp-content/uploads/2022/12/Informe-Anual-CIF-2021.pdf

12. Ministerio de Salud. Evaluación Final de Década Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. Chile, 2024. Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/04/EFD-2020-Final.pdf

13. Organización Mundial de la Salud, United Nations Children's Fund. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. Ginebra; 2016. https://www.unicef.org/ecuador/media/2416/file/INSPIRE.pdf

14.Naciones Unidas. Objetivos y metas de desarrollo sostenible ONU. 2015. https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/

15. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Tipifica un Nuevo Delito de Maltrato y Aumenta la Protección de Personas en Situación Especial [Internet]. Chile; 2017. Disponible en: http://bcn.cl/2kgro

16. Ministerio de Salud. Norma General Técnica para la atención de víctimas de violencia sexual [Internet]. Santiago, Chile; 2016. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/10/NT_VICTIMAS-VIOLENCIA-SEXUAL_web.pdf

3.3 SUICIDIO

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La OMS alzó nuevos recursos sobre la prevención y despenalización del suicidio. 2023. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/12-9-2023-oms-lanzo-nuevos-recursos-sobre-prevencion-despenalizacion-suicidio

2. Organización Mundial de la Salud. Suicide data. Mental Health and Substance Use. Sin fecha. Disponible en: https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/suicide-data

3. Ministerio de Salud. Informe de mortalidad por suicidio en Chile: 2010-2019. 2022. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/06/2022.06.10_Informe.de.la.decada.pdf

4. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Santiago. 2017. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018.pdf

5. Gobierno Vasco. Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi. Anexo 4: "Evidencia sobre Prevención de Conducta Suicida". Donostia-San Sebastián; 2019. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_prevencion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_prevencion_suicidio_cast.pdf

6. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un recurso para profesionales de los medios de comunicación. Actualización del 2023. 2023. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/prevencion-suicidio-recurso-para-profesionales-medios-comunicacion-actualizacion-2023

7. Organización Mundial de la Salud. Suicidio. 2011. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

8. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para mejorar la salud mental y la prevención del suicidio en la Región de las Américas. 172.a Sesión del Comité Ejecutivo. CE172/17. Washington, DC, EUA; 2023. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/ce17217-estrategia-para-mejorar-salud-mental-prevencion-suicidio-region-americas

9. Ministerio de Salud. Construyendo Salud Mental. Santiago, Chile 2024. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/05/2024.05.28_CONSTRUYENDO-SALUD-MENTAL.pdf

OE 4 ESTILOS DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO

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

2. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease (GBD): Data Visualization [Internet]. 2019 [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.healthdata.org/data-visualization/gbd-compare

3. Ministerio de Salud. Política de alimentación y nutrición [Internet]. Santiago; [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/BVS_POL%C3%8DTICA-DE-ALIMENTACI%C3%93N-Y-NUTRICI%C3%93N.pdf

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

5. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

4.1 SALUD ÓPTIMA

1. Ezzati M, Vander Hoorn S, Rdogers A, Lopez A, Murray C. Estimates of global and regional potential heath gains from reducing multiple major risk factors. Lancet. 2003;362:271-80. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673603139682?via%3Dihub

2. Rodgers A, Ezzati M, Vander Hoorn S, Lopez A, Ruey-Bin L, Murray C. Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Distribution of Major Health Risks: Findings from the Global Burden of Disease

Study. Plos Medicine. 2004;1(1):e27. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC523844/pdf/pmed.0010027.pdf

3. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; sin fecha. Disponible en: http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare

4. Ministerio de Salud. Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primeros resultados. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2017. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf

5. Ministerio de Salud. Evaluación Final de Década Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. Chile, 2024. Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/04/EFD-2020-Final.pdf

6. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos y metas de desarrollo sostenible. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas; 2015. Disponible en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/

7. Organización Mundial de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030. 2022. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-plan-accion-sobre-promocion-salud-contexto-objetivos-desarrollo-sostenible

4.2 CONSUMO DE TABACO

1. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Decreto 109: Aprueba reglamento de calificación de la producción, importación, distribución y venta de productos farmacéuticos y cosméticos [Internet]. Santiago, Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 1985 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=30786&idVersion=Diferido

2. Drope J, Hamill S, Chaloupka F, Guerrero C, Lee HM, Mirza M, Mouton A, Murukutla N, Ngo A, Perl R, Rodriguez-Iglesias G, Schluger N, Siu E, Vulovic V. The Tobacco Atlas [Internet]. New York: Vital Strategies and Tobacconomics; 2022 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: https://tobaccoatlas.org/

3. Organización Mundial de la Salud. Tobacco [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco

4. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Consumo de tabaco [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2018 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/07/Informe_tabaco_ENS_2016_17.pdf

5. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General, 2018 [Internet]. Santiago, Chile: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol; 2019 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2020/02/ENPEG-2018.pdf

6. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la

Salud; 2022. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56263/OPSNMHRF220023_spa.pdf

7. Goodchild M, Nargis N, Tursan d'Espaignet E. Global economic cost of smoking-attributable diseases. Tob Control [Internet]. 2018 [citado 2023 Abr 22];27(1):58-64. Disponible en: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/tobaccocontrol/27/1/58.full.pdf

8. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf;jsessionid=D9DA86B77EB53B969405DCD7CA825186?sequence=1

9. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Ley 20.660: Modifica Ley No 19.419 en materia de ambientes libres de humo de tabaco [Internet]. Santiago, Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 2013 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1047848

10. Biblioteca del Congreso Nacional. Impuestos correctivos en Chile: Concepto, recaudación, comparación con algunos países extranjeros [Internet]. Santiago, Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 2022 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/34265/2/Impuestos_correctivos_Chile_Ocde_rev_par_CW_edit._PA.pdf

11. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Programa Educativo de Prevención del Consumo de Tabaco [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Desarrollo Social y Familia; 2020 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: https://datasocial.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/getFichaDigital/83688/2020#:~:text=coherencia%20y%20consistencia.-,%C2%BFCu%C3%A1l%20es%20el%20objetivo%20del%20programa%3F,intenci%C3%B3n%20de%20dejar%20de%20fumar.

12. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnico-Administrativas para la Detección, Intervención Breve y Referencia Asistida para el consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en Atención Primaria. 2017. Disponible en: https://eligenofumar.cl/wp-content/uploads/2024/04/2017.11.27_OOTT_Administrativas-Programas-Final-1.pdf

4.3 CONSUMO DE ALCOHOL

1. Organización Mundial de la Salud. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639

2. Rehm J, Monteiro M, Room R, Gmel G, Jernigan D, Frick U, Graham K. Steps towards Constructing a Global Comparative Risk Analysis for Alcohol Consumption: Determining Indicators and Empirical Weights for Patterns of Drinking, Deciding about Theoretical Minimum, and Dealing with Different

Consequences. Eur Addict Res. 2001 Aug;7(3):138-47. https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/94633/1/50731.pdf

3. Organización Mundial de la Salud. Public health problems caused by harmful use of alcohol. Informe de la Secretaría previo a Resolución de Asamblea Mundial de Salud sobre Consumo Nocivo de Alcohol [Internet]. Ginebra: OMS; 2005 [citado 19 de abril de 2023]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_18-en.pdf

4. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020. Washington: OPS; 2021 abr. https://iris.paho.org/handle/10665.2/53579

5. Ministerio de Salud (Chile). Encuesta nacional de Salud 2016-2017: Primeros resultados. Santiago: MINSAL; 2017 nov.

6. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Chile). Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar, 2019. Santiago: SENDA; 2019. https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2021/01/ENPE-2019-30-12-20.pdf

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

8. Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina. Estudio del Costo Económico y Social del Consumo de Alcohol en Chile, 2017 – Actualización 2018 [Internet]. Santiago: PUC; 2018 [citado 19 de abril de 2023]. Disponible en: https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/03/COSTO-ALCOHOL_Actualizacio%CC%81n-2018_Informe.pdf

9. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol [Internet]. Ginebra: OMS; 2010 [citado 6 de enero de 2022]. 46 p. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-mundial-para-reducir-uso-nocivo-alcohol

10. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial sobre el alcohol 2022-2030 [Internet]. Ginebra: OMS; 2010 [citado 6 de mayo de 2024]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/alcohol-action-plan/first-draft/global-alcohol-action_plan_first_draft_es.pdf?sfvrsn=59817c21_5

11. Ministerio de Salud. Problemas de Salud: 53. Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años. Chile; sin fecha. Disponible en: https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index

12. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional sobre Alcohol: Reducción del consumo de riesgo y sus consecuencias sociales y sanitarias [Internet]. Santiago: MINSAL; 2010 ene [citado 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/2%20Estrategia%20Nacional%20sobre%20Alcohol_b.pdf

4.4 CONSUMO DE DROGAS

1. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. La UNODC destaca las tendencias del cannabis posterior a su legalización, el impacto ambiental de las drogas ilícitas y el consumo de drogas entre las mujeres y las personas jóvenes [Internet]. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2022 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: https://www.unodc.org/unodc/es/press/releases/2022/June/unodc-world-drug-report-2022-highlights-trends-on-cannabis-post-legalization--environmental-impacts-of-illicit-drugs--and-drug-use-among-women-and-youth.html

2. Pan American Health Organization. The burden of drug use disorders in the Region of the Americas, 2000-2019. Noncommunicable Diseases and Mental Health Data Portal [Internet]. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2021 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: https://www.paho.org/en/enlace/burden-drug-use-disorders

3. United Nations. Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2022 [Internet]. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2022 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html

4. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General, 2018 [Internet]. Santiago, Chile: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol; 2019 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2020/02/ENPEG-2018.pdf

5. World Health Organization. Drugs (psychoactive) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: https://www.who.int/health-toics/drugs-psychoactive#tab=tab_1

6. Babor TF, Caulkins JP, Edwards G, Fischer B, Foxcroft DR, Humphreys K, et al. Drug Policy and the Public Good [Internet]. Oxford: Oxford University Press; 2010 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: https://academic.oup.com/book/5794

7. Fernández M. El costo socioeconómico del consumo de drogas ilícitas en Chile. Revista CEPAL [Internet]. 2012 [citado 2023 Abr 22];(107):93-114. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/11550/107093114_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

8.Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Estrategia UNODC 2021-2025. Disponible en: https://www.unodc.org/res/strategy/full-strategy_html/full-strategy-ES.pdf

9. Organización de los Estados Americanos. Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas 2021-2025. Colombia. 2020. Disponible en: https://www.oas.org/fpdb/press/Plan_de_Accion_Hemisferico_sobre_Drogas_2021-2025_ESP.pdf

10. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030 [Internet]. Santiago, Chile: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol; 2021 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en:

https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2021/04/Estrategia-Nacional-de-Drogas-2021-2030.pdf

11. Ministerio de Salud. Orientación Técnica: Detección, intervenciones breves y referencia a tratamiento (DIR) para el consumo de alcohol y otras drogas en Atención Primaria [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2011 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222c0667853b8f8e04001011f016146.pdf

12. Ministerio de Salud. Problemas de Salud: 53. Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años. Chile; sin fecha. Disponible en: https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index

4.5 CONDUCTA SEXUAL SEGURA

1. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo [Internet]. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf

2. Rivera-Baylón I, Márquez-Vega M. Safe Sexual Behavior Model of Adolescents with Parental Care Absence. Index Enferm [Internet]. 2022 Sep; 31(3):199-203. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962022000300013&lng=es

3. Badillo-Viloria M, Sanchez XM, Vasquez MB, Diaz-Perez A. Comportamientos sexuales riesgosos y factores asociados entre estudiantes universitarios en Barranquilla, Colombia, 2019. Enferm glob [Internet]. 2020; 19(59):422-449. Disponible en: https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.412161

4. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género (ENSSEX) 2022-2023 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2023. Disponible en: https://epi.minsal.cl/ensex-que-es-la-encuesta/

5. Instituto Nacional de la Juventud. Encuesta Nacional de Juventudes 2022 [Internet]. Santiago: INJUV; 2022. Disponible en: https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/10ma_encuesta_nacional_de_juventudes_2022.pdf

6. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. Nueva York: ONU; 2015. Disponible en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/

7. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre salud reproductiva [Internet]. Ginebra: OMS; 2004. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69040/WHO_RHR_04.8_spa.pdf?sequence=1

8. Organización Panamericana de la Salud. Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (¡Guía AA-HA!): orientación para apoyar la aplicación en los países, segunda edición [Internet]. Washington: OPS; 2024. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/61728

9. Ministerio de Salud. Servicios de Salud Integrales, Amigables y de Calidad para Adolescentes [Internet]. Santiago: MINSAL; 2018. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/2019.03.04_SS-AMIGABLES-PARA-ADOLESCENTES.pdf

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

4.6 SOBREPESO Y OBESIDAD

1. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight/

2. Anna B Gilmore, Alice Fabbri, Fran Baum, Adam Bertscher, et al. Defining and conceptualising the commercial determinants of health. The Lancet, Volume 401, Issue 10383, 2023 Disponible en: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00013-2.

3. Kickbusch, I. En el ámbito de la salud, abordar los determinantes, de carácter comercial, es de fundamental importancia para los países emergentes. Editorial Ciênc. saúde coletiva 20 (4). Abr. 2015. Disponible en: https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.19962014

4. Girón SS. Obesidad y Síndrome Metabólico de Epidemia a Pandemia. En: I Congreso Colombiano de Anticoncepción & II CONGRESO INTEGRADO ALIANZA Intersectorial de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica, Italia y Caribe [Internet]. Barranquilla; 2019 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/22.%20Obesidad%20y%20Sindrome%20Metabolico%20de%20epidemia%20a%20pandemia.pdf

5.- Ministerio de Salud. Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Estado Nutricional. Departamento de epidemiología. 2018.

6.- Ministerio de Salud. Evaluación final de la década de la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios 2011 – 2020: componente monitoreo. 2024. Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/04/EFD-2020-Final.pdf

7. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Grupo de alto nivel de expertos en seguridad alimentaria y nutrición del Comité de Seguridad Alimentaria Mundial. La nutrición y los sistemas alimentarios [Internet]. Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; 2017 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: https://www.fao.org/3/I7846ES/i7846es.pdf

8.Organización Mundial de la Salud. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2016 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/informe-comision-para-acabar-con-obesidad-infantil

9. Biblioteca del Congreso Nacional. Portal Biblioteca del Congreso Nacional. Chile [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: https://www.bcn.cl/portal/

10. Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Subsecretaría de la Niñez. Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018-2025 [Internet]. [citado 3 de julio de 2023]. Disponible en: https://plandeaccioninfancia.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/

11. Ministerio de Salud. Estrategia para detener la aceleración del sobrepeso y obesidad en la niñez y adolescencia 2023-2030, en el marco de la Política de Alimentación y Nutrición. Santiago, Chile. 2023. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/03/ESTRATEGIA-NACIONAL-PARA-DETENER-LA-ACELERACION-DEL-SOBREPESO-Y-OBESIDAD-EN-NNA-2023-2030_.pdf

4.7 ACTIVIDAD FÍSICA

1. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/336656

2. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios [Internet]. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud; 2020 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240014886

3. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. Lancet Glob Health [Internet]. 2018 [citado 2023 Abr 22];6(10):e1077-e86. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/sdfe/reader/pii/S2214109X18303577/pdf

4. World Health Organization. Global status report on physical activity 2022 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: http://www.infocop.es/pdf/gsrOMS.pdf

5. Ministerio del Deporte. Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes en la Población de 18 años y más [Resumen Ejecutivo] [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio del Deporte; 2018 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: https://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3868

6. Ministerio del Deporte. Encuesta nacional de hábitos de actividad física y deporte 2021 para la población de 5 años y más [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio del Deporte; 2021 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: https://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3872

7. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf?sequence=1

8. Organización Mundial de la Salud. Para crecer sanos, los niños tienen que pasar menos tiempo sentados y jugar más [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more

9. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial sobre actividad física [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50904/9789275320600_spa.pdf10

10. Ministerio del Deporte. Política Nacional De Actividad Física Y Deportes 2016-2025. Santiago, Chile; 2016. Disponible en: https://biblioteca.digital.gob.cl/server/api/core/bitstreams/9be50d95-146f-4977-842c-0c21a96502cd/content

11. Ministerio de Desarrollo Social. Ley 20760: Crea el Sistema Elige Vivir Sano [Internet]. Santiago, Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 2013 [citado 2023 Abr 22]. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1051410

12. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas De Planes Trienales De Promoción De La Salud 2022-2024. Santiago, Chile; 2022. Disponible en: https://entornospromotoresdelasalud.minsal.gob.cl/wp-content/uploads/2024/05/ORIENTACIONES-TECNICAS-DE-PLANES-TRIENALES-DE-PROMOCION-DE-LA-SALUD-2022-2024.pdf

4.8 SALUD MENTAL

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

2. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 [citado 22 Abr 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

3. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357847/9789240050181-spa.pdf?sequence=1

4. PAHO. Plan of action on mental health: final report. 59th Directing Council of PAHO, 73rd Session of the Regional Committee of WHO for the Americas; 2021 Sep 20-24; virtual session. Washington, DC. (Document CD59/INF/11).

5. Organización Mundial de la Salud. Achieving well-being. A global framework for integrating well-being into public health utilizing a health promotion approach. 2022. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-promotion/framework4wellbeing_16dec22.pdf

OE 5 CURSO DE VIDA

1. Ministerio de Salud. Anexo 01: Definiciones Estratégicas Ministeriales Periodo 2022 [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/ANEXO-01-2022.pdf

2. Organización Panamericana de la Salud. Curso de vida saludable [Internet]. [citado 29 mayo 2023]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/curso-vida-saludable

5.1 SALUD PERINATAL

1. Ministerio de Salud. Norma General Técnica y Administrativa de la Ley 21.371 para el acompañamiento integral de las personas en duelo gestacional y perinatal. Chile. 2022. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/04/Norma-Tecnica-y-Administratva-Ley-21.371-Dominga-publicado.pdf

2. González R, Viviani P, Merialdi M, Haye MT, Rubio G, Pons A, Gutiérrez J. Aumento de mortalidad materna y de prematuridad durante pandemia de COVID-19 en Chile. Revista Médica Clínica Las Condes. 2023 January-February;34(1):71–74. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9926156/pdf/main.pdf

3. Banco mundial. Tasa de mortalidad materna. Datos. Sin fecha. Disponible en: https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT

4.Organización Mundial de la Salud. The Global Health Observatory. Disponible en: https://www.who.int/data/gho/data/themes/world-health-statistics#tab=tab_2

5. Ministerio de Salud. Evaluación Final de la Década Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios 2011-2020. Chile, 2024. Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/04/EFD-2020-Final.pdf

6. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Perfil de País: Chile. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; sin fecha. Disponible en: https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-chile

7. Organización Mundial de la Salud. Salud materna [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [citado 6 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/maternal-health#tab=tab_2

8. Bhutta ZA, Darmstadt GL, Haws RA, Yakoob MY, Lawn JE. Delivering interventions to reduce the global burden of stillbirths: improving service supply and community demand. BMC Pregnancy and Childbirth. 2009;9(Suppl 1):S7. Disponible en: https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-S1-S7

9. Shukla VV, Carlo WA. Review of the evidence for interventions to reduce perinatal mortality in low- and middle-income countries. International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine. 2020 Mar;7(1):2-8. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7193071/pdf/main.pdf

10. Ministerio de Salud. Chile Crece Contigo. Chile. Disponible en https://www.crececontigo.gob.cl/

5.2 DESARROLLO INFANTIL

1. World Bank. Early Childhood Development Overview [Internet]. 2022 [citado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.worldbank.org/en/topic/earlychildhooddevelopment#1

2. United Nations Children's Fund. Early childhood development [Internet]. 2021 [citado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.unicef.org/early-childhood-development

3. Molina M, Cordero V, Silva V. De la sobrevida al desarrollo integral de la infancia: Pasos en el desarrollo del sistema de protección integral a la infancia. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2008 [citado 2 de febrero de 2022];79(1):11–7. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000700002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

4. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. 1989 [citado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/crc_SP.pdf

5. Ministerio de Salud. Programa nacional de salud de la infancia con enfoque integral [Internet]. Santiago, Chile; 2013 [citado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2013_Programa-Nacional-de-Salud-de-la-infanciacon-enfoque-integral.pdf

6. United Nations Children's Fund. Identificar las desigualdades para actuar: resultados y determinantes del Desarrollo de la Primera Infancia en América Latina y el Caribe [Internet]. 2016 [citado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: https://repositorio.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/5816

7. Ministerio de Salud. Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Desarrollo Funcional Infantil [Internet]. Santiago, Chile; 2017 [citado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/08/Informe_Desarrollo_Funcional_Infantil_ENS_2016_17.pdf

8. Organización Mundial de la Salud. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential: executive summary [Internet]. Ginebra; 2018 [citado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/272604

9. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivo 4: Educación [Internet]. New York, NY; 2010 [citado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/education/

10. Astudillo AD, Leppe ZJ. Oferta de programas para el desarrollo integral de la primera infancia en Chile: Revisión exploratoria. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2020 [citado 3 de febrero de 2022];91(4):605–13. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000400605&lng=es&nrm=iso&tlng=es

5.3 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1. Bertoldi M, Stein P, Raffaeli A, Fornagueira A. El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos: ¿Una cuestión de hecho o de derecho? Anuario de la Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Centro de Investigaciones Jurídicas y Sociales [Internet]. 2008 [citado 3 de julio de 2023];11. Disponible en: https://biblioteca.corteidh.or.cr/documento/64451

2. Organización Mundial de la Salud. Salud Sexual [Internet]. 2021a [citado 3 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

3. Organización Mundial de la Salud. Género y Salud [Internet]. 2021b [citado 3 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender

4. Organización Mundial de la Salud. Planificación Familiar [Internet]. 2020 [citado 3 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception

5. Organización Mundial de la Salud. High rates of unintended pregnancies linked to gaps in family planning services: new WHO study [Internet]. 2019 [citado 3 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study

6. Ministerio de Salud. Información para Profesionales de Salud de la Mujer. Chile. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/informacion-al-profesional-salud-de-la-mujer/

7. Ministerio de Salud. Evaluación final de la década Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios 2011-2020. 2024. Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/04/EFD-2020-Final.pdf

8. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud. Serie de nacimientos y natalidad [Internet]. 2023 [citado 3 de julio de 2023]. Disponible en: https://deis.minsal.cl/#tableros

9. Organización Mundial de la Salud. Menopausia [Internet]. 2022 [citado 3 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/menopause

10. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud. Serie de nacimientos y natalidad [Internet]. 2023 [citado 3 de julio de 2023]. Disponible en: https://deis.minsal.cl/#tableros

11. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en el nivel primario de la red de salud (APS) [Internet]. 2014 [citado 3 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/OTCLIMATERIOinteriorValenteindd04022014.pdf

5.4 SALUD OCUPACIONAL

1. World Health Organization. Caring for those who care: guide for the development and implementation of occupational health and safety programmes for health workers. Executive summary [Internet]. 2022 [citado 6 de julio de 2023]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352034/9789240044548-eng.pdf?sequence=1

2. Superintendencia de Seguridad Social. Compendio de normas del seguro social de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Santiago; Chile; sf [citado 6 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.suseso.cl/613/w3-propertyvalue-136474.html

3. Organización Internacional del Trabajo. Seguridad y salud en el trabajo [Internet]. Ginebra; 2022 [citado 6 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/occupational-safety-and-health/lang--es/index.htm

4. Superintendencia de Seguridad Social. Informe Regional 2021 [Internet]. Santiago, Chile; 2022 [citado 6 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.suseso.cl/607/articles-696339_archivo_01.pdf Chile. Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

5. Ministerio de Salud. Evaluación final de la década Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios 2011-2020. 2024. Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/04/EFD-2020-Final.pdf

6. Pérez-Franco J. Mortalidad atribuible a enfermedades laborales en chile, 2014. Rev Chil Salud Pública 2022.Vol 26(2): 164-171

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

8. Biblioteca del Congreso Nacional. Código del Trabajo [Internet]. [citado 6 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=207436

9. Biblioteca del Congreso Nacional. Ley 16.744 de 1968. Seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales [Internet]. [citado 6 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=28650

10. Organización Internacional del Trabajo. Convenio N° 187 sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo [Internet]. Ginebra: OIT; 2011 [citado 6 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.ilo.org/global/standards/information-resources-and-publications/news/WCMS_154812/lang--es/index.htm

11. Ministerio del trabajo y prevención social. Política Nacional de salud y seguridad en el trabajo 2024-2028 [Internet]. Chile; 2024 [citado el 27 de junio de 2024]. Disponible en: https://previsionsocial.gob.cl/wp-content/uploads/2024/06/05-PNSST-TRAZADO.pdf

12. Ministerio de salud. Departamento de salud ocupacional [Internet]. [citado el 27 de junio de 2024]. Disponible en: https://dipol.minsal.cl/departamentos-2/salud-ocupacional/

5.5 SALUD DE PERSONAS MAYORES

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Derechos de las personas mayores. Retos para la interdependencia y autonomía [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL; 2017 [citado 2023 Mayo 3]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41471/S1700838_es.pdf?sequence=4&isAllowed=y

2. Naciones Unidas. Envejecimiento. Desafíos globales [Internet]. [citado 2023 Mayo 3]. Disponible en: https://www.un.org/es/global-issues/ageing

3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2017). Derechos de las personas mayores. Retos para la interdependencia y autonomía. Santiago de Chile.

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41471/S1700838_es.pdf?sequence=4&isAllowed=y

4. Banco Mundial. Esperanza de vida al nacer, total (años) - Latin America & Caribbean,Chile. 2020 [Internet]. [citado 2023 Mayo 3]. Disponible en: https://datos.bancomundial.org/

5. Organización Panamericana de la Salud. Decada de envejecimiento saludable en las Américas 2021-2030 [Internet]. 2021 [citado 2023 Mayo 3]. Disponible en: https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030

6. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento saludable [Internet]. [citado 2023 Mayo 3]. Disponible en: https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable

7. Organización Panamericana de la Salud. Discapacidad [Internet]. [citado 2023 Mayo 3]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/discapacidad

8. Ministerio de Desarrollo Social de Chile, Servicio Nacional de la Discapacidad, Departamento de Estudios. Resultados II Estudio Nacional de la Discapacidad [Internet]. Santiago, Chile: SENADIS; 2015 Oct [citado 2023 Mayo 3]. Disponible en: http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/1386

9. Ministerio de Desarrollo Social de Chile, Servicio Nacional de la Discapacidad, Departamento de Estudios. Discapacidad y Dependencia: Caracterización de la dependencia en las personas en situación de discapacidad a partir del II Estudio Nacional de la Discapacidad [Internet]. Santiago, Chile: SENADIS; 2017 Dic [citado 2023 Mayo 3]. Disponible en: https://www.senadis.gob.cl/descarga/i/5058

10. Organización Mundial de la Salud. Integrated Care for Older People (ICOPE). Realigning primary health care to respond to population ageing [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 [citado 2023 Mayo 3]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326295/WHO-HIS-SDS-2018.44-eng.pdf

11. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [citado 2023 Mayo 3]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf

12. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores y su Plan de Acción 2020-2030 en el marco de la Política de Envejecimiento Positivo, Activo y Saludable 2012-2025 y del Programa de Gobierno, "Adulto Mejor" [Internet]. Santiago, Chile: MINSAL, Oficina de Salud Integral para Personas Mayores, Departamento Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública; 2021 Mayo [citado 2023 Mayo 3]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/11/Plan-Nacional-de-Salud-Integral-para-Personas-Mayores.pdf

13. Ministerio de Salud. Salud del adulto mayor [Internet]. [citado 2023 Mayo 3]. Disponible en: https://www.minsal.cl/salud-del-adulto-mayor/

OE 6 EQUIDAD

1. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020 [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2011 [citado 6 de mayo de 2024]. 426 p. Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/05/2011_Documento-Estrategia-Nacional-de-Salud.pdf

6.1 EQUIDAD TERRITORIAL

1. Howe GM. Does it matter where I live? Transactions of the Institute of British Geographers. 1986;11(4):387-414.

2. Diez-Roux AV, Nieto FJ, Muntaner C, Tyroler HA, Comstock GW, Shahar E, et al. Neighborhood environments and coronary heart disease: a multilevel analysis. Am J Epidemiol. 1997;146(1):48-53.

3. Davey Smith G, Ebrahim S. 'Mendelian randomization': can genetic epidemiology contribute to understanding environmental determinants of disease? Int J Epidemiol. 2003;32(1):1-22.

4. Tunstall H, Mitchell R, Gibbs J, Platt S, Dorling D. Is economic adversity always a killer? Disadvantaged areas with relatively low mortality rates. J Epidemiol Community Health. 2007;61(4):337-43.

5. Wami W, Walsh D, Hennig BD, McCartney G, Dorling D, Galea S, et al. Spatial and temporal inequalities in mortality in the USA, 1968-2016. Health Place. 2021;70:102586.

6. Tunstall H, Shaw M, Dorling D. Places and Health. J Epidemiol Community Health. 2004;58(1):6-10.

7. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020 [Internet]. 2011 [citado 2023 may 8]. Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/05/2011_Documento-Estrategia-Nacional-de-Salud.pdf

8. Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo. Desigualdad territorial en Chile. Ingresos, salud y educación en perspectiva territorial [Internet]. Santiago de Chile: PNUD; 2018 [citado 2023 may 8]. Disponible en: https://www.estudiospnud.cl/wp-content/uploads/2020/04/DesigualdadRegionalPDF.pdf

9. Jensen N, Kelly AH, Avendano M. Health equity and health system strengthening - Time for a WHO re-think. Glob Public Health. 2022;17(3):377-90.

10. Ministerio de Salud. Anexo 01: Definiciones Estratégicas Ministeriales Periodo 2022 [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2021 [citado 2023 may 8]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/ANEXO-01-2022.pdf

6.2 SALUD DE PUEBLOS INDÍGENAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud [Internet]. Washington D.C.: OPS; [citado 29 may 2023]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

2. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta de caracterización socioeconómica nacional CASEN [Internet]. Santiago de Chile: MIDESO; 2017 [citado 29 may 2023]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2017

3. Ministerio de Salud. Situación de salud de los pueblos originarios en Chile [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2018 [citado 29 may 2023]. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/07/Final_Situacion-de-salud-de-los-pueblos-originarios-en-Chile_2018_.pdf

4. Ministerio de Desarrollo Social. Pueblos Indígenas [Internet]. Santiago de Chile: CASEN; 2020 [citado 29 may 2023]. Disponible en: https://datasocial.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/portalDataSocial/catalogoDimension/535

5. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Programación en Red 2023. ANEXO 1: Lineamiento Pueblos Indígenas. Diagnóstico de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2023 [citado 29 may 2023]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/ANEXO-1.-Lineamientos-Pueblos-Indi%CC%81genas.docx

6. Ministerio de Salud. Diagnóstico de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile. Santiago, s.f. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/ANEXO-07.pdf

7. Ministerio de Salud. Perfil epidemiológico básico de la población aymara de la provincia de Iquique. Serie Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile, N° 03 [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2007 [citado 29 may 2023]. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/SERIE%20PUBLICACIONES%20SITUACI%C3%93N%20DE%20SALUD%20N%C2%B0%203%20IQUIQUE.pdf

8. Ministerio de Salud. Perfil epidemiológico básico de la población indígena y no indígena residente área de cobertura del Servicio de Salud Antofagasta. Serie Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile, N° 11 [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2014 [citado 29 may 2023]. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/SERIE%20PUBLICACIONES%20SITUACION%20DE%20SALUD%20N%C2%BA%2011%20ANTOFAGASTA.pdf

9. Ministerio de Salud. Perfil epidemiológico básico de la población mapuche. Comunas del área Lafkenche del Servicio de Salud Araucanía Sur. N°04 [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2009 [citado 29 may 2023]. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/SERIE%20PUBLICACIONES%20SITUACION%20DE%20SALUD%20MAPUCHE-LAFKENCHE%20N%c2%b04.pdf

10. Ministerio de Salud. Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la Región de Los Ríos, serie Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile, N° 06 [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2009 [citado 29 may 2023]. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/SERIE%20PUBLICACIONES%20SITUACI%C3%93N%20DE%20SALUD%20N%C2%B0%206%20LOS%20RIOS.pdf

11. Ministerio de Salud. Perfil epidemiológico básico de los pueblos kawésqar, yámana y mapuche-williche de la Región de Magallanes, serie Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile, Nº 5 [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2009 [citado 29 may 2023]. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/SERIE%20PUBLICACIONES%20SITUACION%20DE%20SALUD%20%20N%c2%b05%20MAGALLANES.pdf

12. CEPAL. Notas de Población 89. Santiago, 2009. Disponible: https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/7216b3a2-9008-4142-856d-82eb04ea3bc2/content

https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=30620

13. Biblioteca del Congreso Nacional. Decreto 21 Aprueba Reglamento Sobre El Derecho De Las Personas Pertenecientes A Los Pueblos Indígenas A Recibir Una Atención De Salud Con Pertinencia Cultural [Internet]. Chile; 2023 [citado 29 may 2023]. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1199560

14. Ministerio de Salud. Anexo 01: Definiciones Estratégicas Ministeriales Periodo 2022 [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2021 [citado 29 may 2023]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/ANEXO-01-2022.pdf

6.3 SALUD DE PERSONAS MIGRANTES

1. Organización de Naciones Unidas. Migración Internacional 2018. 2021. Disponible en: https://www.un.org/es/global-issues/migration

2. Davies A, Basten A, Frattini C. Migration: A social determinant of the health of migrants. Eurohealth (Lond). 2009;16(1):10-2. Disponible en: https://migrationhealthresearch.iom.int/migration-social-determinant-health-migrants

3. Cabieses B, Bernales M, McIntyre AM. International migration as a social determinant of health in Chile: Evidence and recomendations for public policies. 2017. Disponible en: http://hdl.handle.net/11447/978

4. Organización Panamericana de la Salud. Migración y Salud en las Américas. 2024. Disponible en: https://www.paho.org/es/migracion-salud-americas

5. Organización Panamericana de la Salud. Documento de Orientación sobre migración y salud. Sin fecha. Disponible en: file:///C:/Users/ginacorrea/Downloads/documento-orientacion-sobre-migracion-salud.pdf

6. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. Estimación de personas extranjeras Residentes habituales en Chile al 31 de diciembre de 2020. Distribución regional y comunal. 2021. Disponible en: https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-

2018/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2020-metodolog%C3%ADa.pdf?sfvrsn=48d432b1_4

7. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Migración internacional e inclusión en América Latina. Análisis en los países de destino mediante encuestas de hogares. Carrasco, Ignacio; Suárez, José Ignacio. Autores. 2018. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/handle/11362/43947

8. Ministerio de Desarrollo Social de Chile. Encuesta de caracterización socioeconómica nacional CASEN. 2017. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2017

9. Ministerio de Salud. Política De Salud De Migrantes Internacionales. 2018. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf

10. Cabieses B, Agurto H. Plan de atención inicial de salud a migrantes internacionales en atención primaria en Chile. En: Cabieses B, Obach A, Urrutia C, editores. Interculturalidad en salud: teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales. Universidad del Desarrollo; 2021. Disponible en: https://repositorio.udd.cl/handle/11447/4357

11. Ministerio de Salud. Salud del Inmigrante. 2024. https://www.minsal.cl/salud-del-inmigrante/

12. Correa Atencia G. Intersectorialidad en el acceso y la atención de salud para inmigrantes en la comuna de recoleta. Un estudio de caso. Tesis para optar al grado académico de magíster en salud pública. Universidad de Chile; 2019. Disponible en: http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/591/Tesis_Gina%20Correa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

13. Ministerio de Salud. Plan Nacional Migración y Salud 2024-2026. Santiago, 2024. Documento en trámite jurídico, sin publicar

OE 7 MEDIO AMBIENTE

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

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

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

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

5. FAO. Una sola Salud. Washington: FAO; 2024. Disponible en: https://www.fao.org/one-health/es

6. Ministerio del Medio Ambiente. Ministerio de Salud. Plan de adaptación al cambio climático del sector salud. Santiago: MMA;2016. Disponible en: https://mma.gob.cl/wp-content/uploads/2017/02/Plan-de-Adaptacion-al-CC-para-Salud-Version-Final.pdf

7.1 CONDICIONES SANITARIO AMBIENTALES

1. Organización Panamericana de la Salud. Agenda para las Américas sobre salud, medioambiente y cambio climático 2021-2030. Washington DC: OPS; 2021. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/55212

2. Fuller R, Landrigan PJ, Balakrishnan K, et al. Pollution and health: a progress update. Lancet Planet Health. 2022. Disponible en: https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(22)00090-0/fulltext

3. Organización Panamericana de la Salud. Agenda para las Américas sobre salud, medioambiente y cambio climático 2021-2030. Washington DC: OPS; 2021. OPS/CDE/CE/21-0004. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55212/OPSCDECE210004_spa.pdf?sequenc

4. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes Ambientales de Salud [Internet]. Washington DC: OPS; 2021. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/determinantes-ambientales-salud

5. Organización Mundial de la Salud. Contaminación del aire ambiente (exterior) y salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 Oct 24. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health

6. World Health Organization. WHO global air quality guidelines. Particulate matter (PM2.5 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. Geneva: WHO; 2021. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345329/9789240034228-eng.pdf

7. Ministerio del Medio Ambiente. Informe del Estado del Medio Ambiente 2021 [Internet]. Santiago: MMA; 2021. Disponible en: https://sinia.mma.gob.cl/wp-content/uploads/2022/06/REMA2021.pdf

8. Huneeus N, Urquiza A, et al. El aire que respiramos: pasado, presente y futuro: Contaminación atmosférica por MP2,5 en el centro y sur de Chile [Internet]. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional; 2020. Disponible en: https://www.cr2.cl/contaminacion/#1598971123684-86b5b7ff-17c5

9. World Health Organization. Burden of disease attributable to unsafe drinking-water, sanitation and hygiene: 2019 update. Geneva: WHO; 2023. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240075610

10. Ministerio del Medio Ambiente (Chile). Quinto Reporte del Estado del Medio Ambiente [Internet]. Santiago: MMA; 2020. Disponible en: https://sinia.mma.gob.cl/wp-content/uploads/2022/06/REMA2019.pdf

11. Organización Panamericana de la Salud. Agua y saneamiento. En: Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe [Internet]. Washington: OPS; 2020. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/agua-saneamiento

12. Ministerio de Salud. Informe epidemiológico anual. Diarrea aguda en menores de 5 años 2014 – 2018 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2020. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/DIARREA_INFORME_2014_2018.pdf

13, Instituto Nacional de Estadísticas. Indicadores de calidad de plazas y parques urbanos en Chile 2019 [Internet]. Santiago: INE; 2019. Disponible en: https://geoarchivos.ine.cl/Files/Calidad_PlPq/INDICADORES%20DE%20CALIDAD%20%C3%81REAS%20VERDES.pdf

14. Ministerio del Medio Ambiente. Reporte del Estado del Medio Ambiente 2023 [Internet]. Santiago: MMA; 2023. Disponible en: https://sinia.mma.gob.cl/estado-del-medio-ambiente/reporte-del-estado-del-medio-ambiente-2023/

15. Ministerio del Medio Ambiente (Chile). El desafío de la Oficina de Transición Socioecológica Justa: pasar de zonas de sacrificio a zonas de «transición ecológica» [Internet]. Santiago: MMA; 2023. Disponible en: https://mma.gob.cl/el-desafio-de-la-oficina-de-transicion-socioecologica-justa-pasar-de-zonas-de-sacrificio-a-zonas-de-transicion-ecologica/

16. Ministerio del Medio Ambiente. Transición Socioecológica Justa [Internet]. Santiago: MMA. Disponible en: https://mma.gob.cl/transicion-socioecologica-justa/

17. Ministerio del Medio Ambiente. Planes de Prevención y Descontaminación Atmosférica [Internet]. Santiago: MMA. Disponible en: https://ppda.mma.gob.cl/

18. Ministerio de Obras Públicas. El programa "Aguas Rurales" [Internet]. Santiago: MOP. Disponible en: [URL no especificada]

19. Ministerio del Medio Ambiente. Fondo para el Reciclaje - Economía Circular [Internet]. Santiago: MMA. Disponible en: https://economiacircular.mma.gob.cl/fondo-para-el-reciclaje/

20. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [Internet]. Santiago: BCN. Disponible en: https://www.bcn.cl/portal/

21. Organización Panamericana de la Salud. La salud en todas las políticas urbanas: Aprendizajes Latinoamericanas. Resumen de Políticas N° 4. Washington DC: OPS; 2019 Oct. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/salud-todas-politicas-urbanas-aprendizajes-latinoamericanas

7.2 INOCUIDAD ALIMENTARIA

1. OMS. Inocuidad de los alimentos [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 Disponible: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/food-safety

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

3. Ministerio de Salud. Brotes de Enfermedades Transmitidas por los Alimentos (ETA) [Internet]. Santiago: MINSAL; 2023 http://epi.minsal.cl/brotes-eta-basedatos/

4. FAO. El futuro de la seguridad alimentaria [Internet]. Ginebra: FAO; 2023 https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/4f8362bd-5ac2-4c90-868b-54212e15e281/content/alimentos-inocuos-para-todos-2023/food-production-consumption-technology.html

5. Ministerio de Salud. Reglamento sobre notificación de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria y su vigilancia [Internet]. Santiago, Chile; 2020. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1141549

6. Ministerio de Salud. Denuncias y fiscalización. Chile: MINSAL; 2018. Disponible en: https://saludresponde.minsal.cl/denuncias-y-fiscalizacion/

7. Agencia Chilena para la Inocuidad Alimentaria. Chile: ACHIPIA; 2024. Disponible en: https://www.achipia.gob.cl/

7.3 RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS

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

2. OPS. Resistencia a los antimicrobianos [Internet]. Washington: OPS, 2021 https://www.paho.org/es/temas/resistencia-antimicrobianos

3. Ministerio de Salud. Plan Nacional contra la Resistencia a los Antimicrobianos [Internet]. Santiago: MINSAL, 2020 https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/01/Informe-Evaluacion-del-Plan-Nacional-contra-la-Resistencia-a-los-Antimicrobianos-2020.pdf

4. OMS. La OMS publica la lista de las bacterias para las que se necesitan urgentemente nuevos antibióticos [Internet]. Ginebra: OMS; 2022. https://www.who.int/es/news/item/27-02-2017-who-publishes-list-of-bacteria-for-which-new-antibiotics-are-urgently-needed

5. Antimicrobial Resistance Collaborators. Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis [Internet]. The Lancet. 2022; 399 (10325):629-655. https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02724-0/fulltext

6. Banco Mundial. Para 2050, las infecciones resistentes a los medicamentos podrían causar daños económicos similares a los de la crisis financiera de 2018 [Internet]. Nueva York: BM; 2016. https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2016/09/18/by-2050-drug-resistant-infections-could-cause-global-economic-damage-on-par-with-2008-financial-crisis

7. Undurraga E, García P, Labarca J, Munita J, Gana N et al. Propuestas de control y prevención de la resistencia antimicrobiana en Chile: análisis longitudinal de factores socioeconómicos, demográficos, y culturales en 40 hospitales. Santiago: Centro UC Políticas Públicas; 2019. https://politicaspublicas.uc.cl/wp-content//uploads/2019/04/Taller-1-Resistencia-antimicrobiana.pdf

8. Instituto de Salud Pública. Programa de Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud. Boletín de Resistencia Antimicrobiana [Internet]. Santiago: ISP: 2022 https://www.ispch.cl/wp-content/uploads/2022/09/BoletinRAM_FINAL-1-1.pdf

9. Ministerio de Salud. Programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis. Informe de situación epidemiológica y operacional del Programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis 2021 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2022. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/12/INFORME-TUBERCULOSIS-2021.pdf

10. FAO. Una solo Salud. [Internet]. Washington: FAO; 2024. https://www.fao.org/one-health/es

7.4 GESTIÓN DEL CAMBIO CLIMÁTICO PARA LA SALUD

1. IPCC. Climate Change 2022: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change [Internet]. Inglaterra: Cambridge University Press; 2022. https://report.ipcc.ch/ar6/wg2/IPCC_AR6_WGII_FullReport.pdf

2. OMS. La OMS insta a los países a proteger la salud contra el cambio climático [Internet]. Ginebra: OMS; 2015. https://www.who.int/es/news/item/17-11-2015-who-calls-on-countries-to-protect-health-from-climate-change

3. Espinal, M. Cambio Climático y Salud [Internet]. Washington: OPS; 2019 https://www.paho.org/sites/default/files/2021-06/2019-cde-olas-calor-marcos-espinal.pdf

4. Rocque RJ, Beaudoin C, Ndjaboue R, et al. Health effects of climate change: an overview of systematic reviews. BMJ Open;11:e046333. doi:10.1136/ bmjopen-2020-046333. https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/11/6/e046333.full.pdf

5. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 [Internet]. New York; 2023 [cited 2022 Feb 3]. Available from: https://www.cepal.org/es/temas/agenda-2030-desarrollo-sostenible/objetivos-desarrollo-sostenible-ods

6. OMS. Establecimientos de salud resilientes al clima y ambientalmente sostenibles. Orientaciones de la OMS [Internet]. Washington: OPS; 2021 https://www.paho.org/es/documentos/establecimientos-salud-resilientes-al-clima-ambientalmente-sostenibles-orientaciones-oms

7. Chile. Ministerio de Salud. Plan de adaptación al cambio climático del sector salud [Internet]. Santiago: MINSAL 2016 https://mma.gob.cl/wp-content/uploads/2017/02/Plan-de-Adaptacion-al-CC-para-Salud-Version-Final.pdf

8. ORAS-CONHU; OPS. Plan andino de salud y cambio climático 2020-2025 [Internet]. Washington: OPS; 2020 https://www.paho.org/es/documentos/plan-andino-salud-cambio-climatico-2020-2025#:~:text=El%20Plan%20andino%20de%20salud,regi%C3%B3n%20hacia%20un%20futuro%20sostenible

OE 8 SISTEMA DE SALUD

1. OPS/OMS. Salud Universal [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/salud-universal

2. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Subsanar las Desigualdades en una Generación: Alcanzar la Equidad sanitaria actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra; 2005.

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

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

8.1 SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD

1. OMS. Sistemas de información sanitaria en apoyo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio [Internet]. Ginebra: OMS 2006 https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB118/B118_16-sp.pdf

2. AbouZahr C, Boerma T. Health information systems: the foundations of public health [Internet]. Bulletin of the World Health Organization 2005;83:578-583. https://scielosp.org/pdf/bwho/2005.v83n8/578-583

3. Valeri, Lenin. Los sistemas de información para la gerencia en salud pública [Internet]. Venezuela: ULA; 2016 https://www.redalyc.org/journal/4655/465549558009/html/

4. Gobierno de Chile. Ley 19628 sobre protección de la vida privada. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=141599

5. Gobierno de Chile. Ley 20584 regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348

6. Gobierno de Chile. Ley 21180. Transformación digital del Estado. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idLey=21180

7. Ministerio de Salud. Seguridad de la Información [Internet]. 2015 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.minsal.cl/seguridad_de_la_informacion/

8. Ministerio de Salud. DEIS. Situación de los Estándares de Información en Salud [Internet]. Santiago; [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://repositoriodeis.minsal.cl/deis/estandares/Estándares_DEIS_2011.pdf

9. OPS/OMS. Plan de Acción para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información para la Salud 2019-2023 [[Internet]. Washington; 2019 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.paho.org/ish/index.php/en/toolkit

10. OPS/OMS. Sistemas de Información para la Salud (IS4H) [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/sistemas-informacion-para-salud-is4h

11. Ministerio de Salud. Estrategia de interoperabilidad en salud en Chile. Santiago: MINSAL; 2024. Disponible en: https://www.achm.cl/wp-content/uploads/2023/12/Estrategia-de-Interoperabilidad-en-Salud-en-Chile.pdf

12. Ministerio de Salud. Interoperabilidad Ministerio de Salud. Santiago: MINSAL; 2023. Disponible en: https://interoperabilidad.minsal.cl/

8.2 TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DE SALUD

1. OMS. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies [internet]. Ginebra: OMS; 2010 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf.

2. OECD. Health at a Glance Organization for Economic Co-operation and Development 2021 [Internet]. Paris: OECD; 2021 https://www.oecd.org/chile/health-at-a-glance-Chile-EN.pdf

3. Ministerio de salud. Ordinario 1343 del 6 de mayo de 2020. Informa Glosa 1: Brechas del Personal de Salud por Servicio de Salud y Especialidad Ley de Presupuesto N° 21.192 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2020 https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/05/Glosa-01-letra-c-Brechas-del-Personal-de-Salud-por-Servicio-de-Salud-y-Especialidad-Anual.pdf

4. Ministerio de Salud. Evaluación Final de la Década Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios 2011-2020. Chile, 2024. Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/04/EFD-2020-Final.pdf

5. OPS/OMS. Estrategia de recursos humanos para el acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud [Internet]. Washington; 2017 sep. [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34413/CSP29.R15-.pdf?sequence=2&isAllowed=y

6. Senado de la República. Falta de cupos para subespecialistas serían el gran problema de la salud pública [Internet] Valparaíso: Senado; 2021 https://www.senado.cl/noticias/salud/falta-de-cupos-para-subespecialistas-serian-el-gran-problema-de-la-salud

7. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030 [Internet]. Who. Ginebra; 2016 [citado 5 defebrero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1

8. Ministerio de salud. Políticas de recursos humanos de salud [Internet]. Santiago; 2012 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en:

https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/politica_rhs_chi2012.pdf

9. Ministerio de salud. Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud [Internet]. Santiago; 2016 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-Público_Marzo2016.pdf

10. Ministerio de salud. Plan de ingreso, formación y retención de médicos, odontólogos y especialistas logros y desafíos [Internet]. Santiago; 2018 feb [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Plan-de-formación-y-retención-de-especialistas.pdf

8.3 INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

1. Goyenechea M. Dificultades de la inversión en infraestructura pública de salud en Chile: concesiones y licitación pública. Medwave [Internet]. 12 de mayo de 2016 [citado 3 de febrero de 2022];16(04):e6444. Disponible en: https://link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/6444

2. OMS. Buen aprovechamiento de los recursos, mejor salud [Internet]. Ginebra; 2017 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_INF6-sp.pdf

3. Beebe CE, Oreskovic E. Investing Into Health Care Infrastructure [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://facilityexecutive.com/2021/06/investing-into-health-care-infrastructure/

4. OECD, World Bank. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020 [Internet]. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. Paris: OECD; 2020 jun [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020_740f9640-es

5. Observatorio Chileno de Salud Pública. Infraestructura asistencial [Internet]. 2012 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.ochisap.cl/index.php/infraestructura-y-recursos-asistenciales-de-salud/infraestructura-asistencial

6. OECD. Health at a Glance 2023 [citado 17 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html

7. QUIROZ-FLORES, C. P. La Gestión de Equipo Médico en los retos del Sistema Nacional de Salud: Una Revisión. Rev. mex. ing. bioméd [online]. 2020, vol.41, n.1 [citado 2024-04-30], pp.141-150. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-95322020000100141&lng=es&nrm=iso>. Epub 23-Oct-2020. ISSN 2395-9126. https://doi.org/10.17488/rmib.41.1.11.

8. OMS, World Bank. Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report [Internet]. Ginebra; 2017 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en:

https://documents1.worldbank.org/curated/en/640121513095868125/pdf/122029-WP-REVISED-PUBLIC.pdf

8.4 FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

1. OMS. Health financing [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/healthfinancing#tab=tab_1

2. González, Claudia; Castillo, Carla; Matute, Isabel. Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno [Internet]. Santiago, Chile: CAS-UDD; 2019. https://medicina.udd.cl/centro-epidemiologia-politicas-salud/files/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.pdf

3. World Bank. Current health expenditure per capita - Chile [Internet]. Nueva York: WB; 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PP.CD?locations=CL

4. OMS. Global Spending on Health: A World in Transition [Internet]. Ginebra: OMS; 2019 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2019.pdf?ua

5. Fan VY, Savedoff WD. The health financing transition: a conceptual framework and empirical evidence. Soc Sci Med [Internet]. marzo de 2014 [citado 3 de febrero de 2022]; 105:112–21. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24524906/

6. World Bank. Current health expenditure (% of GDP) 2018 [Internet]. Nueva York: WB; 2021. https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS

7. OECD. Health expenditure in relation to GDP [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.oecd.org/health/health-expenditure.htm#:~:text=Based%20on%20the%20latest%20estimates,2021%20to%209.2%25%20in%202022.

8. Goyenechea M. Análisis del gasto público en salud 2019. Análisis presupuestario de salud para el año 2019 [Internet]. Santiago: AES; 2020 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://aes-chile.cl/wp-content/uploads/2020/04/GastoPublicodeSalud2019.-MGoyenechea-19.pdf

9. OCDE. Panorama de la Salud 2021: Indicadores de la OCDE. Paris: OCDE, 2021. Disponible en: https://www.oecd.org/espanol/noticias/NOTA%20DE%20PAIS%20CHILE.pdf

10. Ministerio de Salud. GASTO DE BOLSILLO EN SALUD DE LOS HOGARES SEGÚN EPF VII Y VIII [Internet]. Santiago: MINSAL; 2019 nov [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/11/MDC-N4-DIPLAS-Gasto-de-Bolsillo-en-Salud-segun-VII-Y-VIII-EPF.pdf

11. Gobierno de Chile. Copago Cero. Santiago: GOB; 2022. Disponible en: https://www.gob.cl/copagocero/

8.5 PARTICIPACIÓN SOCIAL

1. Vázquez ML, Siqueira E, Kruze I, Silva A Da, Leite IC. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. Gac Sanit [Internet]. 2002 [citado 5 de febrero de 2022];16(1):30–8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

2. Méndez CA, López JJV. La participación social en salud: el desafío de Chile. Rev Panam Salud Pública. 2010;27(2):144–8.

3. OMS. Declaración de Alma Ata. Alma Ata: OMS; 1978

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

5. OPS. Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030. Washington: OPS; 2022. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/55950

6. Secretaría General de Gobierno. Ley 20500 Sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública. Chile: SEGEGOB; 2011. https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1023143.

7. Ministerio de Salud. Resolución Exenta N° 31. Establece la Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud. 2015. Disponible en: http://transparencia.redsalud.gob.cl/transparencia/public/ssp/2015/res31.pdf

8. Gobierno de Chile, Ley 19.880 Establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la administración del Estado. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. 2003. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=210676

9. Ministerio de Salud. Política Nacional de participación Social en Salud. Santiago; [citado 3 de febrero de 2022]. Sin fecha. Disponible en: http://webhosting.redsalud.gov.cl/transparencia/public/ssp/archivos/POLITICA_DE_PARTICIPACION_SOCIAL_EN_SALUD.pdf

8.6 SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

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

2. Ministerio de Salud. ORIENTACIONES PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA [Internet]. Santiago: MINSAL/OPS; 2012 https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf

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

4. Ministerio de Salud. ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LAS PERSONAS PARA LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD. Santiago: MINSAL; 2021 Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/Marco-operativo_-Estrategia-de-cuidado-integral-centrado-en-las-personas.pdf

5. Ministerio de Salud. Reforma de Salud: Atención Primaria de Salud Universal [Internet]. Santiago: MINSAL; 2023 https://www.minsal.cl/atencion-primaria-de-salud-universal/

6. Gobierno de Chile. APS Universal: Conozca las 14 comunas que se suman a la cobertura. Santiago: GOB; 2024. Disponible en: https://www.gob.cl/noticias/aps-universal-estas-son-las-14-comunas-que-se-suman-a-la-cobertura/

8.7 SALUD DIGITAL

1. Ministerio de Salud, Universidad del Desarrollo, Universidad de Concepción. Fundamentos para los lineamientos para la telemedicina y telesalud en Chile: Proyecto Lineamientos para el desarrollo de la Telemedicina y Telesalud en Chile [Internet]. Santiago; 2020 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://lineamientostelesalud.cl/2021/01/segundaedicion-de-los-fundamentos-para-los-lineamientos-para-la-telemedicina-y-telesalud-en-chile/

2. OMS. Estrategia mundial sobre salud digital 2020-2025 [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344251/9789240027572-spa.pdf?sfvrsn=4b848c08_4

3. OMS. Global diffusion of eHealth: Making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth. Global Observatory for eHealth [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252529/9789241511780-eng.pdf?sequence=1

4. OMS. Digital Implementation Investment Guide (DIIG): Integrating Digital Interventions into Health Programmes [Internet]. Ginebra; 2020 sep [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240010567

5. OMS. La OMS publica las primeras directrices sobre intervenciones de salud digital [Internet]. 2019 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/17-04-2019-who-releases-first-guideline-on-digital-health-interventions

6. Ministerio de Salud. Memoria Departamento de Salud Digital 2018-2022 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2022. https://portalsaluddigital.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/06/Memoria-Depto.-Salud-Digital-2018-2022.pdf

7. Ministerio de Salud. Salud digital: Historia y desafíos futuros. Santiago: MINSAL; 2022. Disponible en: https://portalsaluddigital.minsal.cl/quienes-somos/historia-y-desafios-futuros/

8. Ministerio de Salud. ¿Qué es Hospital Digital? [Internet]. Santiago: MINSAL; 2021. https://www.hospitaldigital.gob.cl/hospital-digital/que-es-hospital-digital

8.8 SALUD GLOBAL

1. Belén Herrero, María; Belardo, Marcela Beatriz. Salud internacional y salud global: reconfiguraciones de un campo en disputa. [Internet]. 2022, vol.95, n.2 [consultado el 6 de mayo de 2024], págs.54-82. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-45822022000200054&lng=en&nrm=iso

2. Rutgers Global Health. What Is Global Health?. New Jersey: RGHI; 2024. Disponible en: https://globalhealth.rutgers.edu/what-we-do/what-is-global-health/

3. United Nations. Sustainable Development Goals [Internet]. Ginebra: WHO; 2015. https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs.

4. Ministerio de Salud. Oficina de Cooperación Internacional [Internet]. Santiago: MINSAL; 2024 https://ocai.minsal.cl/mision/

8.9 INVESTIGACIÓN EN SALUD

1. Commission on Health Research for Development. Health Research: Essential link to equity in development. Oxford: Oxford University Press, 1990. http://www.cohred.org/downloads/open_archive/ComReports_0.pdf

2. Pellegrini A. Ciencia en pro de la salud. Notas sobre la organización de la actividad científica para el desarrollo de la salud en América Latina y el Caribe. Washington DC: OPS; 2000. https://www1.paho.org/Spanish/DBI/PC578.htm

3. Maceira D, Paraje G, Aramayo F, Duarte Masi S, Sánchez D. Financiamiento público de la investigación en salud en cinco países de América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2010;27(6):442–51.

4. Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo. Fondo de Investigación en Salud (FONIS). Santiago: ANID; 2024 https://anid.cl/investigacion-aplicada-e-innovacion/investigacion-y-desarrollo-en-salud-fonis/

5. WHO. The WHO strategy on research for health. Ginebra: OMS; 2012 https://www.who.int/publications/i/item/9789241503259

6. ONU. Objetivos de Desarrollo Sostenible: Salud y Bienestar. Nueva York: ONU; 2021. https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/

8.10 REDUCCIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES EN SALUD

1. OPS. Emergencias en Salud [Internet]. Washington: OPS; 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/es/emergenciassalud

2. Diccionario de Acción Humanitaria. Desastre [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.dicc.hegoa.ehu.eus/listar/mostrar/72

3. Arcos González P, González Carril F, Huerta González M, Cueto Espinar A. EL CONCEPTO DE DESASTRE Y SU APLICACION EN ASTURIAS. Rev San Hig Pub [Internet]. 1994 [citado 3 de febrero de 2022];68:573–8. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL68/68_5_573.pdf

4. EM-DAT. The international disasters database [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.emdat.be/

5. OPS. Preparación en desastres y emergencias en salud [Internet]. Whashington: OPS; 2024 https://www.paho.org/es/temas/preparacion-desastres-emergencias-salud

6. México. Gobierno de México. Gestión integral del riesgo de desastres [Internet]. México: GdM; 2020 https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/605696/TEMA_2_GESTION_INTEGRAL_DEL_RIESGO.pdf

7. ONEMI. Política nacional en gestión del riesgo de desastres [Internet]. Santiago; 2017 [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.resdal.org/caeef-resdal/assets/chile---pol__tica-nacional-en-gesti__n-del-riesgo-de-desastres.pdf

8. Ministerio del Interior. LEY 21364: establece el sistema nacional de prevención y respuesta ante desastres, sustituye la oficina nacional de emergencia por el servicio nacional de prevención y respuesta ante desastres, y adecúa normas que indica [Internet]. Valparaíso; jul 27, 2021. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1163423

OE 9 CALIDAD DE LA ATENCIÓN

1. OMS. Quality of Care. A process for making strategic choices in health system. Geneva: WHO; 2006.

2. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago: MINSAL; 2011. https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf

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

4. Gnecco T, Gilda. En busca de la calidad de la atención: Marco Conceptual. Santiago; Facultad de Medicina de la U. de Chile; 2006

5. Donabedian, A., Wheeler, JR., Wyszewianski, L. (1982). Quality, cost, and health: an integrative model. Medical Care Journal, 20(10):975-992.

9.1 EFICACIA

1. OECD. Avoidable hospital admissions: OECD Indicators. Paris: OECD iLibrary.; 2021 https://www.oecd-ilibrary.org/sites/eeeae3eb-en/index.html?itemId=/content/component/eeeae3eb-en#indicator-d1e7095

2. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. En: Rev Calidad Asistencial 2001; 16:S11-S27. https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/06/1966_Donabedian_Evaluacion_Calidad.pdf

3. OPS. Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud. Boletín Epidemiológico; 2001 22 (4): 1-5. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31740/EB_v22n4.pdf?sequence=1&isAllowed=y

4. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE and Newman L. 'Datawatch: Impact of Socioeconomic Status on Hospital Use in New York City. Health Affairs (Millwood) 1993 12 (1): 162–73. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8509018/#:~:text=This%20DataWatch%20examines%20the%20potential,rates%20in%20low%2Dincome%20areas.

5. Universidad San Sebastian. Hospitalizaciones evitables por ACSC: Eficiencia en la gestión de Atención Primaria de Salud. Comisión Nacional de Evaluación y Productividad. Universidad San Sebastián. Febrero 2022. https://www.cnep.cl/wp-content/uploads/2022/06/Nota-Tecnica-ACSC-USS-CNEP.pdf

6. Chile. Ministerio de Salud. Plan de inversiones de la atención primaria de salud. Santiago: MINSAL, 2025 Disponible en: https://plandeinversionesensalud.minsal.cl/aps/

7. Ministerio de Salud. Sistema de Referencia-Contrarreferencia. Santiago: MINSAL; 2016. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/9_NORMA-DE-REFERENCIA-Y-CONTRAREFERENCIA.pdf

8. Ministerio de Salud. Gestión de Casos. Santiago: MINSAL; 2021 https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Definicion-Gestion-de-casos-GPC-Alzheimer-2021.pdf

9. Chile. Secretaria General de la Presidencia. Estrategia contra el virus sincicial logra exitosa reducción de casos graves. Santiago: SEGEGOB; 2025 Disponible en: https://www.gob.cl/noticias/estrategia-contra-virus-sincicial-vrs-nirsevimab-2024-reduccion-casos/

9.2 ACCESO

1. WHO, OECD & WB. Delivering quality health services. A global imperative for universal health coverage. Ginebra: WHO, OECD, WB; 2018. https://documents1.worldbank.org/curated/en/482771530290792652/pdf/127816-REVISED-quality-joint-publication-July2018-Complete-vignettes-ebook-L.pdf

2. Olavarría M. Acceso a la salud en Chile. Acta Bioeth 2005;11(1):47–64. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2005000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en

3. OPS. Redes integradas de Servicios de Salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington: OPS, 2010. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y

4. OMS. Atención Primaria de Salud. Ginebra: OMS, 2025 Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud

5. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Encuesta Nacional de Caracterización Social CASEN 2022. Santiago: MIDESO; https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2022

6. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Encuesta de Bienestar Social (EBS): Observatorio Social. Santiago: MIDESO; 2021 http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-bienestar-social

7. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Tiempos de Espera No GES en Chile. Santiago; MINSAL; 2014. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Plan-nacional-de-tiempos-de-espera-No-GES.pdf

8. Ley 19.966. Establece un régimen de garantías en salud. Disponible en: https://leyricartesoto.minsal.cl/laravel-filemanager/files/1/web-auge/LEY-19966_03-SEP-2004%20(1).pdf Ministerio de Salud.

9. Eduardo Goldstein. Listas y tiempos de espera para atención en salud en Chile. Biblioteca del Congreso Nacional 2024. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/36366/2/BCN_Tiempos_de_espera_para_atencion_en_salud__EG_final.pdf

10. Ministerio de Salud. Ministerio de Salud presenta Portal del Paciente, canal de comunicación ciudadano de tiempos de espera. Santiago: MINSAL; 2024

11. Ministerio de Salud. Centros Regionales de Resolución. Disponible en: https://saludresponde.minsal.cl/index/

12. Ministerio de Salud. Visor ciudadano de tiempos de espera. Santiago: MINSAL; 2023 https://public.tableau.com/app/profile/tableau.minsal/viz/PortadaLE/PortadaLE

9.3 SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN

1. OMS. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. Ginebra: OMS; 2021. https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan

2. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD; 2017. https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en

3. National Academies of Sciences. Crossing the Global Quality Chasm: Improving Health Care Worldwide. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Health Care Services; Board on Global Health; Committee on Improving the Quality of Health

Care Globally. Washington (DC): National Academies Press (US); 2018 Aug 28. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535653/pdf/Bookshelf_NBK535653.pdf

4. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. Lancet Glob Health. 2018;6(11):e1196-e1252. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3

5. Woods D, Thomas EJ, Holl JL, Weiss KB, Brennan TA. Ambulatory care adverse events and preventable adverse events leading to a hospital admission. Qual Saf Health Care. 2007;16:127–31. http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2006.021147

6. OMS. 72.a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2019 abr. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_JOUR6-sp.pdf

7. Ley19937 modifica el D.L. Nº 2.763, DE 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Santiago: MINSAL; 2004 https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=221629&idParte=8721254&idVersion=2005-01-01

8. Superintendencia de Salud de Chile. Resolución Exenta N° 875 Aprueba Norma General Técnica N° 154 sobre Programa Nacional de Calidad y Seguridad en la Atención en Salud. Santiago: SS; 2013 sep. http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-article-8927.html

9. Superintendencia de Salud de Chile. Resolución Exenta N° 1031. Aprueba Protocolos y Normas sobre Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención en Salud. Santiago: SS; 2012 oct. http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-article-8928.html

10. Ministerio de Salud. Decreto 16. Modifica decreto no 58, de 2008, que aprueba normas técnicas básicas para la obtención de autorización sanitaria de los establecimientos de salud. Ministerio de Salud. Santiago; jun 5, 2015. https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1078129

11. Ministerio de Salud. Decreto11. Exento aprueba manual que fija estándar general de acreditación para prestadores institucionales de laboratorios de anatomía patológica y citología. Santiago: Ministerio de Salud; 2021. https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1156775

12. Ministerio de Salud. Decreto N° 60: Aprueba norma técnica 0225 sobre programa de prevención de IAAS. Santiago: MINSAL; 2022. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/DECRETO-N%C2%B060-DEL-26-DE-AGOSTO-2022-APRUEBA-NORMA-TECNICA-N%C2%B00225-PROGRAMA-DE-PREVENCIO%CC%81N-IAAS.pdf

13. Ministerio de Salud. Evaluación Final de la Década Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios 2011-2020. Chile, 2024. Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/07/EFD-2020-Final.pdf

14. Instituto de Salud Pública. Programa Nacional de Farmacovigilancia. Santiago: ISP; 2024. Disponible en: https://www.ispch.gob.cl/anamed/farmacovigilancia/pnf/

15. Ministerio de Salud. Norma Técnica N° 204 sobre Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención respecto de Seguridad en el Uso de los Dispositivos Médicos: Tecnovigilancia. Santiago: MINSAL; 2019 Disponible en: https://www.ispch.gob.cl/wp-content/uploads/2019/01/Normas-General-Te%CC%81cnicas-N%C2%B00204.pdf

9. SATISFACCIÓN USUARIA

1. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. Rev Calidad Asistencial. 2001;16:S11-S27. https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/06/1966_Donabedian_Evaluacion_Calidad.pdf

2. Fu AZ, Wang N. Healthcare expenditures and patient satisfaction: cost and quality from the consumer's perspective in the US. Curr Med Res Opin. 2008;24(5):1385-94. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1185/030079908X291994

3. Gobierno de Chile. Ley 20584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública; 2012. https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348

4. Superintendencia de Salud. Estudio de satisfacción con el Sistema de Salud en Chile 2019 [Internet]. Santiago: Superintendencia de Salud; 2022 [citado 2025 jul 10]. Disponible en: https://www.superdesalud.gob.cl/biblioteca-digital/estudio-de-satisfaccion-con-sistema-de-salud-en-chile-2019/

5. Ley 20285 sobre acceso a la información pública. Ultima modificación 20 de febrero de 2020. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=276363

6. Superintendencia de Salud. Estudio de Opinión a Usuarios del Sistema de Salud y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud. Santiago; 2016. http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-14189_recurso_1.pdf

7. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas sobre trato digno en la atención de salud con enfoque de derechos y género. Santiago: MINSA; 2022. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/OOTT-Trato-Digno-en-Salud-Final.pdf