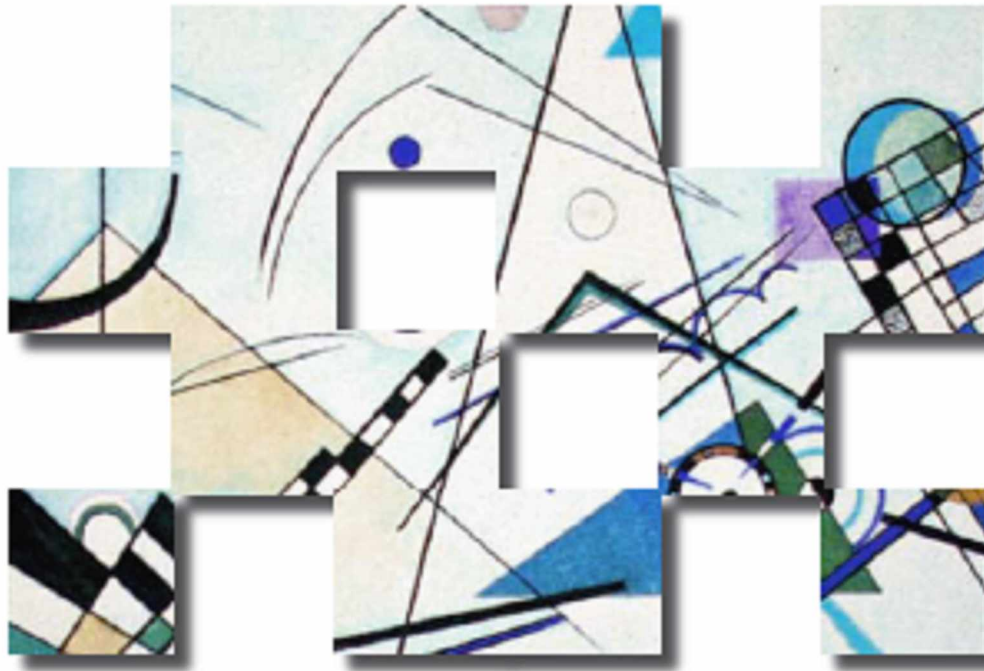


Objetivos Sanitarios para la Década 2000 - 2010
Evaluación a mitad del período



**ESTADO DE AVANCE
EN LOS OBJETIVOS DE IMPACTO Y
DESARROLLO
CAPITULO I: MEJORAR LOS LOGROS
SANITARIOS ALCANZADOS**

Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010:

"Estado de avance en los objetivos de impacto y desarrollo. Capítulo I: Mejorar los logros sanitarios alcanzados"

© MINISTERIO DE SALUD
Subsecretaría de Salud Pública
División de Planificación Sanitaria
Mac Iver 541. Santiago de Chile
Derechos Reservados

I.S.B.N. Nº

Primera edición enero de 2008

Los principales escritores de este documento fueron:

Doctora Ximena Aguilera, División de Planificación Sanitaria; Psicóloga Claudia González, Departamento de Epidemiología; Ing. Andrea Guerrero, Departamento de Epidemiología; Mat. Alejandra Burgos, Departamento de Epidemiología.

Colaboraron aportando documentos para la elaboración de este informe:

Enf. Leonor Astroza, Programa Ampliado de Inmunizaciones; Dr. Pedro Astudillo, Programa IRA; Dr. Carlos Becerra, Programa Infantil; Dr. René Castro, Programa de la Mujer; Mat. Mónica Chiu, Departamento de Epidemiología; Enf. Lea Derio, Unidad de Cáncer; Dra. Janepsy Díaz, Departamento de Epidemiología; Dra. Carmen López, Programa del Adolescente; Dra. Olaya Fernandez, Dpto. de Salud Bucal; Enf. Doris Gallegos, Departamento de Epidemiología; Dra. Maria Jose Letelier, Dpto. de Salud Bucal; Dra. Paulina Martínez, Departamento de Epidemiología; Dra. Andrea Olea, Departamento de Epidemiología; Sra. Edith Ortiz, CONASIDA; Dr. Tito Pizarro, Unidad de Nutrición; Mat. Marta Prieto, Unidad de Cáncer; Enf. Viviana Sotomayor, Departamento de Epidemiología; Sra. Judith Salinas, Unidad de Promoción de la Salud; Dra. Clelia Vallebuona, Dpto. de Epidemiología; Dra. Danuta Rajs, Dpto. de Estadísticas e Información en Salud y Dr. Manuel Zúñiga, Programa de Tuberculosis.

Documento disponible en formato electrónico en:

<http://epi.minsal.cl>

CAPITULO I: MEJORAR LOS LOGROS SANITARIOS ALCANZADOS

I. SALUD INFANTIL

En esta área se plantean los avances e intervenciones relacionadas a enfrentar las siguientes áreas:

- i. Mortalidad Infantil
- ii. Promoción del desarrollo integral del niño
- iii. Enfermedades Crónicas de la niñez

I. SALUD INFANTIL	3
1. MORTALIDAD INFANTIL	4
Objetivo de impacto	4
a. CAUSAS PERINATALES	5
Objetivos de impacto.....	5
Objetivos de desarrollo.....	6
b. ANOMALÍAS CONGÉNITAS.....	9
Objetivos de impacto.....	9
Objetivos de desarrollo.....	10
c. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA) DEL NIÑO	12
Objetivos de impacto.....	12
Objetivos de desarrollo.....	13
2. PROMOCIÓN DEL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO	15
Objetivos de impacto.....	15
Objetivos de desarrollo.....	16
3. ENFERMEDADES CRÓNICAS EN NIÑOS.....	20
Objetivos de Impacto.....	20
Objetivos de desarrollo.....	25

1. MORTALIDAD INFANTIL

Durante el último decenio, la disminución de la mortalidad infantil se ha debido fundamentalmente a la reducción de la mortalidad infantil tardía. Esta situación determina el mayor peso que actualmente tiene el componente de mortalidad neonatal, responsable del 64% del total de defunciones de menores de un año.

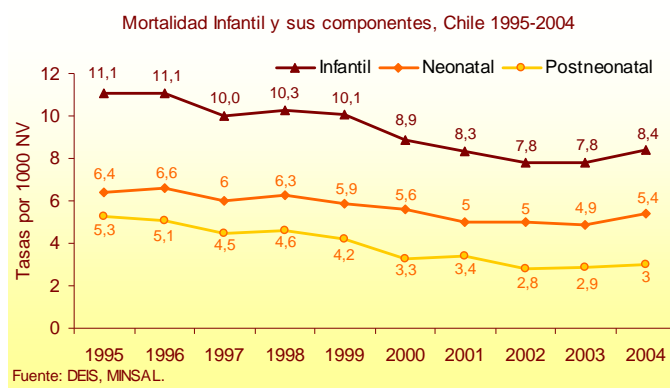
Objetivo de impacto

1. Objetivo: Disminuir en un 25% la mortalidad infantil a nivel nacional

Meta 2010: Tasa de 7,5 por 1000 nacidos vivos.

Grado Cumplimiento: Tasa 2004 = 8,4 (88% de cumplimiento entre 1999 - 2003).

Entre 1999 y 2004 la tasa de mortalidad infantil bajó en 16,8% (de 10,1 a 8,4 respectivamente). El 2003 llegó a su punto más bajo, 7,8 por mil nacidos vivos (NV), pero ese año se dictaron normativas destinadas a mejorar la integridad del registro de las muertes de los menores de un año, para evitar la omisión de registro de las defunciones de niños de muy bajo peso de nacimiento. Ello impactó la mortalidad infantil, elevándola en 2004 a 8,4 por mil NV¹ (Ver gráfico). Con esta cifra, se alcanza un 65% de la meta propuesta para el 2010 (7,5 por mil NV).



Para cumplir con la meta propuesta para 2010, se planteó centrar los esfuerzos en las causas perinatales, congénitas y respiratorias, dado que sumadas constituían en 1999, el 79% de la mortalidad infantil.

Es importante recordar que la cifra promedio nacional de mortalidad infantil tiene diferencias importantes cuando se desagrega la información a nivel comunal o por nivel educacional de la madre, por lo que existe un problema de equidad que resolver en el acceso a la atención oportuna y de calidad en las zonas que concentran mayor riesgo de muerte infantil (ver Objetivo Sanitario III: "Disminuir las desigualdades en salud").

¹ Comportamiento de la mortalidad infantil durante la década 1995-2004: tendencia al descenso e integridad del registro. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, 2006.

CAUSAS PERINATALES

Objetivos de impacto

1. Objetivo: Disminuir la morbilidad neonatal

Meta 2010: Reducción de tasas

Grado Cumplimiento: Mortalidad neonatal baja de 5,9 por mil N.V. en 1999, a 5,4 en 2004, lo que implica una reducción de 8,5%.

Observaciones al Objetivo: Replantear objetivo en base a mortalidad neonatal. Establecer meta cuantitativa para 2010.

La mortalidad neonatal baja en un 8,5%, de 5,9 en 1999 a 5,4 en 2004. Por otra parte la mortalidad postneonatal (de 28 días a 11 meses de edad) se reduce de manera constante, alcanzando un descenso de un 28,6% entre 1999 y 2004. La disminución observada en la mortalidad neonatal es mucho más moderada, debido a la mayor proporción de defunciones por causas difíciles de reducir, como algunas anomalías congénitas, enfermedades cromosómicas graves y otras enfermedades del período perinatal que ingresaron al régimen GES en 2005, por lo que aún no se puede ver su impacto en la mortalidad. Esto determina el mayor peso que actualmente tiene el componente de mortalidad neonatal, responsable del 64% del total de defunciones de menores de un año.

2. Objetivo: Contribuir a mejorar la calidad de vida de los niños que egresan de unidades de cuidado intensivo neonatal

Meta 2010: Aumentar índices de calidad de vida

Grado Cumplimiento: No se han realizado mediciones de calidad de vida en este grupo.

Observaciones al Objetivo: Establecer objetivos de desarrollo para contar con mediciones de calidad de vida en neonatos que egresan de UCI.

Este objetivo no cuenta con una meta cuantitativa y tampoco hay información para conocer el grado de avance. Por este motivo se propone formular un objetivo de desarrollo relacionado con el diseño e implementación de un sistema para medir calidad de vida en estos niños.

En el año 2000, los niños egresados de UCI neonatales del país presentaron una sobrevida de 71%²,

Los nacidos menores de 1.500 gramos o menores a 32 semanas de gestación dan cuenta de aproximadamente un 30% de la mortalidad infantil y un 40% de la mortalidad neonatal en Chile. Un número significativo de los sobrevivientes presenta morbilidad de gran impacto en el largo plazo, mucho más allá del primer año de vida, particularmente morbilidad neurológica y respiratoria. La sobrevida global de este grupo es de un 69% en Chile y varía en forma importante al desagregarla por tramos de peso, fluctuando entre un 8% entre los de 500 a 599 gramos y un 90% entre los de 1.250 a 1.500 gramos. Comparado con estudios de sobrevida en países desarrollados (Canadá, USA, Japón), existe una brecha importante y que constituye un desafío desde el punto de vista de las políticas públicas en esta área.

² Sobrevida del niño menor de 1500 g en Chile. Drs. Mónica Morgues, María Teresa Henríquez, Dolores Tohá, Patricia Vernal, Enrica Pittaluga, Susana Vega, Cecilia Reyes.

en tanto que para el mismo año la sobrevida en centros asistenciales internacionales era de 90%, cifra que también alcanzan algunos centros asistenciales nacionales. Esto indica que existe un margen por mejorar y un problema de equidad que resolver.

El grupo de prematuros de muy bajo peso de nacimiento muestra importantes variaciones entre centros, tanto en mortalidad como morbilidad, incluso en centros asistenciales de características muy similares en términos de disponibilidad de recursos humanos.

Objetivos de desarrollo

Se definió como objetivo de desarrollo mejorar la calidad de la atención neonatal, para lo cual se establecieron 8 estrategias que exponen a continuación

1. Objetivo: Equipamiento de Unidades de Neonatología

Meta 2010: Mejorar calidad de la atención neonatológica.

Grado Cumplimiento: Con avance. Adquisición de equipos en todos los establecimientos del país.

Observaciones al Objetivo: Se propone modificar el objetivo integrándolo con el de polos de desarrollo regional con equipamiento y mejoramiento de la dotación de recurso humano.

Se ha avanzado en el mejoramiento de la calidad de la atención neonatal. La inclusión de la prematurez dentro de las garantías explícitas en salud (Ley del Régimen General de Garantías en Salud) para 2005, es consistente con el objetivo sanitario de disminuir la mortalidad infantil en un 25% en el período 2000-2010. La población objetivo, que corresponde a los niños recién nacidos con menos de 32 semanas de gestación, constituye el 1% de los nacidos vivos del país, esto implica que nacen alrededor de 2.500 niños con peso de nacimiento menor de 1500 gramos, y de ellos un 80% se atiende en el sistema público de salud. Si bien, no hay demanda insatisfecha en la atención hospitalaria, se aprecian desigualdades en la calidad de la atención en los distintos centros, factor que está condicionado por la disponibilidad de recursos tanto humanos como de equipamiento e insumos, así como por la gestión de estos recursos.

Conforme a las patologías incorporadas al régimen GES, que benefician a este grupo de niños, se han realizado nuevas inversiones en equipamiento de las unidades de neonatología. Dentro de las adquisiciones destacan los equipos de ventilación de alta frecuencia y la implementación de óxido nítrico en hospitales públicos, así como también equipos para screening auditivo (AABR automatizados) y saturómetros en todos los centros del país.

2. Objetivo: Regionalización de la atención neonatal

Meta 2010: Contar con polos de desarrollo regional en neonatología.

Grado Cumplimiento: Con avance en el diseño y organización de unidades de neonatología.

Observaciones al Objetivo: Se propone modificar el objetivo por: Optimización del manejo de la red, fundamentalmente en áreas tales como disponibilidad de cupos y en el transporte neonatal y ver su integración con el objetivo de polos de desarrollo regional con equipamiento y mejoramiento de la dotación de recurso humano.

Se ha avanzado en la propuesta de diferenciar las unidades de neonatología según su capacidad resolutive, determinándose de esta manera una red de atención neonatal, en la que cada centro tendrá claridad respecto de su ámbito de acción y también respecto de su línea de referencia.

Se está trabajando en un modelo de reorganización y reclasificación de las unidades y servicios de neonatología para el país, en base a un sistema basado en las necesidades epidemiológicas, el modelo de atención progresiva, la atención de paciente crítico y las redes GES. Este modelo contempla unidades de baja complejidad hasta polos de desarrollo supraregional.

3 Objetivo: Implementación de residencias neonatales

Meta 2010: Contar con residencias en todos los centros del país

Grado Cumplimiento: Alcanzado. Todas las unidades de mayor complejidad (polos de desarrollo neonatal), cuentan con residencias en todos los centros del país.

4. Objetivo: Implementación de un plan de capacitación continua a nivel nacional

Meta 2010: Recursos humanos con capacitación continua

Grado Cumplimiento: Sin avance. En etapa de diseño.

Se encuentra en etapa de diseño un plan de capacitación de estas características. Se ha avanzado en capacitaciones en aspectos específicos de acuerdo a los nuevos desafíos.

5. Objetivo: Programa Nacional de Uso de Surfactante

Meta 2010: Acceso a surfactante en todas las unidades de neonatología.

Grado Cumplimiento: Se ha implementado el programa de uso de surfactante, de acuerdo a lo programado, en todas las unidades de neonatología.

Observaciones al Objetivo: Reformular objetivo, para evaluar programa

6. Objetivo: Implementación de policlínicos de seguimiento de prematuros

Meta 2010: Policlínicos en funcionamiento.

Grado Cumplimiento: Se han implementado 30 policlínicos de seguimiento de niños prematuros reconocidos a lo largo del país.

Existen 30 policlínicos de seguimiento de niños prematuros reconocidos a lo largo del país. A estos se les ha dotado de fondos para equipamiento e insumos, lo que ha permitido entre otras cosas, automatizar el sistema de registro, disponiendo de una base de datos de más de 50 variables que dan cuenta de una cohorte de niños que se sigue desde el año 2000. Estos policlínicos cuentan con médico pediatra o neonatólogo y el año 2005 se abrieron 30 plazas para enfermera con el fin de complementar la dotación.

No obstante lo anterior, se observa demanda insatisfecha en el acceso a algunas especialidades, tales como oftalmología, otorrinolaringología, neurología, bronco-pulmonar y en el acceso a audífonos, lentes y terapias de rehabilitación, por lo que se requiere mejorar la dotación de equipamiento y recurso humano en los puntos más críticos de la red, así como también optimizar el manejo de la misma, fundamentalmente en áreas como el transporte neonatal.

7. Objetivo: Programa de uso de indometacina

Meta 2010: Acceso a indometacina en todas las unidades de neonatología del país.

Grado Cumplimiento: Se ha implementado de acuerdo a lo programado, en todas las unidades de neonatología.

Observaciones al Objetivo: Reformular objetivo para evaluar el programa

8. Objetivo: Sistema de vigilancia y monitoreo de la morbimortalidad del niño menor de 1500 grs.

Meta 2010: Sistema en funcionamiento.

Grado Cumplimiento: Sin información. En desarrollo registro para RN de alto riesgo que incluiría datos de peso.

La atención de los prematuros menores de 32 semanas está siendo asumida con buenos resultados por el sistema público de salud chileno, sin embargo existe una brecha importante que cubrir en relación con lo reportado por centros de países desarrollados, y que requiere de un sistema de información acorde. Asimismo, será de extrema relevancia la integración con el trabajo obstétrico, fundamentalmente en lo relacionado a la contención de partos prematuros.

Avances generales:

La incorporación a las garantías explícitas en salud ha permitido la elaboración de las Guías Clínicas para la Prevención del Parto Prematuro, Displasia Broncopulmonar del Prematuro, Retinopatía del Prematuro, Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro, y se encuentra en elaboración la Guía Clínica del Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién nacido

Otro avance importante se refiere al desarrollo de instrumentos adecuados para evaluar y comparar la atención neonatal prestada. Un grupo de expertos revisó el cuerpo normativo para la atención neonatal y se formularon las Guías Nacionales de Neonatología, las que se encuentran en proceso de edición.

Por otra parte, se ha diseñado una base de datos para el monitoreo y evaluación de la calidad de atención del recién nacido de alto riesgo. Esto permitirá entre otras cosas identificar aquellos centros con los mejores resultados, buscar las prácticas clínicas que puedan explicar esos buenos resultados, estandarizarlas y evaluar su impacto en aquellos centros que hubieren presentado resultados deficientes.

ANOMALÍAS CONGÉNITAS

Entre las anomalías del sistema nervioso las más frecuentes son los defectos de cierre del tubo neural y dentro de éstas las disrrafias espinales. La incidencia estimada en Chile es de 6,37 casos por cada 10.000 nacidos vivos. En Chile nacen anualmente alrededor de 240.000 niños, por lo que se esperan 153 casos nuevos por año, de los cuales 115 (75%) son beneficiarios del sistema público de salud.

Objetivos de impacto

1. Objetivo: Prevenir la ocurrencia de algunas anomalías congénitas (defecto del cierre del tubo neural (DCTN))

Meta 2010: Reducir incidencia de anomalías congénitas.

Grado Cumplimiento: En la Región Metropolitana se observa una reducción del 40% de la incidencia de defectos del tubo neural entre 1999 y 2005. No se cuenta con información nacional. Se trabaja en un registro nacional de malformaciones congénitas.

Observaciones al Objetivo: Establecer meta cuantitativa.

En cuanto a los defectos congénitos del nacimiento, el Ministerio de Salud ha implementado y mantenido medidas de salud pública tendientes a prevenir su aparición; es así como desde 1990 se inicia la vacunación contra la rubéola, que se refuerza en 1999 vacunando a todas las mujeres de 10 a 29 años, lo que ha permitido que desde el año 2000 a la fecha no se ha detectado ningún caso de rubéola congénita. Asimismo, el año 2000 se inicia el programa de fortalecimiento con Ácido Fólico de todas las harinas de trigo nacionales e importadas (Artículo 350 del Reglamento Sanitario de los Alimentos) y, según un estudio realizado en

hospitales base de la Región Metropolitana, los defectos del cierre del tubo neural disminuyeron en un 40%; a pesar de que ésta información no permite hacer inferencias a la realidad nacional, debe considerarse que abarca una proporción importante de la población del país (40% de la población es residente de la Región Metropolitana). Otro avance en esta materia ha sido la incorporación de la cirugía de reparación de las disrrafias espinales en las garantías explícitas en salud a partir del 1 de julio del 2005, que ayudará a mejorar la calidad de vida de los niños que nacen con este defecto.

2. Objetivo: Mejorar la calidad de vida de los niños portadores de anomalías congénitas

Meta 2010: Mejoramiento de índice de calidad de vida.

Grado Cumplimiento: No se han realizado mediciones de calidad de vida en este grupo.

Observaciones al Objetivo: Establecer objetivos de desarrollo para contar con mediciones de calidad de vida en niños portadores de anomalías congénitas.

Las anomalías congénitas más frecuentes en Chile son las cardiopatías congénitas (una de las anomalías congénitas más susceptibles de corrección con el conocimiento y tecnología actualmente disponibles), seguidas de los defectos del cierre del tubo neural.

Se estima una incidencia de cardiopatías congénitas de 1% de los recién nacidos y representan un tercio de todas las anomalías congénitas, de los cuales un 65% requerirá de cirugía, que en un 75% será de alta complejidad (cirugía con circulación extracorpórea). Dejadadas a su evolución espontánea tienen una mortalidad superior al 60% en el primer año de vida, concentrándose especialmente en los primeros tres meses. Esto implica que el diagnóstico debe ser precoz y, la derivación a un centro especializado, oportuna y en condiciones adecuadas.

Otra anomalía frecuente la constituye la fisura labio palatina, la que impacta en forma importante en la calidad de vida de los niños y niñas que la padecen. En Chile su incidencia estimada es de 1,8 por mil nacidos vivos aproximadamente.

Estos tres problemas de salud: cardiopatías congénitas, disrrafias y fisura labio palatina, han sido incluidas en el Régimen General de Garantías en Salud a contar de Julio de 2005. Esto implica que, para cada una de ellas, se definen garantías de acceso, oportunidad y protección financiera. Con todo, será necesario medir el impacto que tengan estas medidas en la calidad de vida de los niños afectados.

Objetivos de desarrollo

1.Objetivo: Fortificación de la harina con ácido fólico

Meta 2010: Harina fortificada

Grado Cumplimiento: Cumplido. Desde enero 2000 se fortifica la harina.

Como se mencionara anteriormente, desde enero de 2000, el Artículo 350 del Reglamento Sanitario de los Alimentos, establece que todas las harinas de trigo nacionales e importadas tienen la obligatoriedad de contener ácido fólico (2,0 - 2,4 mg/kg), lo que implica que este objetivo estaría cumplido, siendo la fiscalización del cumplimiento de esta medida, competencia de la Autoridad Sanitaria.

2.Objetivo: Mejoramiento de la capacidad resolutive de los centros de referencia nacional para el tratamiento de cardiopatías congénitas

Meta 2010: Mejoramiento del acceso a tratamiento de anomalías congénitas.

Grado Cumplimiento: Desde julio de 2005 se implementa en el régimen GES. No se dispone de información sobre capacidad resolutive.

Producto de la implementación de las GES en julio de 2005, en la actualidad se dispone de centros de referencia nacionales para el tratamiento de cardiopatías congénitas en el sector público y privado. La capacidad resolutive se podrá conocer en la medida que se disponga de la información respecto de la gestión de las garantías explícitas para esta patología. Por lo tanto, entre los desafíos se encuentra racionalizar y optimizar la red asistencial actualmente existente y el asegurar la atención integral, oportuna y de alta calidad a los niños portadores de estas anomalías congénitas. Con las GES se asegura la existencia de una oferta de servicios adecuada y que responde a las necesidades de confirmación diagnóstica y resolución quirúrgica existentes en el país. Esto obliga a la capacitación continua en los distintos niveles de la red asistencial y a asegurar la implementación de protocolos de traslado, confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento postoperatorio.

3.Objetivo: Implementación del registro nacional de malformaciones congénitas

Meta 2010: Sistema en funcionamiento.

Grado Cumplimiento: Se elaboró un instrumento y se envió la propuesta al DEIS. Esta pendiente la resolución para la implementación del Registro

Queda pendiente la implementación de un Registro Nacional de Malformaciones Congénitas. Se ha suplido parcialmente esta carencia con el desarrollo de un proyecto piloto en conjunto con el INTA, el que registra la incidencia de malformaciones congénitas en las Maternidades de los Hospitales Base de la Región Metropolitana y que ha servido para medir la línea de base y el impacto de la fortificación de la harina con ácido fólico en la incidencia de Defectos de Cierre del Tubo Neural (DCTN). El instrumento para la implementación del Registro Nacional ha sido consensuado con los grupos técnicos del MINSAL, de las Sociedades Científicas y expertos de los Servicios de Salud, se ha presentado al

departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud y se está a la espera de una pronta resolución para ponerlo en ejecución.

4.Objetivo: Programa de tratamiento integral de niños con fisura labio palatina

Meta 2010: Mejorar acceso a tratamiento integral.

Grado Cumplimiento: Incorporado a las GES en 2004. A la fecha se registra un 100% del cumplimiento en las garantías establecidas.

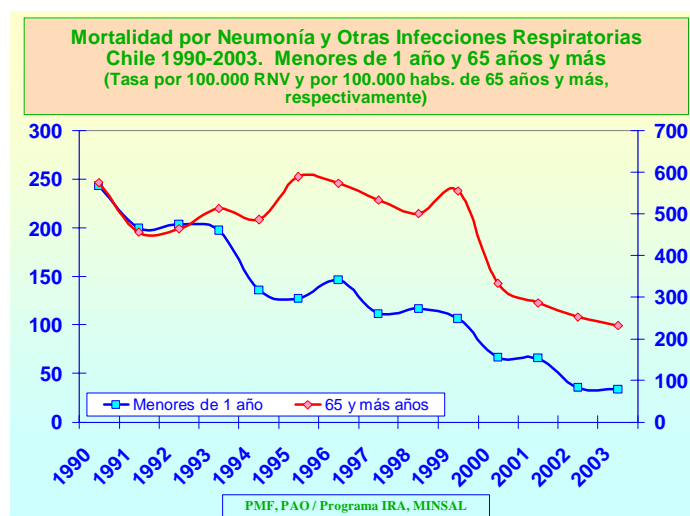
Observaciones al Objetivo: El Programa plantea establecer algunos objetivos de desarrollo en función del fortalecimiento de la red de atención a los niños con fisura labio palatina en el país.

En las garantías explícitas se encuentran las normas de atención que incluye un programa integral de tratamiento para los niños portadores de fisuras. Su incorporación a las GES fue en 2004.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA) DEL NIÑO

Objetivos de impacto

La mortalidad por IRA en menores de 1 año ha disminuido en 65%, de 106,1 por 100.000 NV en 1999 a 37,5 en 2004 (Ver gráfico). A partir del año 2000 se inicia un notable descenso de la mortalidad infantil por infecciones respiratorias agudas, en el que han influido la acción de los programas de prevención y tratamiento precoz que desarrolla el sector salud y las mejores prácticas de elaboración estadística de los datos, especialmente la mejor asignación de los códigos de las causas de defunción.



1. Objetivo: Disminuir la morbi-mortalidad por IRA (metas programa IRA)

- Ø Disminuir la mortalidad respiratoria por grupo de edad.
- Ø Disminuir la morbilidad por IRA en niños.

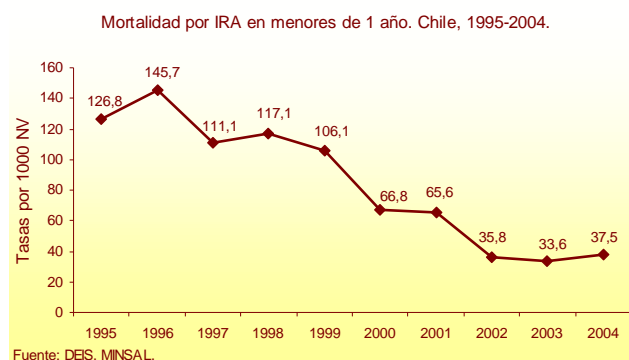
Meta 2010: Reducción de tasas.

Grado Cumplimiento: La mortalidad por IRA en menores de 1 año disminuyó entre 1999 y 2004 en un 65%, similar a lo sucedido en morbilidad.

Observaciones al Objetivo: Agregar una meta específica para menores de 5 años.

Entre las estrategias implementadas para este objetivo se cuentan el refuerzo del programa IRA y la Campaña de Invierno, el programa de oxigenoterapia ambulatoria y la incorporación de la atención ambulatoria de las infecciones respiratorias agudas bajas a las garantías explícitas en salud, con vigencia legal desde el 1 de Julio del 2005.

Los datos de morbilidad en niños, se recogen durante todo el año a través de Centros Centinela, los que han logrado adquirir una oportunidad diaria y confiabilidad verificada en terreno. Ellos representan un indicador proxy, que ha permitido adecuar los recursos al incremento de las necesidades estacionales de estas enfermedades y gestionar la Campaña de Invierno. Esta Información ha permitido corroborar la mayor proporción de consultas por causa respiratoria en la Región Metropolitana comparada con los datos de la de Valparaíso y del Bío-Bío, aportando la información sanitaria que apoya las medidas del plan de descontaminación de la RM.



Paralelamente se realiza vigilancia de IRA y ERA en los servicios de urgencia de la Región Metropolitana, Antofagasta, Valparaíso, Bío-Bío, De la Frontera y de Los Lagos, de abril a septiembre, desde 2001 a la fecha. Las consultas en el año 2006 en niños presentan valores bajo lo observado en años anteriores.

Objetivos de desarrollo

Para el logro de los objetivos de impacto y desarrollo, se ha mantenido la totalidad del programa IRA, la Campaña de Invierno, el Programa de Surfactante e Indometacina; también se ha mantenido la vigilancia epidemiológica de IRA mediante centros centinelas y oxigenoterapia ambulatoria. Sin embargo, no se dispone de información específica para la evaluación de cada objetivo de desarrollo en esta área.

1.Objetivo: Focalizar estrategias en servicios y comunas de alto riesgo

Meta 2010: Mejorar acceso grupos vulnerables.

Grado Cumplimiento: No se dispone de información relativa a focalización de recursos con criterios de riesgo en términos territoriales

2.Objetivo: Compromiso de gestión con los servicios

Meta 2010: Herramientas de gestión en funcionamiento.

Grado Cumplimiento: Sin información. No hay compromisos con los servicios relacionados con problemas respiratorios.

3.Objetivo: Campaña de comunicación social

Meta 2010: Campañas implementadas.

Grado Cumplimiento: Existe la campaña de difusión "Invierno es tiempo de prevenir" desde 1994.

4.Objetivo: Capacitación continua

Meta 2010: Recurso humano capacitado.

Grado Cumplimiento: Se ha desarrollado cursos de capacitación anuales.

Se ha desarrollado anualmente cursos de capacitación para el programa IRA y ERA en enero y marzo. Además durante 2006 se realizó un curso de exámenes funcionales en la región metropolitana y otras regiones del país. Se realizan seminarios de capacitación continua semanales en IRA, y quincenales en ERA en la región metropolitana. Finalmente, se realiza una evaluación anual de los programas IRA y ERA en diciembre de cada año.

Otros avances

A partir del 1 de julio de 2007 se incorpora la fibrosis quística al régimen GES con garantías de acceso, oportunidad y financieras, mientras que en 2006 se incorporó el asma en menores de 15 años.

Uno de los avances más sustantivos ha sido la instalación de la totalidad de las salas IRA (523) en atención primaria. Durante el 2000 se dio inicio a las Salas IRA en SAPU con 42 salas en todo el país, las que se incrementan cada año y permiten atender durante los fines de semana y festivos, en caso de que la Autoridad Sanitaria lo declare, en función del riesgo epidemiológico. Hasta 2005 habían 120 salas IRA disponibles en SAPU, en todo el país. En general se ha logrado atender y hospitalizar a prácticamente toda la población infantil que lo ha requerido (cobertura cercana al 100%).

2. PROMOCIÓN DEL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO

El Ministerio de Salud, en conjunto con el Consejo Nacional VIDA CHILE formuló prioridades sanitarias y condicionantes de salud a intervenir desde la promoción, comprometiéndose en noviembre del año 2000, con metas de impacto sobre los condicionantes de la salud (alimentación, actividad física, tabaco) y los factores protectores psicosociales y ambientales de la salud. El avance en éstas áreas será revisado en detalle en el capítulo de evaluación del Objetivo II.

Objetivos de impacto

1. Objetivo: Mejorar el estado nutricional de la población infantil

Meta 2010: Mejorar índices

Grado Cumplimiento: Se mantiene la proporción de niños obesos menores de 6 años controlados en el sector Público de Salud (diagnóstico integrado): 7,2% en 2000 y 7,1% en 2005

Observaciones al Objetivo: Se propone modificar:

Ø Reducir la prevalencia de obesidad en preescolares en 3 puntos o 30%:

Meta: 7%.

Ø Reducir la prevalencia de obesidad en escolares en 4 puntos o 25%. Meta:

12%

El sistema de evaluación y vigilancia nutricional implementado por el MINSAL desde 1994, permite disponer de información sistemática sobre indicadores nutricionales. Según estos datos, la prevalencia de desnutrición en niños menores de 6 años ha disminuido durante los últimos 10 años, manteniéndose estable desde 1999.

Diagnóstico nutricional Integrado en Chile en menores de 6 años

Diagnóstico	1994 NCHS	2002 NCHS	2003 NCHS
Desnutrición	0,7%	0,5%	0,5%
Riesgo de desnutrir	3,4%	3,1%	3,2%
Normales	74,2%	72,9%	73,9%
Sobrepeso	15,7%	16%	15%
Obesidad	5,8%	7,4%	7,4%

Fuente: DEIS-MINSAL.

2. Objetivo: Reducir el daño (índice COPD)

Meta 2010:

- Extender programas de fluoración de agua
- Programa de sellantes
- Expansión de cobertura atención menores

Grado Cumplimiento:

- La cobertura el año 2004 fue de 70,5% lo que implica un aumento del 41%
- Avance parcial en sellantes y atención a menores a través de GES

Similar al objetivo anterior, el avance en este aspecto será revisado con detalle en el próximo capítulo.

Objetivos de desarrollo

Todos los niños y niñas nacen en igualdad de condiciones, en términos de desarrollo cerebral, pero ese potencial se desarrolla desigualmente por carencia de experiencias educativas y biopsicosociales, oportunas y pertinentes antes de los seis años. La condición de pobreza establece situaciones de inequidad en el potencial de desarrollo integral del niño. Se requiere, por lo tanto, integrar y potenciar el trabajo realizado a favor de la infancia por los distintos ministerios e instituciones del área social y considerando como prioridad a la infancia en el diseño de políticas públicas.

1.Objetivo: Promover el desarrollo integral del niño mediante la detección de hipotiroidismo congénito y fenilcetonuria al nacer.

Meta 2010: Aumentar cobertura.

Grado Cumplimiento: Cobertura 100% en sistema público de salud. Incorporado a GES preventivo en 2005.

Se ha continuado desarrollando el programa de búsqueda masiva de fenilcetonuria e hipotiroidismo congénito, cuyo objetivo es prevenir el retardo mental que producen estas dos enfermedades si no son detectadas antes del primer mes de vida.

Las coberturas de este programa son del 100% de los recién nacidos del sistema público de salud y a contar de Julio de 2005 se ha incluido la pesquisa de estas dos enfermedades en el componente preventivo del Régimen General de Garantías en Salud.

En el período 1992-2004, se han realizado 1.780.457 determinaciones y se han pesquisado 644 niños portadores de Hipotiroidismo Congénito (incidencia 1/2764 RN) y 114 portadores de Fenilcetonuria clásica (incidencia 1/15.618 RN).

Se está actualizando la Norma del Programa y se están fortaleciendo las redes de

seguimiento de los niños y niñas pesquisados. Es importante destacar que el Ministerio de Salud, desde Octubre de 2003, ha extendido el beneficio de la entrega del sustituto lácteo requerido por los niños fenilcetonúricos de 6 años hasta los 14 años.

2.Objetivo: Promover el desarrollo integral del niño mediante:

- Ø La identificación en intervención precoz a los niños de riesgo de retraso del desarrollo.
- Ø El desarrollo del programa de estimulación y evaluación del desarrollo psicomotor en los niños menores de 6 años.
- Ø La formulación de planes comunales para el desarrollo integral y psicosocial en sectores de extrema pobreza.
- Ø La identificación de niños en riesgo de daño de salud mental (DSM)

Metas 2010: Programas en funcionamiento.

Grado Cumplimiento: Con avance

- Ø Se trabaja en conjunto con MIDEPLAN y MINEDUC en el sistema de protección integral de la infancia.
 - Ø Se ha incorporado un compromiso de gestión en Servicios de Salud para mejorar la cobertura de evaluación de DSM.
 - Ø Se mantiene el programa de estimulación y evaluación de DSM en menores de 6 años.
 - Ø No hay información sobre planes comunales.
 - Ø Según el Programa de Habilidades para la Vida de JUNAEB, en niños de 1° básico entre 2000 y 2005, un 19% presenta conductas de riesgo de salud mental (TOCA-RR)
-

Las principales acciones desarrolladas han sido:

- § Fortalecimiento del trabajo intersectorial, particularmente con educación
- § Programa de estimulación y evaluación del desarrollo psicomotor en niños menores de seis años.
- § Compromisos de gestión con los Servicios de Salud para mejorar coberturas de evaluación del desarrollo psicomotor e intervenir precozmente sobre los niños en riesgo o con retraso y registrar la prevalencia de población en riesgo o con retraso del desarrollo.
- § Rediseño de intervenciones en salud de la mujer y de los niños: programas de madre acompañante en hospitales públicos, acompañamiento de la mujer en sala de partos, incorporación de consejería en grupos de riesgo a través de sesiones interactivas de equipos multidisciplinares con grupos de padres y o cuidadores de niños.
- § Se está trabajando en conjunto con MIDEPLAN y Educación en el diseño de un Sistema de Protección Integral a la Infancia, el que contempla la intervención en madres primigestas y sus familias, cuyo objetivo es

asegurar que todos los niños y niñas cuenten con las herramientas necesarias para manejar y enfrentar los riesgos a los cuales se encuentran vulnerables, y de este modo, potenciar un desarrollo psicosocial más igualitario para la infancia y el mejoramiento de las perspectivas de vida para los niños y niñas del país. En este sentido, el desarrollo de Planes Comunales se vislumbra como una tarea intersectorial.

Otros avances

En la Encuesta de Calidad de Vida y salud 2006 se incorpora un Modulo Infantil que tiene por objetivos:

- § Conocer los lugares donde permanecen los niños menores de 4 años para recibir cuidados.
- § Conocer las preferencias acerca de lugares para que los niños menores de 4 años reciban cuidados.
- § Conocer datos relevantes respecto del desarrollo infantil de niños menores de 6 años.
- § Determinar la prevalencia de patologías crónicas (auto-reporte) en niños menores de 15 años.

Los resultados de esta encuesta muestran una prevalencia total de rezago y retraso en menores de 6 años de 38,2% y 6,5% respectivamente.

Este tipo de medición es inédito en la región y se considera que aportará información relevante para el diseño de políticas públicas relacionadas con la infancia³.

3.Objetivo: Promover hábitos saludables mediante:

- Ø Promoción de conductas y hábitos alimentarios saludables
- Ø Formulación y distribución de guías alimentarias.
- Ø Fomento de la lactancia materna: capacitación, manual, cartillas, video, acreditación de hospitales amigos de la madre y del niño.

Meta 2010: Programas en funcionamiento

Grado Cumplimiento: Con avance.

- Ø En 2004 se implementa piloto de estrategia nutricional a través del ciclo vital. En 2005 se extiende al país. Existen planes regionales y comunales de Promoción de la Salud. Entre 2001 y 2004 se han implementado 2613 establecimientos educacionales promotores de la salud.
 - Ø Durante 2006 se entregará 6 millones de copias de la guía alimentaria a APS.
 - Ø Información parcial sobre actividades vinculadas a fomento de lactancia materna. Incluida en la estrategia global de intervención en el ciclo vital.
-

³ Informe Final Encuesta Calidad de Vida y Salud 2006. <http://epi.minsal.cl>

Los objetivos de desarrollo propuestos el 2000 se han articulado a través del diseño e implementación de la Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital (ver detalle en capítulo de Determinantes del estado de salud), por la cual se desarrolló un piloto en dos Servicios de Salud durante 2004 y se extendió al país en 2005.

El propósito de esta estrategia es contribuir a la reducción de la obesidad y a la prevención de otras enfermedades crónicas no transmisibles del adulto, en la población chilena; destacando, ante los profesionales de los servicios de salud y los beneficiarios del Sistema, la magnitud de la actual epidemia de obesidad, sus enormes costos en términos de recursos y de calidad de vida, así como la importancia que tienen en la prevención del problema y las intervenciones iniciadas precozmente y mantenidas a través del ciclo vital, especialmente en aquellos que desde muy temprano se pueden catalogar como en mayor riesgo de ser futuros obesos.

Al igual que se hizo con el problema de la desnutrición, esta población detectada como de mayor riesgo deberá ser sometida a un programa especial de seguimiento de su estado nutricional, que se inicie durante los controles prenatales o aún mejor, durante los preconcepcionales, y se continúe con ello a través de las diferentes etapas del ciclo vital.

3. ENFERMEDADES CRÓNICAS EN NIÑOS

Objetivos de Impacto

1. Objetivo: Reducir muertes por cáncer en niños

Meta 2010: Disminución de tasas

Grado Cumplimiento: la mortalidad por cáncer en menores de 15 años disminuyó en 9,1%, de 4,4 a 4 por cien mil entre 1999 y 2004.

La mortalidad por cáncer en menores de 15 años disminuyó de 4,4 por cien mil habitantes en 1999 a 4 por cien mil en 2004, lo que significa una reducción de un 9,1%. Esta cifra es similar a la alcanzada en países con excelente desarrollo en la atención oncológica pediátrica. Por consiguiente, para los años siguientes los esfuerzos del programa se dirigirán a mantener los logros actuales.

Entre los aspectos relevantes es de interés señalar, la consolidación del Programa de Cáncer infantil 1988-2006, a través de una red asistencial que incluye 13 centros de cáncer infantil en el sector público, con capacidad resolutive para la atención integral del niño y su familia. Otra estrategia ha sido el desarrollo armónico de actividades desde la promoción hasta la paliación del cáncer, así como la elaboración y actualización de protocolos de tratamiento de probada calidad (en 1988 se incluía solo 13 protocolos, en 1997 se incluyó además la cobertura financiera para el tratamiento con radioterapia, en 1999 se incorporó el Trasplante de médula ósea infantil, en agosto del 2002 se incorporó el piloto de GES para todos los cánceres en niños, que entraría en vigencia a través del Régimen GES ,el 1 de Julio del 2007)

Es necesario destacar que la capacidad resolutive de cada centro esta dada por la calidad de los profesionales que componen el equipo interdisciplinario, donde las competencias de cada uno favorece la intervención terapéutica integrada para el niño y su familia. Es así, que cada centro para el cáncer infantil o "PINDA" está formado por un equipo de especialistas médicos, enfermeras, psicólogos, químicos, profesores y voluntarios; capacitados para las distintas intervenciones terapéuticas: cirugía, radioterapia, quimioterapia, trasplante de médula ósea. La atención integral incorpora activamente a los padres/familia en el cuidado activo del niño y proporciona apoyo en los aspectos: social, emocional, educativo y espiritual.

Este conjunto de estrategias han contribuido a la mejoría de la sobrevida en la mayoría de los cánceres. Durante el período se advierte una progresiva disminución de las tasas de mortalidad, la que se hace estadísticamente significativa desde el período 1995 a 1999. En el trienio 2000-2002 la disminución de la mortalidad es de un 26,4%. El descenso más acentuado se produce en la Enfermedad de Hodgkin que llega a 70,5%.

RESULTADOS PINDA 1988-2004				
% Sobrevida libre de eventos a 5 años (Kaplan-Meier)				
PROTOCOLO	N° de niños	Años		
		1988	1992	96/98
Leucemia Linfoblástica	1554	60	67	73
Leucemia Mieloide	349	30	36	50
Leucemia Mieloide Crónica	13	-	-	75
Leucemia del lactante	14	-	-	50
Linfoma de Hodgkin	282	99	100	99
Linfoma Linfoblástico	95	52	67	86
Linfoma de Burkitt	198	65	71	77
Linfoma Anaplásico	30	20	33	75
Retinoblastoma	147	77	91	91
Tu Wilms	203	85	84	89
Hepatoblastoma	35	--	--	70
Recaída de tumores sólidos	53	--	--	50
Recaída de LLA	220	--	16	32
Tu SNC Alto Grado	105	--	--	50
Tu SNC Bajo Grado	9	--	--	88
Tu SNC en < 3 años	32	--	--	53
Tu Germinal de SNC	9	--	--	75
Neuroblastoma	157	49	50	67
Sarcoma partes blandas	169	48	55	73
Sarcoma no Rabdo	54	59	59	59
Sarcoma Ewing/PNET	145	40	52	50
Osteosarcoma	138	42	54	54
Tu germinal ovario	63	86	100	100
Tu germinal testículo	68	86	96	96
Histiocitosis	137	83	84	92
TOTAL	4279			± 73

2. Objetivo: Mejorar la calidad de vida en niños con cáncer

Meta 2010: Mejorar índices de calidad de vida.

Grado Cumplimiento: Avance parcial. El PINDA está incorporando la medición de calidad de vida en niños con algunos tipos de cáncer. Aun no hay resultados

Con respecto a la evaluación de la calidad de vida, el Programa de Cáncer del niño, hace algo más de 8 años que desarrolla iniciativas para evaluar la calidad de vida de los niños y sus familias sea durante el tratamiento o bien posterior a este. Una de las tareas de larga resolución ha sido la selección de un cuestionario de calidad de vida en niños con cáncer validado y en idioma español.

En 1998 se diseñó el Protocolo de Seguimiento Biopsicosocial con el propósito de evaluar a los niños sobrevivientes de cáncer infantil (a 5 años de su diagnóstico), incorporando las áreas: física, psicológica y social; integrando los aspectos de adaptación psicosocial, familiar y educacional.

Como resultado de estas evaluaciones, se implementó la Primera Escuela Oncológica del sector, que dio origen a las Escuelas hospitalarias, orientadas a “mejorar la calidad de vida del niño en tratamiento, disminuyendo su deprivación psicosocial y el desarraigo escolar (sea por estadías hospitalarias prolongadas, reiteradas ó por proceder de regiones” .

En Agosto de 2001 se realizó la 1° evaluación de los pacientes sobrevivientes del Primer Protocolo Nacional de tratamiento de Leucemia Linfoblástica Aguda (Protocolo LLA 1988). En este trabajo participaron 149 pacientes (62% de los sobrevivientes).

- Obesidad o sobrepeso en el 50% de los casos,
- Retraso de talla, 14% (traducido en caída de dos canales de crecimiento, 11% habían recibido radioterapia de cráneo).
- No se observó toxicidad clínica cardíaca.
- Hubo retraso escolar mayor de dos años ó abandono de estudios en 12%.
- Un 38% de los pacientes estaba en edad fértil (57 personas), de los cuales 5 habían tenido hijos sanos.

La segunda evaluación fue de niños sobrevivientes del Primer Protocolo Nacional de Enfermedad de Hodgkin. (Protocolo 1987). En este estudio participaron 74 pacientes (69% de los sobrevivientes). El promedio de observación fue de 9 años post diagnóstico y se observó las siguientes complicaciones:

- atrofia muscular y/o escoliosis en 9,4%,
- alteraciones respiratorias manifestadas como neumonitis y tos crónica en 3%,
- insuficiencia ovárica en 12% de las mujeres.
- El estudio tiroideo sólo se pudo realizar en 22 de los 74 sobrevivientes, y de ellos, la mitad presentó hipotiroidismo.
- El 5% de los niños evaluados presentó un segundo cáncer entre 6 y 12 años post diagnóstico.
- Abandono o retraso escolar en el 16% de los niños, y el 54% presentó 1 ó más efectos tardíos.

En el cuarto estudio que se realizó para medir efectos tardíos, se evaluaron los pacientes sobrevivientes de Tumores germinales extra Sistema Nervioso Central, tratados con protocolos PINDA entre 1988 y 2000. Se analizaron 55 pacientes que corresponden la 50% del total de sobrevivientes. En los diferentes aspectos evaluados se encontró :

- § Desarrollo puberal normal en la mayoría, 2 con retraso. Cinco mujeres tienen hijos sanos, sólo 1 con esterilidad conocida secundaria al tratamiento. Varones, con edad promedio menor a las mujeres, no han tenido hijos. No refieren alteraciones subjetivas secundarias a la orquidectomía.
- § 31% pacientes con sobrepeso / obesidad

En áreas renal, respiratoria y auditiva no se registraron alteraciones importantes.

En área socioeducacional se aprecia un nivel de escolaridad y ocupación adecuados.

Así también, desde el año 2002, se implementó y puso en marcha el Protocolo infantil de alivio del dolor para todos los procedimientos semi invasivos e invasivos. Ese mismo año, se desarrolló el Programa de Cuidados paliativos en los niños con cáncer avanzado, incorporando la evaluación y control del dolor y otros síntomas. Se enfatizó aún más la integración de la familia y o cuidadores al proceso de atención, pero por sobre todo al proceso continuo de cuidados.

Desde el año 2000, a través de voluntarios y fundaciones de ayuda, se pone gran énfasis en las actividades recreativas tanto intra hospitalarias como a través de concursos, campamentos y encuentros de niños con cáncer de todo Chile y de diferentes partes del mundo.

Se han desarrollado y difundido Manuales de orientación a los equipos de atención primaria, para los padres y también para el equipo,

Se han desarrollado 4 proyectos para evaluar la calidad de vida de los niños con cáncer, previa selección, traducción y autorización para la aplicación de estos instrumentos.

- § Calidad de vida intra tratamiento y al término en Protocolo Osteosarcoma 99. Los 22 niños tratados completaron las 4 evaluaciones programadas. Sus datos están en evaluación en conjunto con el protocolo original y serán publicados por Hospital Saint Jude, de Estados Unidos.
- § Calidad de vida intra tratamiento en 39 niños con cáncer en Hospital Sótero del Río. Trabajo aceptado para publicación en Revista Chilena de pediatría.
- § Evaluación de la Calidad de vida con cuestionario Kreiteler en 100 niños tratados por cáncer en Hospital San Juan de Dios, aún en desarrollo.
- § Evaluación de la Calidad de vida en 95 niños tratados por Leucemia linfoblástica en H. Roberto del Río, con cuestionario Kidscreen, aún en etapa de desarrollo.

3. Objetivo: Reducir la incidencia de SIDA pediátrico

Meta 2010: Disminuir tasa.

Grado Cumplimiento: no se cuenta con información para evaluar su grado de avance.

Finalmente, en relación con el SIDA pediátrico, también se han implementado medidas de corte preventivo y de mejoría en el acceso al tratamiento, mediante el diseño e implementación de la Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH, que incluye ofrecimiento universal del test VIH a las embarazadas, acceso a

protocolo farmacológico para las mujeres VIH+ y sus hijos, el uso de sucedáneos de leche materna, y la inclusión de la prueba de VIH durante el embarazo en el Examen de Medicina Preventiva.

4. Objetivo: Mejorar la calidad de vida de los niños con SIDA

Meta 2010: Mejorar índice de calidad de vida

Grado Cumplimiento: no se cuenta con información para evaluar su grado de avance.

Con respecto al objetivo para mejorar la calidad de vida de los niños portadores de SIDA, se reportan avances a través del diseño de un modelo de atención integral de adultos y niños con VIH/SIDA que considera diversas intervenciones. Es así como, el Área de Atención Integral de la Comisión Nacional del SIDA del MINSAL ha llevado a cabo la actualización del Modelo de Atención Integral a Personas que viven con VIH/SIDA⁴, en el contexto de la Reforma de Salud y gracias al acceso al Fondo Global contra la malaria, tuberculosis y SIDA.

Uno de los objetivos generales del modelo es mejorar la atención integral de adultos y niños con VIH/SIDA; entre los específicos se señala el mejorar la calidad de vida de las personas portadoras de VIH a través de la reducción y tratamiento oportuno de comorbilidades específicas y la menor toxicidad de los mismos, como también el diagnóstico y tratamiento de los efectos secundarios de la triterapia. Para esto se promueven estrategias educativas, en particular el autocuidado y adherencia a terapia y controles, apoyo psicosocial y prevención secundaria. Para mejorar la calidad de vida de los niños con esta condición, se requiere del apoyo psicológico a madres, padres, cuidadores, además de los niños y adolescentes. Esto implica tanto en la comunicación del diagnóstico como en el acompañamiento. Para esto se plantea un trabajo multidisciplinario que requiere también de una coordinación adecuada en el traspaso a la atención por centros de VIH de adultos cuando los niños alcanzan esa edad (mayores de 18 años).

5. Objetivo: VIH en niños

- Atención integral gratuita a los niños con SIDA.
- Tratamiento farmacológico con antiretrovirales con esquemas de alta efectividad.
- Prevención de la transmisión vertical del VIH con coberturas del 100%

Meta 2010: Programas implementados.

Grado Cumplimiento: Con avance

La atención integral gratuita de los niños con SIDA ha quedado inserta en las GES desde el año 2005. Esto implica, además, el tratamiento farmacológico con antiretrovirales con esquemas de alta efectividad. La prevención de la transmisión

⁴ CONASIDA (2005) Modelo de atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA. Ministerio de Salud de Chile: Santiago.

vertical del VIH, es posible gracias a la incorporación durante el embarazo de la prueba de VIH de manera universal, el acceso a fármaco a las mujeres VIH+, el uso de sucedáneos de la leche materna. La cobertura actual del de la prevención de la transmisión vertical del VIH es de 100%.

Por su parte, la transmisión vertical de VIH se ha reducido de su valor histórico de 30% a 1,8% en 2005, lo que ha sido posible gracias al diseño e implementación de la Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH, que incluye la oferta del test VIH a las embarazadas, acceso a protocolo farmacológico para las mujeres VIH positivo y sus hijos, el uso de sucedáneos de leche materna y a la inclusión de la prueba de VIH durante el embarazo en el Examen de Medicina Preventiva.

Objetivos de desarrollo

1. Objetivo: Cáncer

1. Entregar tratamiento oportuno y de calidad a los niños portadores de cáncer.
2. Programa de drogas contra el cáncer (infantil)
3. Transplantes medulares

Meta 2010: Programas implementados.

Grado Cumplimiento: Con avances

En las últimas décadas se han logrado notables avances en el tratamiento para los diferentes cánceres pediátricos en todo el mundo. En Chile, como parte del Programa Nacional de Cáncer, emerge en 1988 el Programa de drogas para cáncer infantil, PINDA. Desde entonces se comenzaron a aplicar protocolos internacionales de probada eficacia. La incorporación de este programa ha permitido mejorar la sobrevivencia de los niños con cáncer y reducir la letalidad de la enfermedad. Además ha permitido contar con un registro nacional de interés para la gestión, pero también para efectos de investigación científica. Este conjunto de cánceres fue uno de los primeros en ingresar al sistema GES, a través del proyecto piloto de 2002, lo que a su vez, ha permitido mantener un subprograma de trasplante medular y continuar con las actividades del programa de drogas contra el cáncer, esta vez incorporando criterios de oportunidad y de acceso garantizados.

Respecto de los trasplantes medulares, en octubre 1999 se estableció una unidad de Trasplante de médula ósea infantil en el Hospital Luis Calvo Mackenna, a través de un trabajo coordinado entre la Unidad de Cáncer del MINSAL, FONASA, Hospital Luis Calvo Mackenna (HLCM), AMICAM, Hospital St. Jude, EEUU y Hospital Valle Hebrón, de España. A la fecha de este informe, se habían efectuado 81 trasplantes en esta unidad, y los resultados muestran tasas aceptables de morbimortalidad aguda y crónica, con resultados finales favorables y comparables con resultados internacionales. Es un programa de alta complejidad que se desarrolla en forma exitosa en el sistema público de Salud.

Avances Generales

Es importante mencionar que a partir de 2005, se inician las garantías de acceso, oportunidad y financieras para una serie de condiciones y patologías en niños, tendientes a lograr los objetivos sanitarios, dentro de ellas se encuentran: Cardiopatías operables en menores de 15 años, disrafias espinales, fisura labiopalatina, cáncer en menores de 15 años, infección respiratoria aguda baja de manejo ambulatorio, en menores de 5 años, epilepsia no refractaria en niños entre 1 y 15 años, salud oral integral para niños de 6 años y prematurez y sus condiciones relacionadas (parto prematuro, retinopatía, displasia broncopulmonar, hipoacusia neurosensorial). Dentro de las garantías vigentes desde 2006 se encuentran: Estrabismo en menores de 9 años, hemofilia, asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años y síndrome de distress respiratorio del recién nacido (Enfermedad de membrana hialina, hernia diafragmática, hipertensión pulmonar persistente, síndrome aspirativo meconial y bronconeumonía secundaria).

II. SALUD DE LA MUJER

En este apartado se comentan los avances en el cumplimiento de los objetivos sanitarios destinados a enfrentar las siguientes áreas:

II. SALUD DE LA MUJER	27
1. SALUD REPRODUCTIVA	28
Objetivo de impacto	28
2. EMBARAZOS NO DESEADOS Y DE ALTO RIESGO	28
Objetivos de impacto	28
Objetivos de desarrollo	33
3. MORTALIDAD FETAL TARDÍA	34
Objetivos de impacto	34
Objetivos de desarrollo	35
4. CALIDAD DE LA ATENCION OBSTETRICA	36
Objetivo de impacto	36
Objetivos de desarrollo	37
5. MORBIMORTALIDAD ASOCIADA AL CANCER CERVICOUTERINO	38
Objetivo de impacto	38
Objetivos de desarrollo	39
6. CLIMATERIO	43
Objetivos de impacto	43
Objetivos de desarrollo	44

1. SALUD REPRODUCTIVA

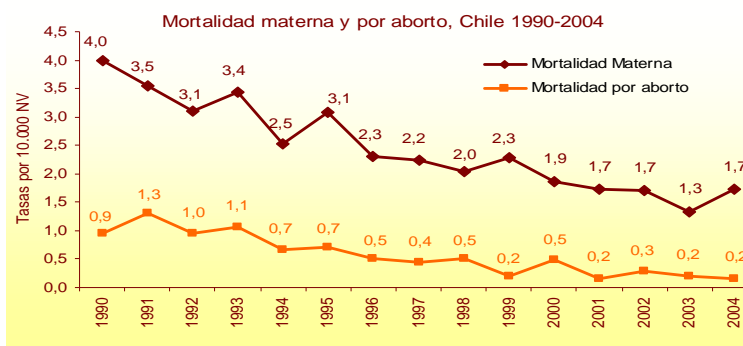
Objetivo de impacto

1. Objetivo: Disminuir la mortalidad materna en un 50%:

Meta 2010: Tasa de 1,2 por 10.000 nacidos vivos al 2010.

Grado Cumplimiento: Parcial. Reducción de un 26%. (Desde 1,9 en 2000 a 1,7 2004).

La tasa de mortalidad materna a 2004 fue de 1,7 por 10.000 nacidos vivos, lo que implica una reducción del 26% en relación a 1999 (2,3 x 10.000 NV). La meta al 2010 es llegar a 1,2 por 10.000 NV.



2. EMBARAZOS NO DESEADOS Y DE ALTO RIESGO

Objetivos de impacto

2. Objetivo: Disminuir la brecha entre fecundidad deseada y real (menor del 20%).

Meta 2010: Brecha entre fecundidad deseada y real, menor de 20%.

Grado Cumplimiento: Logrado. Fecundidad deseada según Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2000 fue 2,76 hijos/ mujer; la fecundidad global para 2003 fue de 1,9 hijos por mujer.

Observaciones al Objetivo: Se propone reorientación del objetivo en población vulnerable.

En el año 1983, la tasa global de fecundidad era de 2.5 hijos por mujer (ver recuadro: Tasa específica de fecundidad por edad de la madre 1983-2003), llegando a 1.9 en el año 2003 (reducción de un 24,0% en el período considerado).

Tasa Específica de Fecundidad por edad de la madre. 1983, 1993 y 2003.			
Edad de la madre	1983	1993	2003
15 – 19(*)	59.1	63.9	54.7
20 – 24	137.6	122.6	94.0
25 – 29	129.3	124.3	100.6
30 – 34	88.9	94.1	88.6
35 – 39	48.6	51.2	51.7
40 – 44	16.1	14.5	14.9
45 – 49(*)	2.0	1.1	0.8
(*)Las tasas de éstos grupos incluyen nacimientos provenientes de mujeres menores de 15 y mayores de 49 respectivamente (x 1.000 mujeres)			
Fuente: INE - Anuario 2003			

La única referencia en el país sobre el número de hijos deseado es la que entrega la Encuesta de Calidad de Vida del año 2000. En la muestra a nivel nacional, se consultó a las personas por el número ideal de hijos deseados para una familia y la media fue de 2,76 hijos, con mínimas diferencias, no significativas, por sexo y edad.

Respecto del uso de métodos anticonceptivos, de acuerdo a los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud en su versión 2006, los más usados son las píldoras anticonceptivas, dispositivo intrauterino y el condón masculino. En la tabla siguiente se muestran.

Encuesta de Calidad de Vida y Salud, Ministerio de Salud de Chile, 2006.
¿Ud. o su pareja usa algún método para evitar o posponer el embarazo?

	N	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
No, no tiene pareja	2.065.805	19,6	18,2	21,1
No, no le interesa evitar o posponer el embarazo	536.676	5,1	4,4	5,9
No, no lo necesita (no tiene riesgo de embarazo)	2.548.415	24,2	22,8	25,7
Usa píldoras (pastillas anticonceptivas)	1.841.136	17,5	16,1	18,9
Tiene dispositivo intrauterino o DIU (T de cobre u otro)	1.435.948	13,6	12,5	14,9
Usa inyecciones	81.112	0,8	0,5	1,1
Usa preservativo o condón	583.970	5,5	4,7	6,5
Usa un método natural	171.631	1,6	1,2	2,2
Usa diafragma, espuma o gel	20.554	0,2	0,1	0,4
Se practicó esterilización femenina	931.051	8,8	7,8	9,9
Se practicó esterilización masculina	11.889	0,1	0,0	0,3
Realiza coito interrumpido	43.153	0,4	0,2	0,7
Mantiene lactancia prolongada	22.004	0,2	0,1	0,5
Otro	239.632	2,3	1,8	2,8
Total	10.532.976	100%		

Con la información disponible, fecundidad deseada, 2.76 hijos (Encuesta de Calidad de Vida, 2000), fecundidad real, 2.26 hijos (Censo 2002), se puede concluir que a nivel poblacional no existiría una brecha importante entre la fecundidad deseada y su fecundidad real; de hecho, en promedio se tienen menos hijos que los que se consideran como número ideal. Sin embargo, en la población adscrita al Programa Chile Solidario, la fecundidad llega a 3.2 hijos por mujer (año 2003). La pregunta sobre fecundidad deseada no se incorporó en la ECV 2006, sin embargo no se descarta su inclusión en una próxima versión.

Dada esta situación, se plantea una reorientación en esta materia, en términos de desarrollar estrategias focalizadas a la población más vulnerable, utilizando como indicador la proporción de embarazos planificados versus los no planificados, dato que sería factible de obtener a través de la ficha de atención de embarazo en el nivel primario de atención, reemplazando la pregunta de si el embarazo actual es o no deseado, por otra que indague el carácter de planificación de la gestación.

3. Objetivo: Reducción de los embarazos en adolescentes. Reducción en un 30% los embarazos planificados.

Meta 2010: Reducción de la tasa de fecundidad de 65,4 a 46 por 1000 mujeres entre 15 y 19 años

Grado Cumplimiento: Con avance. Avance en la meta de un 84%. Tasa de 49 por mil mujeres entre 15 y 19 años, en 2004.

Observaciones al Objetivo: Se propone agregar un objetivo de desarrollo: Adecuar la oferta de servicios a los adolescentes con enfoque de género.

La tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años bajó de 65,4 por mil mujeres de este grupo de edad en 1999 a 49 en 2004, lo que implica un avance de 84% de la meta planteada a 2010 (46 por mil mujeres de 15 a 19 años).

Dado el contexto legal (aborto penalizado), y la falta de datos correspondiente a la población beneficiaria del sistema privado de salud, no se dispone de información acerca del número real de adolescentes que inician un embarazo, cada año.

De acuerdo a información del sistema público de salud, el porcentaje de embarazadas menores de 20 años bajo control en el SNSS, se ha mantenido estable entre los años 2002 (21,1%) y 2004 (21,7%) (Fuente: DEIS MINSAL).

Si bien se observa una leve disminución de los nacidos vivos hijos de madres adolescentes entre 2000 y 2004, no es posible atribuir esta disminución a un mayor acceso de la población adolescente a los servicios que le ofrece el SNSS (consejería, uso de método anticonceptivo), ya que entre los años 2003 y 2005 se

redujo la proporción de adolescentes en Control de Regulación de la Fecundidad, pasando de 10,7% a 10,1%, respecto a la población mayor de 20 años.

Uno de los desafíos para lograr este objetivo es adecuar la oferta de servicios a las particularidades psicosociales que caracterizan la adolescencia. La propuesta gubernamental en sexualidad responsable, iniciativa intersectorial en desarrollo entre los Ministerios de Educación y Salud, Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), e Instituto de la Juventud (INJUV), a través de modelos de gestión local al interior de las comunas, se plantea como una de las estrategias para avanzar en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva de este grupo.

Otra estrategia, complementaria a la anterior, destinada a incentivar en la población adolescente el uso de servicios preventivos en general y especialmente de Salud Sexual y Reproductiva, es la instalación de una modalidad de atención amigable para adolescentes de ambos sexos en los establecimientos de atención primaria, cuya implementación ha sido definida como compromisos del Ministerio de Salud en el "Plan de Acción en Juventud". El Plan de Salud Pública⁵, ha definido la instalación de esta modalidad de atención entre las Acciones de Salud Pública orientadas a impactar sobre los Factores de Riesgo. Con esto se pretende aumentar la cobertura de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes; aumentar el acceso de las adolescentes mujeres beneficiarias del SNSS a consejería y métodos anticonceptivos con enfoque de género (empoderamiento para la toma de decisiones); promover la atención en consejería y métodos anticonceptivos, con enfoque de género, para adolescentes hombres beneficiarios del SNSS.

Del mismo modo para la población adolescente en general, incluyendo la beneficiaria del sistema privado, promover educación sexual, difundir servicios de consejería con acceso a métodos anticonceptivos y formas de acceder a ellos.

La Consejería en Salud Sexual y Reproductiva es un recurso reflexivo particularmente útil para los y las adolescentes que viven situaciones en que deben tomar decisiones, de conflicto, o incluso crisis biográficas, como son el inicio de la vida sexual, la vida sexual activa, el cambio de pareja, exposición a Infecciones de Transmisión Sexual, VIH / SIDA, la violencia sexual y la necesidad de evitar un embarazo. En estas situaciones, la consejería está orientada a promover y facilitar la adquisición y desarrollo de capacidades propias para tomar las mejores decisiones posibles, en función de sus proyectos de vida y para hacerse cargo de los resultados de dichas decisiones; en el ámbito de la anticoncepción, se orienta al fortalecimiento de las competencias de el o la adolescente para tomar decisiones en materia de sexualidad, afectividad y reproducción.

En lo que respecta a embarazos en la adolescencia, es importante destacar que una

⁵ División de Rectoría y Regulación de Salud, Plan de Salud Pública, Núcleo Central de Prioridades

de las Metas de Desarrollo del Milenio⁶ es “Reducir entre 1990 y 2015 la Mortalidad Materna en tres cuartas partes”, utilizando como uno de los indicadores complementarios la reducción del porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 19 años; la reducción esperada al año 2015 es de un 45%. Para reducir los riesgos asociados a la reproducción no planificada en la población adolescente, se requiere incorporar el enfoque promocional y preventivo, “anticipatorio al daño”, en relación a su Salud Sexual y Reproductiva.

En la Convención de los Derechos del Niño, se considera a los niños y adolescentes como sujetos de derechos originarios; UNICEF habla de “Autonomía progresiva”, es decir, los y las adolescentes van asumiendo en forma creciente la responsabilidad por sus actos. En materia de derechos sexuales y reproductivos la propuesta de la Convención es proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, la información y la asistencia, con confidencialidad.

En las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad – aprobadas por el DS N° 48, MINSAL 2007 – en relación a la entrega de servicios anticonceptivos a la población adolescente, en el capítulo pertinente se señala:

“Es obligación de las y los profesionales entregar a las y los adolescentes la información solicitada y el método adecuado según los criterios técnicos que se describen en este capítulo. La ética obliga a brindar la atención de salud solicitada a todas las personas, sin discriminación de edad.”

4. Objetivo: Reducir la mortalidad materna relacionada con aborto, en un 50%, alcanzando a 0,25 por 10.000 nacidos vivos en el año 2010.

Meta 2010: Reducción de 0,5 a 0,25 por 10,000 nacidos vivos.

Grado Cumplimiento: 0,2 muertes por 10.000 nacidos vivos en 2003.

Cumplimiento 100%.

Observaciones al Objetivo: Reformular a “Mantener la tasa en 0,2 por 10.000 nacidos vivos”

La tasa de mortalidad materna relacionada con aborto en 2003 y 2004 fue de 0,2 por 10.000 nacidos vivos, mostrando estabilidad en los últimos años. Esta tendencia a la disminución de la tasa permite afirmar que la meta se alcanzó pero, con tan escaso número de defunciones, es difícil interpretar las variaciones año a año, por lo que se propone reformular el objetivo, en términos de mantener la tasa de mortalidad materna observada en 2003.

En esta mejoría han influido el mayor número de controles prenatales y de regulación de fecundidad. Asimismo, el control preconcepcional realizado por la matrona en APS (atención primaria de salud), aumentó de 33.820 en el año 2001, a 47.621 en el año 2003 (1.3 % y 1.7% respectivamente, sobre el total de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años).

⁶ Para más información dirigirse en Internet a <http://www.who.int/mdg/en/>

Objetivos de desarrollo

1. Objetivos: Consejería en salud sexual y reproductiva en población de mayor riesgo abortivo (detectado por instrumento predictor)

Meta 2010: Programa implementado.

Grado Cumplimiento: Parcial. En 2005 se realizó consejería a 3,4% de mujeres menores de 20 años inscritas en este grupo. No se ha usado instrumento predictor.

Observaciones al Objetivo: Establecer una meta cuantitativa.

2. Objetivos: Cobertura de regulación de la fecundidad en grupos de edad quinquenales.

Meta 2010: Aumentar cobertura.

Grado Cumplimiento: en 2004 la población bajo control de regulación de fecundidad en el sector público fue de 40,3% de las mujeres inscritas.

Observaciones al Objetivo: Establecer una meta cuantitativa

En lo referente a los controles de regulación de fecundidad, éstos cubren al 40,3% de las 2.670.004 mujeres en edad fértil inscritas en establecimientos de Atención Primaria el año 2004 y han continuado creciendo; entre Diciembre del año 2003 y Junio del 2005, la población de mujeres bajo control en regulación de Fecundidad en el Sector Público aumentó en un 4.3%. Respecto al tipo de método utilizado, aumentó el uso de métodos hormonales en un 13.6% y el de preservativos en un 9%; casi se duplicó el número de mujeres que utilizan anticonceptivos inyectables de uso mensual (de 8.464 usuarias a 16.070) y disminuyó el número de hombres que recibió preservativos (de 9.125 a 7.176).

MUJERES EN EDAD FÉRTIL EN CONTROL DE REGULACION DE FECUNDIDAD, SEGÚN METODO UTILIZADO, SNSS 2003 -2005			
	Diciembre 2003	Diciembre 2004	Junio 2005
Todos los métodos	1.075.249	1.087.743	1.123.556
D.I.U	624.287	617.343	614.049
Hormonal	406.773	423.109	470.966
Preservativo	35.064	38.936	41.365

No se dispone de información respecto a las mujeres que reciben atención de regulación de fecundidad en el sistema privado. Estimaciones realizadas en base a la venta de anticonceptivos en farmacias y clínicas privadas, permiten suponer que alrededor del 60% de las mujeres en edad fértil utilizan algún método para evitar embarazos.

3. Objetivos: Auditoría de abortos complicados según causa a nivel hospitalario y/ APS

Meta 2010: Todos los abortos complicados cuentan con auditoría.

Grado Cumplimiento: No se realiza auditoría a abortos complicados en el nivel central. No se tiene registro de que esta actividad se lleve a cabo en los establecimientos.

Dada la importante carencia de información, se considera imprescindible iniciar un esfuerzo por contar con algún sistema que permita recoger datos disponibles en Atención Primaria de Salud (APS) como el porcentaje de controles preconceptionales realizados en APS en relación al N° total de mujeres en edad fértil, número de embarazos bajo control planificados y no planificados. Asimismo, para el nivel secundario se espera incorporar durante 2006 en el REM⁷, el registro de embarazadas en Control de Alto Riesgo Obstétrico, para monitorear la prevalencia de las patologías más frecuentes del embarazo, esta propuesta está siendo revisada por el Dpto. de Ciclo Vital y el DEIS.

3. MORTALIDAD FETAL TARDÍA

Objetivos de impacto

1. Objetivo: Reducir la tasa de mortalidad por trastornos relacionados con el embarazo, trastornos hipertensivos y complicaciones del trabajo de parto y parto.

Meta 2010: Disminución de tasa

Grado Cumplimiento: Alcanzado. Reducción de un 47%. Tasa en 1999 fue de 0,53 y 2003 de 0,28 por 10 mil N.V.

Observaciones al Objetivo: Establecer meta cuantitativa.

A pesar de que no se estableció una meta cuantitativa a 2010, se observa que la tasa de mortalidad por complicaciones obstétricas se ha reducido en 47% en relación con la tasa observada en 1999, en 2003 fue de 0,28 por 10.000 NV.

Una de las estrategias para el logro de este objetivo ha sido mejorar la derivación oportuna de las embarazadas de alto riesgo al nivel secundario según las normas de manejo del control prenatal. Queda pendiente el fortalecer las actividades educativas en embarazadas de riesgo en el Nivel Secundario.

Asimismo, el Programa de la Mujer está realizando gestiones para:

- Ø Favorecer un control prenatal con un modelo de salud familiar no medicalizado.

⁷ REM: Registro Estadístico Mensual

- Ø Incorporar la visita domiciliaria integral familiar a embarazadas con riesgo biosicosocial.
- Ø Disminuir intervenciones innecesarias durante el trabajo de parto (Inducción indiscriminada de partos, rotura artificial de membranas de rutina, etc.)
- Ø Incorporar educación grupal a embarazadas de riesgo en el nivel secundario.
- Ø Incorporar al REM, información de la población de embarazadas de alto riesgo en el nivel secundario
- Ø Implementar un sistema de auditoria, por un grupo de expertos, respecto de control prenatal, manejo de embarazadas de alto riesgo, manejo del trabajo de parto, manejo de pacientes con cuidados esenciales. (auditoria de fichas)
- Ø Elaborar documento con orientaciones respecto a un modelo de atención participativo, basado en el autocuidado.

2. Objetivo: Reducir la tasa de mortalidad fetal tardía a menos de 3 por 10.000 nacidos vivos.

Meta 2010: Menor de 3 por 10.000 nacidos vivos.

Grado Cumplimiento: Con Avance. Reducción del 18% de 4,3 en 1998 a 3,5 por 10.000 nacidos vivos en 2003.

La tasa de mortalidad fetal tardía⁸, en 2003 fue de 3,5 por 1000 NV⁹ lo que implica una reducción del 18% con respecto a la tasa observada en 1998 de 4,3 por 1000 NV.

Para lograr este objetivo y mejorar la calidad de la atención del embarazo y parto, se ha actualizado recientemente la Norma General Técnica para el registro de las Auditorías de Muertes Maternas, Fetales e Infantiles.

Objetivos de desarrollo

1. Objetivos: Mantener en 90% la cobertura del control prenatal

Meta 2010: 90%

Grado Cumplimiento: No hay información actualizada.

Observaciones al Objetivo: Reformular objetivo en función de la notificación de embarazos no controlados o sus causas.

A futuro se espera desarrollar un sistema de registro y notificación post-parto de

⁸ Muertes ocurridas durante el embarazo entre las 28 semanas de gestación y el parto.

⁹ La integridad de los registros utilizados para construir este indicador están siendo revisados por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud.

embarazos no controlados, que permita conocer sus causas. Además, se espera desarrollar un sistema de registro y notificación de los partos sin atención profesional, tanto en el sistema público como privado, que permita, entre otras ventajas, identificar la causa.

2. Objetivos: Mantener la cobertura de atención profesional del parto sobre 99%.

Meta 2010: Sobre 99%

Grado Cumplimiento: Alcanzado. Desde 2000 cobertura se ha mantenido en 99,8%.

El año 2003 la cobertura de atención profesional del parto fue del 99,75%; ese año sólo ocurrieron 433 partos sin atención profesional.

4. CALIDAD DE LA ATENCION OBSTETRICA

Objetivo de impacto

1. Objetivo: Mejorar la calidad de la atención obstétrica

Meta 2010: Incorporar a GES

Grado Cumplimiento: Con avance. Elaboración de Guía Perinatal. Ha aumentado discretamente la cobertura de analgesia epidural. Incorporación al GES 2007.

Observaciones al Objetivo: Establecer meta cuantitativa.

La calidad de la atención obstétrica tiene un avance discreto a través de la publicación y difusión nacional la "Guía Perinatal" en 2003. Este es un documento normativo elaborado por calificados especialistas en salud materna y perinatal, orientado a entregar las pautas para la mejor atención posible a la madre y el recién nacido, reduciendo al mínimo los riesgos asociados al proceso reproductivo.

A futuro se recomienda las siguientes medidas:

- Ø Desarrollar un modelo de atención del proceso reproductivo (embarazo – parto – post-parto), basado en evidencia, evitando intervenciones catalogadas como inefectivas e incluso como nocivas, con acceso a analgesia según opción de la mujer, y con pertinencia cultural. (guía clínica en elaboración).
- Ø Participación de la pareja, familiar u otra/o acompañante que la mujer decida.

- Ø Desarrollar un sistema de acreditación de los establecimientos y profesionales que realizan atención obstétrica y neonatológica en la red asistencial pública y privada.
- Ø Evaluar calidad de atención y grado de satisfacción de usuarios en establecimientos que asisten partos y recién nacidos.

En el desarrollo de un nuevo Sistema de Protección Social de la Primera Infancia, definido como una prioridad por el actual gobierno –Chile Crece Contigo, conjunto integrado de prestaciones intersectoriales- se desarrolla una nueva mirada que reconoce la gestación y los primeros años de vida de cada niño o niña, como un espacio privilegiado para la consolidación de potencialidades que incidirán significativamente sobre el futuro y la calidad de vida de las personas y las familias.

En este contexto, la atención integral con enfoque familiar del proceso reproductivo propone recuperar los aspectos psicológicos y sociales de la gestación y el nacimiento, ofreciendo una atención basada en la evidencia científica, personalizada y respetuosa de los derechos, valores, creencias y actitudes de la mujer y, cuando ella lo decida, de su pareja y familia. Para ello, se ha elaborado un completo Manual para que los equipos de salud acompañen a las mujeres durante el control de su gestación, el parto y en el cuidado y crianza de los recién nacidos.

Objetivos de desarrollo

1. Objetivos: Reducción de la Tasa Nacional de Cesárea a un 25-30%

Meta 2010: tasa de 25 - 30%

Grado Cumplimiento: Sin avance. En el Sistema público ha aumentado de un 30,7% en 2001 a 32,4% en 2004; lo que representa un crecimiento del 2,7%. Se estima que esta tasa se duplica en el sector privado, pero no hay información confiable. No hay registro.

En el SNSS, la tasa de cesáreas ha aumentado, de un 30.7 % del total de parto durante 2001 a un 32.4 % en el año 2004. Esto representa un crecimiento del 2,7%. El mayor incremento se produjo entre los años 2003 y 2004 (1.5 % de aumento). El 55,2% de los Servicios de Salud presentan tasas por sobre este promedio nacional. Se estima que en el sistema privado de salud, esta tasa duplica la del sistema público.

Se recomienda elaborar un protocolo y/o guía clínica para la indicación de cesárea, incorporados a los documentos normativos para la atención “humanizada” del embarazo y parto. Además, es necesario incorporar la reducción de la tasa de cesáreas como un compromiso de gestión para las Servicios de Salud /Redes

Asistenciales e implementar un Sistema de Auditoria de cesáreas, con especial énfasis en primíparas.

Objetivos de desarrollo

2. Objetivos: Cobertura de analgesia obstétrica sobre el 90%

Meta 2010: Sobre 90%

Grado Cumplimiento: Con avance. Sólo se cuenta con información para el sector público respecto del uso de epidural. Se observa aumento entre 2002 y 2004 de 24,1% a 27,3%.

Sólo se dispone de información acerca del número de partos que son atendidos con anestesia epidural, por Servicio de Salud. La tendencia es a un incremento de 24,1% en el 2002 a 27,3% durante el 2004.

A partir de Julio 2007, se incorpora como una Garantía Explícita de Salud la "Analgesia del Parto": consiste en el adecuado manejo del dolor con apoyo farmacológico, para mejorar la calidad de atención de la mujer durante el trabajo de parto y en el parto, a petición de la mujer, o por indicación de profesional que la asiste en el proceso.

A futuro se recomienda elaborar un Protocolo y/o Guía Clínica para analgesia en el parto en que se incorporen a los documentos normativos para la atención "humanizada" del embarazo y parto, considerando técnicas de analgesia alternativas a la epidural, y consentimiento informado de la mujer en trabajo de parto. La incorporación de analgesia obstétrica a las garantías explícitas en salud está programada para 2007.

3. Objetivos: Grado de satisfacción usuaria sobre 80%

Meta 2010: Sobre 80%

Grado Cumplimiento: No hay información. No se ha medido a nivel nacional.

Observaciones al Objetivo: Reformular el objetivo en función de la elaboración de un instrumento estandarizado para la medición de satisfacción usuaria.

No se ha medido a nivel nacional, ni existe instrumento estándar para evaluar este objetivo. Por lo tanto se recomienda instalar un sistema expedito de Reclamos y Sugerencias en los centros de asistencia obstétrica y perinatal de SNSS, y hacer seguimiento de éstas. Además, será necesario realizar anualmente en cada centro asistencial, una encuesta de satisfacción a usuarias y sus familias en el momento del alta, con un instrumento validado por el MINSAL.

5. MORBIMORTALIDAD ASOCIADA AL CANCER CERVICOUTERINO

Objetivo de impacto

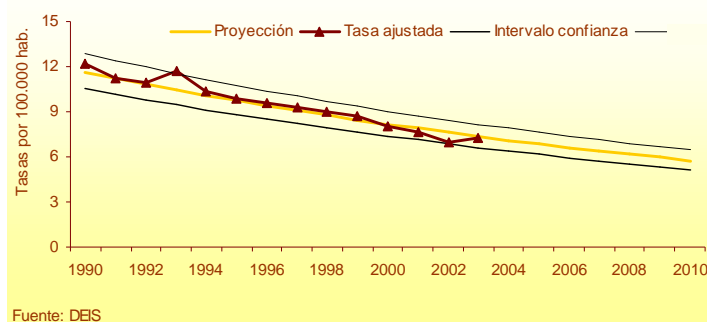
1. Objetivo: Disminuir la mortalidad ajustada del cáncer de cuello de útero.

Meta 2010: Disminuir la mortalidad estandarizada en un 40%

Grado Cumplimiento: Con avance. La tasa de mortalidad estandarizada bajo de 8,7 por 100 mil mujeres en 1999 a 7,2 en 2003. Reducción de un 17%. Avance de un 42,7%.

La tasa de mortalidad estandarizada bajó en un 17.2%, (de 8,7 por cien mil mujeres en 1999 a 7,2 en 2003), siendo la meta reducir la mortalidad estandarizada en un 40% (Ver gráfico).

Mortalidad por cáncer cervicouterino, ajustada por edad.
Chile 1990-2003 y proyección 2004-2010.



Fuente: DEIS

Objetivos de desarrollo

1. Objetivos:

Aumentar la cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años de 62% a 80%

Meta 2010: cobertura 80%

Grado Cumplimiento: Con avance. La cobertura en mujeres beneficiarias de 61% en 1999 a 68% en 2004.

Observaciones al Objetivo: Reformular objetivo incorporando el concepto de cobertura de PAP vigente.

COBERTURA DE PAP VIGENTE*
EN MUJERES BENEFICIARIAS
DE 25 - 64 AÑOS, CHILE 1999
- 2005

AÑO	35-64	25-64
1999	58	61
2000	62	64
2001	64	65
2002	65	66
2003	66	66
2004	67	68
2005	66	66

* = Se condidera PAP Vigente a aquel tomado en los últimos 3 años.

Fuente: Citoexpert/ Unidad de Cáncer
- Ministerio de Salud

De acuerdo a la información proporcionada por el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino – Unidad de Cáncer, para este objetivo de desarrollo se observó un incremento de la cobertura del examen PAP de 61% en 1999 a 68% en 2004, sin embargo cae a 66% en 2005. Se espera que la incorporación de la toma del PAP dentro de las prestaciones del Examen de Medicina Preventiva (EMP) apoyen las medidas preventivas.

Desde el año 1990, a través de la Encuesta

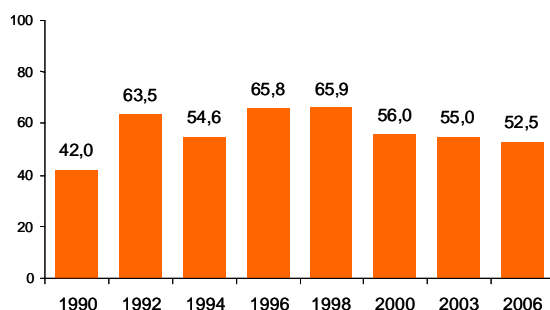
CASEN, se cuenta con información sobre el porcentaje de mujeres mayores de 15 años que se han realizado PAP en los últimos tres años. Según esta fuente desde 1998 se observa una reducción en el porcentaje desde un 65,9% en 1998 a un 52,5% en 2006.

La diferencia entre estos indicadores de cobertura del PAP, tiene que ver con las diferencias en el origen de los datos y el grupo de edad analizado. En la Encuesta CASEN, por la metodología de recopilación de datos, no siempre contesta la propia mujer. Además, la cobertura que se muestra desde 1990 está calculada para todas las mujeres mayores de 15 años, mientras que el indicador del objetivo sanitario está acotado a mujeres entre 25 y 64 años.

Método de recopilación de datos CASEN

La serie de encuestas CASEN ha utilizado desde el año 1987, como técnica de recopilación de datos, la entrevista personal en terreno. La persona que contesta la entrevista es el Jefe de hogar o su cónyuge, de no estar presente ninguno de los dos, algún miembro del hogar mayor de 18 años.

Mujeres de 15 años y más que declaran haberse realizado el examen PAP en los últimos 3 años, 1990-2006 (%)



Fuente: MIDEPLAN, Encuestas CASEN 1990-2006.

Es importante mencionar que desde 2005 no se cuenta con recursos destinados directamente al aumento de cobertura, por lo que no se espera observar un aumento en las coberturas a partir de ese año.

Sistema de Información para
Cobertura de PAP vigente en el Programa de Cáncer Cervicouterino y
"Citoexpert"

El "CITO-EXPERT, es un software creado a comienzos de los años 90 y su objetivo es aportar información a la gestión integral del Programa de Cáncer Cervicouterino. Actualmente 27 Servicios de Salud del país y 22 laboratorios de Citopatología del Sistema Público lo utilizan.

El responsable de su mantención y actualización es el Laboratorio de Referencia Nacional de Citología, respaldado en un convenio del año 1994, entre el Ministerio de Salud, el Instituto de Salud Pública y la Universidad de Chile. Este convenio permite también mantener los controles de calidad interno y externo en cada laboratorio de país.

En el Laboratorio se digitan los datos contenidos en la "Solicitud de Examen Citológico" (SEC), adjunta a la muestra de citológica y se registra el informe citológico y el resultado informe de la biopsia de Anatomía Patológica, cuando corresponde. Un módulo funciona en coordinación con la Unidad de Patología Cervical (UPC) del nivel secundario de atención, a la cual se informa los PAP(+) y los informes histológicos. Con esa información se crea y mantiene una base de datos que periódicamente de envía a la Matrona encargada del programa en las Direcciones de los Servicios de Salud

Uno de los productos que entrega este sistema es fuente para el REM12, que permite medir cobertura en los últimos 3 años de las mujeres que se realizan PAP en la RED Pública.

El programa de Cáncer Cervicouterino a estimado a través de la comparación entre la cobertura de los tarjeros poblacionales y los datos obtenidos de la base de datos del Citoexpert que existe entre un 3% a un 5% de mujeres que se controlan en los consultorios de APS que acude con un informe de PAP del sistema privado y que no esta ingresada en el Citoexpert.

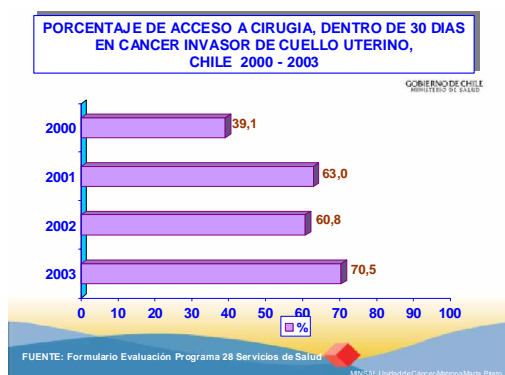
En el sistema privado, actualmente no existen bases de datos que permitan conocer la cobertura de PAP vigente entre sus beneficiarias.

2. Objetivo:

Aumentar el porcentaje de mujeres con indicación de cirugía que accede a terapia en menos de 30 días al 100%

Meta 2010: 100% accede en menos de 30 días

Grado Cumplimiento: En el año 2000, 39,1% accede dentro de los 30 días; se incrementa al 70,5% (Cobertura aumenta en un 80%)



La cirugía y quimiorradioterapia para cáncer invasor, fueron incorporadas al programa piloto de las garantías GES en 2003 y luego incluidas en el primer régimen en 2005, por lo que se dispone de información para estos años, (ver grafico). Se observa un aumento en la proporción de mujeres con cáncer invasor que accede a cirugía, de 39,1% en 2000 a 70, 5% en 2003.

La fuente de este indicador hasta el 2003 era mantenida por el Programa de

Cáncer Cervicouterino, debido a la separación de funciones se han producido problemas de continuidad en las mediciones, las cuales requieren reponerse.

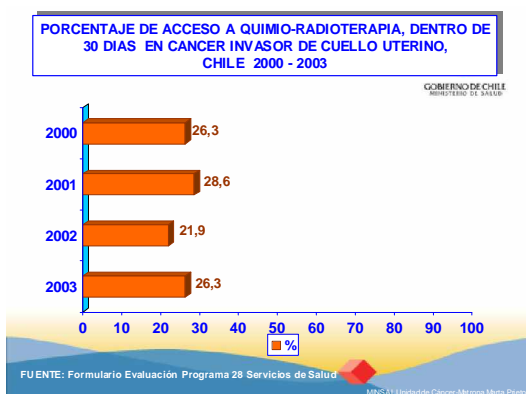
3. Objetivo: Aumentar el porcentaje de mujeres con cáncer invasor e indicación de quimioterapia y radioterapia que acceden en menos de 30 días.

Meta 2010: 100% accede en menos de 30 días.

Grado Cumplimiento: Sin avance. Estable en 26,3% (2003).

Observaciones: La garantía GES especifica un 100% de mujeres con cáncer invasor e indicación de quimioterapia y radioterapia que acceden en 20 días.

El gráfico adjunto muestra la tendencia al acceso a radioterapia del cáncer invasor.



Como se muestra, no ha habido mejorías en este indicador. Al igual que el anterior, existen problemas de continuidad en la obtención de los datos.

Dado que se garantiza entre las GES desde 2003, que establece el tiempo de acceso se propone modificar el objetivo a:

“Aumentar el porcentaje de mujeres con cáncer invasor e indicación de quimioterapia y radioterapia que acceden en 20 días.”

Para el logro de los objetivos definidos se han realizado las siguientes actividades:

1. Fortalecimiento de la gestión del programa en cada nivel de atención.
2. Reuniones nacionales anuales con los equipos encargados del Programa de los 28 Servicios de Salud.
3. Asesorías a los Servicios de Salud que lo requieran.
4. Implementación de un sistema de control de calidad externo e interno para los laboratorios de citopatología.
5. Destinación recursos para el desarrollo de proyectos locales destinados a aumentar la cobertura del programa mediante trabajo comunitario (de 1999 a 2004).
6. Actualización tecnológica de equipamiento en los niveles secundarios (2002-2003).
7. Trabajo coordinado con FONASA para la incorporación de prestaciones.
8. Incorporación al piloto AUGE 2003 y luego por Ley al Sistema GES, con el objeto de reducir brechas en confirmación diagnóstica y garantizar tiempos máximos para la confirmación, tratamiento y seguimiento.
9. Incorporación de la toma del PAP a mujeres de 25 a 64 años al en el Examen de Medicina Preventiva

Se encuentran aún pendientes las siguientes actividades:

1. Campañas de comunicación masiva para aumento de cobertura de PAP Vigente en grupos de riesgo.
2. Contar con un sistema de registro integral que permita dar continuidad al Formulario específico de Evaluación anual del Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino.

6. CLIMATERIO

Objetivos de impacto

1. Objetivo:

- Ø Mejorar la calidad de vida de las mujeres posmenopáusicas.
- Ø Reducir prevalencia de osteoporosis
- Ø Prevenir aparición de patologías crónicas de alta morbimortalidad

Meta 2010: Programas implementados.

Grado Cumplimiento: No hay información sobre calidad de vida, ni sobre prevalencia de osteoporosis en mujeres en climaterio. Avance en prevención de patologías crónicas de alta morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventiva.

Observaciones al Objetivo: Establecer objetivos de desarrollo para:

- Ø Contar con mediciones de calidad de vida en mujeres post-menopáusicas.
- Ø Contar con información sobre prevalencia de osteoporosis.
- Ø Especificar tipo de patología crónica, identificando objetivo y meta.

En cuanto a la salud de las mujeres durante y después del climaterio, se establecieron 3 objetivos de impacto y sólo uno de ellos presenta avances: Prevenir la aparición de patologías crónicas de alta morbimortalidad, que si bien no cuenta con una meta cuantitativa, su avance está dado por la iniciativa conjunta del programa de Salud Cardiovascular con el de Salud de la Mujer para reducir la prevalencia de mujeres con factores de riesgo modificables para enfermedades crónicas, a través del Examen de Medicina Preventiva. Además, de la incorporación de normas en "Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital" (Ministerio de Salud 2005). Sin embargo es necesario establecer una meta cuantitativa que permita evaluar el avance

No existe información para evaluar los objetivos de mejorar la calidad de vida en mujeres postmenopáusicas y reducir la prevalencia de osteoporosis; por ello, se propone establecer objetivos de desarrollo orientados al diseño e implementación de sistemas de información, que permitan conocer la situación en estas áreas.

Objetivos de desarrollo

1. Objetivos:

- Ø Implementar actividad control de climaterio a través de ESPA
 - Ø Terapia de reemplazo hormonal según indicación
-

Meta 2010: Programas implementados

Grado Cumplimiento: Implementación parcial control de climaterio. No hay información respecto al uso de TRH.

Observaciones al Objetivo: Actualizar objetivo en relación a Examen de Medicina Preventiva, estableciendo meta cuantitativa. Se requiere de un indicador para evaluar el uso de TRH.

Se ha avanzado en los objetivos de desarrollo. Desde el año 1997, en el Programa de Salud de la Mujer, se describe la actividad "Control de Climaterio", la cual se ha implementado lenta pero progresivamente a partir del año 1998. El año 2001 se realizaron 123.071 controles por matrona en atención primaria y durante 2004, 102.910. No se dispone de información de población de mujeres bajo Control de Climaterio.

A futuro se recomienda:

- Ø Elaborar un protocolo / guía clínica para la atención de la mujer post menopausia, que incluya reemplazo hormonal, con el objeto de mejorarles la calidad de vida y reducir la prevalencia de osteoporosis y otras patologías crónicas.
- Ø Reforzar las actividades educativas en estilos de vida saludable.
- Ø Realizar el Control de Climaterio en forma complementaria al Examen de Medicina Preventiva (EMP)
- Ø Incorporar la Terapia de Reemplazo Hormonal, con indicación según evidencia científica.

III. ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Este capítulo muestra el grado de avance en el cumplimiento de los objetivos sanitarios de las enfermedades infecciosas

1. TUBERCULOSIS	46
2. ENFERMEDADES EMERGENTES	49
a. MALARIA	49
b. ENFERMEDAD DE CHAGAS	50
c. FIEBRE AMARILLA Y DENGUE	51
d. CÓLERA	54
e. ENFERMEDAD POR HANTAVIRUS	55
f. RABIA HUMANA	57
g. HIDATIDOSIS	58
3. ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES	59
a. POLIOMIELITIS	59
b. DIFTERIA	61
c. TÉTANOS Y TÉTANOS NEONATAL	62
d. SARAMPIÓN	62
e. RUBÉOLA Y SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA	64
4. OTRAS ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES	68
a. INFECCIONES INVASIVAS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B68	
b. TOS FERINA (COQUELUCHE)	69
c. INFLUENZA	70
d. HEPATITIS B	71
5. OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS	72
a. ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA	72
b. FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA, HEPATITIS A Y DIARREAS ...	73
c. FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	74
d. HEPATITIS A	75
e. DIARREAS	76
6. NUEVOS DESAFÍOS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS	79
a. MENINGITIS VIRALES	79
b. INFLUENZA AVIAR	79

1. TUBERCULOSIS

Objetivo de impacto

1. Objetivo: Reducir la incidencia de la morbilidad hasta alcanzar la tasa que define la fase de eliminación avanzada de la TBC.

Meta 2010: tasa de incidencia , casos nuevos: 10 por 100.000 habitantes.

Grado Cumplimiento:

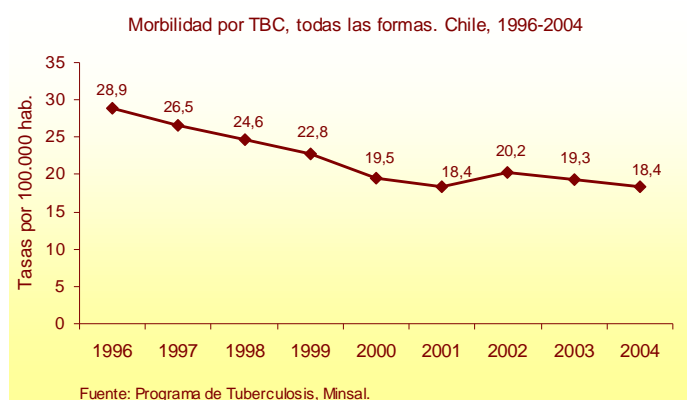
Tasa de 1996: 26.4 por 100.000 hab.

Tasa de 2005: 14.2 por 100.000 hab.

Observaciones

Ø Incorporar un objetivo de desarrollo que permita mantener la estructura y garantizar el financiamiento de las actividades del programa.

La evolución de morbilidad por TBC en todas sus formas, medida en términos de casos nuevos anuales, por cien mil habitantes registrados en Chile en los últimos 10 años, deja de manifiesto una reducción importante del nivel de la endemia. La declinación de la incidencia alcanza el 6.3% anual y el descenso de la tasa va del 26.4 por cien mil en 1996 a 14.2 en el año 2005.



Sin embargo, es necesario reconocer que el ritmo de descenso no ha sido continuo y que en el período 2000-2003, las tasas se mantuvieron estacionarias, para recuperar parcialmente la tendencia al descenso en los años 2004 y 2005. El Programa de Tuberculosis ha hecho presente que la evolución de la endemia ha estado vinculada muy estrechamente a la disponibilidad de recursos destinados a financiar las actividades del programa y a las modificaciones de la organización de los Servicios de Salud que han tenido impacto en la estructura regular del programa, sobre todo en los niveles intermedios.

Las tasas alcanzadas en el año 2005 son las más bajas registradas en Chile: 15.6 para la notificación y 14.2 para la incidencia. Sin embargo, estos indicadores se presentan con un rango de variabilidad muy amplio en los diferentes Servicios de Salud. Mientras algunos ya alcanzaron la meta prevista para el año 2010, otros están aún alejados del umbral de eliminación y es improbable que alcancen la meta nacional. La población de estos últimos solo representa el 5% de la población total.

Al respecto, es necesario tener presente que por acuerdo internacional, se ha concordado en que la tasa que debe ser considerada para definir los avances hacia la eliminación, es la de incidencia de la morbilidad en todas sus formas, pues es la

que tiene real connotación epidemiológica. Dentro de este grupo se encuentran los casos nuevos pulmonares bacilíferos (D), que constituyen la fuente de infección principal que mantienen la endemia. La última tasa, 7,3 casos por cien mil habitantes, confirma que la declinación (medida por los casos nuevos en todas las formas), es auténtica, y que por tanto, está determinada por una real disminución de la transmisión.

La "tasa de notificación" debe ser considerada como un proxy-indicador de utilidad operacional, pues incluye casos nuevos y recaídas, y frecuentemente, por error, se agregan "abandonos recuperados". Este dato, más los persistentes crónicos en tratamiento, constituyen la prevalencia.

La posibilidad de alcanzar la meta propuesta para el 2010, está condicionada a la mantención de las actividades en los términos establecidos en sus Normas Técnicas. Para ello, es necesario intensificar acciones orientadas especialmente a los grupos más vulnerables. La focalización de acciones en sectores específicos: indígena, población carcelaria, ancianos en condiciones de extrema pobreza y algunas poblaciones marginales, harían posible alcanzar el objetivo sanitario previsto. Basta señalar que de acuerdo con la actual tendencia, la tasa esperada para el año 2010 es de 10,3 por cien mil. Por tanto, si se mantiene el apoyo que el programa ha recibido en los últimos dos años, la meta podrá ser alcanzada en el período previsto.

Para este propósito, se considera imprescindible la continuación de distintas actividades que realiza el programa de Tuberculosis, como por ejemplo el trabajo intersectorial, dentro de las que se cuentan:

- § Desarrollo del "Convenio Marco entre Ministerio de Salud y Gendarmería De Chile", para aprovechar lo ya aprobado por resolución Exenta N° 611, con CONASIDA, consecuente con la situación de coinfección de ambas patologías, esta es una propuesta conjunta con Gendarmería y está ad portas de formalizarse.
- § En un ámbito similar, se han implementado acciones conjuntas con CONASIDA, como el desarrollo de investigaciones, vigilancia epidemiológica y trabajo conjunto en el nivel local.
- § Con instituciones del extra-sistema, tales como laboratorios y clínicas privadas, el trabajo se ha centrado principalmente en enfrentar algunas deficiencias en la acreditación por parte del ISP, lo que compromete la calidad y oportunidad del diagnóstico de la TBC.
- § Dentro de las actividades que es necesario realizar, se incluyen seminario anual, nacional y regional con los equipos técnicos de los servicios de salud (médico, enfermera y tecnólogo medico). Estos seminarios tienen una larga

trayectoria, de más de una década, y su relevancia radica en el fortalecimiento de la red de TBC y la actualización de los profesionales. Además de favorecer el enfrentamiento y solución de dificultades propias de un programa cuyo espectro de acción comparte las particularidades geográficas y sociales de nuestro país.

- § “Curso Anual de epidemiología y control de la TBC”, como mecanismo de inducción de profesionales nuevos de los servicios de salud y autoridades sanitarias regionales. Esta actividad es imprescindible, principalmente por las transformaciones organizacionales derivadas de la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión, parte de la reforma de salud en curso.
- § Asesorías directas a servicios de salud y autoridades sanitarias regionales, especialmente aquellos con indicadores más deteriorados, entre los que se cuentan los servicios clasificados como del grupo IV (tasas de morbilidad mayores a 25 por 100.00 en Arica, Iquique y Osorno).

2. ENFERMEDADES EMERGENTES

a. MALARIA

En marzo de 1945 se registró en Chile el último brote de malaria, en la quebrada de Tarapacá. Desde entonces no se han diagnosticado casos autóctonos en nuestro país. En la actualidad, se han detectado focos remanentes de Anophelinos en los valles de Azapa, Yuta, Camarones, Chaca (Arica) y Quebrada de Tarapacá (Iquique), en la región de Tarapacá, si bien se ha mantenido libre de Plasmodium.

El control de la malaria, a través de la vigilancia y control vectorial, es responsabilidad de las unidades de zoonosis y vectores de los Departamentos de Acción Sanitaria de las Seremi de Salud, en tanto que la responsabilidad normativa y de supervisión esta radicada en el Departamento de Alimentos y Nutrición de la División Políticas Públicas Saludables y Promoción; asimismo, el Instituto de Salud Pública (ISP) realiza la confirmación de casos; y el Departamento de Epidemiología realiza la vigilancia epidemiológica en personas.

Objetivo de impacto

1. Objetivo: Mantener la erradicación.

Meta 2010: 0 casos de malaria autóctona

Grado Cumplimiento: 100%. Sin casos autóctonos

Durante el 2000 el Ministerio de Salud establece un Sistema de Vigilancia de Febriles, que permite identificar casos de malaria autóctona en la I Región, sistema que fue reforzado en 2001. El año 2002 se incluyó a la malaria en el proyecto: "Alerta y respuesta a brotes y epidemias" (Proyecto de Enfermedades Emergentes), cuyo objetivo es contribuir a la reducción de la morbimortalidad por enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, con potencial epidémico, a través de acciones de vigilancia y control. Durante 2003, en coordinación con el ISP, se instruyó a los Servicios de Salud acerca de la toma de muestra para diagnóstico y su confirmación en el ISP, y se reforzó la vigilancia de malaria, extendiendo el Sistema de Vigilancia de Febriles a la región de Atacama. En 2004 y 2005 el Dpto. de Epidemiología ha colaborado con la capacitación de tecnólogos médicos en malaria.

Desde el punto de vista del control vectorial, se han reforzado de las acciones de control vectorial en los valles de la región de Arica y Parinacota, donde se ha detectado, a través del sistema de vigilancia activa, la reemergencia de focos acotados que requieren de una rápida intervención para su eliminación, bloqueando su dispersión.

b. ENFERMEDAD DE CHAGAS

En 1999, Chile alcanzó la interrupción de la transmisión vectorial del *Tripanosoma cruzi*, en base al control realizado sobre el *Triatoma infestans* (vinchuca), siendo el segundo país de la región en conseguirlo, luego de que Uruguay lo hiciera en 1997. La efectiva interrupción de la transmisión vectorial se ha confirmado a través de encuestas serológicas a menores de cinco años realizadas durante los años 2005 y 2006 en las áreas chagásicas de las regiones de Tarapacá, Atacama, Coquimbo, Valparaíso y Metropolitana, no detectándose en ellas, casos positivos a chagas.

Se mantienen las acciones de control vectorial, a cargo de las unidades de zoonosis y vectores de las Seremi de salud entre las regiones de Tarapacá y del Libertador Bdo. O`Higgins. Durante el año 2006 se registraron 145 viviendas positivas a triatomas en 12 comunas entre las Regiones de Tarapacá y Metropolitana. De las viviendas positivas solo el 16.5% se encuentran colonizadas, lo que indica que la colonización de viviendas muestra una tendencia a la baja. En cambio, en el 83.55% de las viviendas registradas como positivas, se han registrado ejemplares únicos de triatomídeos adultos, sin infestaciones peridomiciliarias. Estos hallazgos indican la existencia de colonias de triatomídeos silvestres, a partir de los cuales algunos ejemplares adultos llegan a las viviendas, sin que hasta ahora se haya observado capacidad de colonización. La existencia de colonias en las áreas silvestres a partir de las cuales, potencialmente puede haber recolonización de viviendas, plantea la necesidad de ampliar las áreas de vigilancia a fin de identificar colonias silvestres de triatominos y aplicar medidas de intervención para su control y eventual eliminación.

Objetivo de impacto

1. Objetivo:

- Ø Mantener la eliminación de la transmisión vectorial.
- Ø Eliminar Chagas congénito.

Meta 2010:

- Ø 0 casos de Chagas autóctono
- Ø No se estableció meta cuantitativa

Grado Cumplimiento:

- Ø Alcanzado. Sin casos autóctonos
- Ø No se dispone de datos para evaluar la situación de Chagas congénito.

Observaciones: Se sugiere objetivo de desarrollo para contar con información sobre la incidencia de Chagas congénito.

El área endémica en Chile, se extiende desde la región de Tarapacá a la del Libertador Bdo. O`Higgins, incluyendo la Región Metropolitana.



Desde 1990 se observa una tendencia a la estabilización de la mortalidad por esta causa, entre 0,3 y 0,4 por 100.000 habitantes, lo que corresponde a un promedio de 52 muertes anuales, de las cuales alrededor de un 70% son hombres. Según diagnóstico, el 80% de las muertes corresponde a cardiopatías y el resto a otras visceromegalias.

Se vigila mediante notificación obligatoria de todos los casos (Decreto N° 158) y si bien deben notificarse tanto los casos de Chagas crónicos como agudos, son éstos últimos los que dan cuenta de la efectiva interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad.

Es importante destacar que a contar de 1996 se hace obligatorio el tamizaje de donantes de sangre en Chile entre la región de Tarapacá y de O`Higgins, incrementando de manera considerable las notificaciones (serologías positivas), llegando a una tasa promedio anual de 0,4 por cien mil habitantes.

Respecto de la meta relacionada con eliminar la Enfermedad de Chagas congénita, a pesar de no contar con un sistema de vigilancia específico para esta modalidad de contagio, el Departamento de Epidemiología realizó una estimación para establecer la línea de base para la evaluación de esta meta a 2010. Para ello, se utilizó información de 2005 y las tablas de población oficiales, a las que se le aplican tasas específicas de prevalencia calculadas a partir de la información disponible¹⁰, lo que arrojó una estimación de Chagas congénito de 1,8 por cada 1.000 Nacidos Vivos de zonas endémicas en 2005.

c. FIEBRE AMARILLA Y DENGUE

1. Objetivo:

- Ø Ningún caso de Fiebre Amarilla y Dengue autóctonos
- Ø Erradicar Aedes de Isla de Pascua.

¹⁰ Notificación de infectados por transmisión vectorial, incidencia de transmisión vectorial, población femenina en edad reproductiva residente en áreas endémicas, entre otras

Meta 2010:

Ø 0 casos de Dengue 0% nivel de infestación

Grado Cumplimiento:

Ø Parcial. Luego del brote en Isla de Pascua en 2002, no se ha vuelto a presentar casos.

Ø Dengue: No se cumple. Nivel de infectación es del 10%

Ø Observaciones: Se sugiere incorporar objetivo de desarrollo de vigilancia de febriles y separar los objetivos, distinguiendo la meta insular y continental.

En enero de 1912, se produjo el último brote de la enfermedad en Chile continental, en la región de Antofagasta, lo que generó las acciones para controlar el mosquito *Aedes Aegypti*, erradicándolo por completo, sin que se hayan presentado nuevos casos desde entonces.

A pesar de la inexistencia de *Aedes Aegypti* en el territorio nacional continental, en 1999 el Departamento de Epidemiología decidió incluir al dengue y la fiebre amarilla dentro del listado de enfermedades que contempla el Decreto N°158, debido a la presencia del vector y la enfermedad en los países vecinos y al riesgo potencial de su aparición especialmente en la zona norte del país.

Asimismo, se alertó a los Servicios de Salud para vigilar la aparición de casos de dengue, estableciendo definiciones de caso, modalidad de vigilancia y criterios de laboratorio, contando el Instituto de Salud Pública con la técnica y capacidad profesional¹¹.

Actualmente se realizan actividades de vigilancia activa del vector en zonas de riesgo, principalmente el extremo norte del país y en puertos y aeropuertos mediante el uso larvitrapas y control de lugares de posible reproducción del vector, como cementerios. Además, se han implementado una serie de medidas para impedir el ingreso del vector al continente, tales como: prohibición del ingreso al país de neumáticos usados, fumigación de las aeronaves que provienen de áreas infestadas en los aeropuertos de Arica, Iquique y Antofagasta. En caso de que se detectara el ingreso del vector, se cuenta con programas de contingencia que permitan controlar la situación.

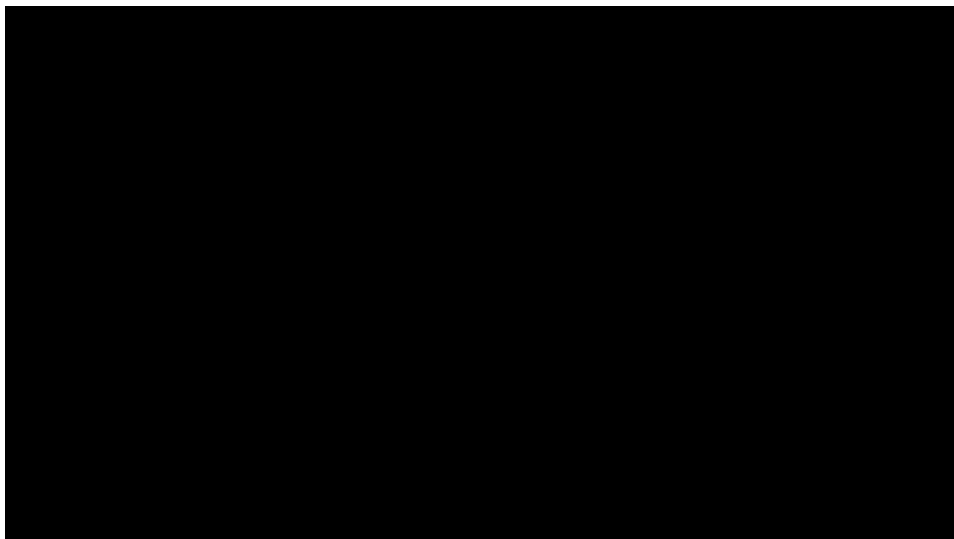
En el año 2000 se detectó la presencia del vector en Isla de Pascua, presentando en esa fecha, índices de infestación cercanos al 70% de las casas, lo que motivó una campaña de erradicación y la implementación de un sistema de Vigilancia de Febriles que permitiera identificar cualquier aumento inesperado de éstos, como una forma de búsqueda activa de casos de dengue en la población de Isla de Pascua. Además, se realizó capacitación en diagnóstico clínico y entomológico a profesionales del Hospital Hanga Roa. Asimismo, desde ese año 2000, se ha

¹¹ Dengue en Isla de Pascua. Olea A., Ballester J. El Vigía N° 13. Departamento de Epidemiología. MINSAL.

estado desarrollando una campaña de eliminación del vector que logró bajar la infestación a un promedio de 5%, sin embargo, permanecen zonas de la ciudad con índices más elevados.

Brote de dengue en Isla de Pascua

A pesar de las medidas antes mencionadas, el 13 de marzo de 2002, se diagnosticó el primer caso de dengue autóctono detectado en Isla de Pascua, constituyéndose en el caso índice de un brote epidémico de gran magnitud (el gráfico muestra la curva epidémica),



que duró hasta mediados de Mayo. En éste, se afectó al 17% de la población, con la forma benigna de la enfermedad, como es habitual en el primer contacto de una población con el virus, sin fallecidos. El serotipo fue DEN-1, filogenéticamente idéntico al que circuló en la Polinesia a fines del año anterior.

El principal riesgo epidemiológico es la introducción de un nuevo serotipo del virus del dengue, que podría desencadenar la presentación de la forma grave de la enfermedad (dengue hemorrágico) y la ocurrencia de fallecimientos por esta causa. El riesgo es mayor en la estación cálida y depende de la ocurrencia de otros brotes en la polinesia o en el continente americano, que son las zonas desde donde concurre la mayor cantidad de turistas.

En marzo de 2004, se modificó el sistema de Vigilancia de Febriles de modo tal que aumentara la sensibilidad de la vigilancia, indicando registrar diariamente el número total de febriles consultantes y remitir semanalmente la planilla a epidemiología de la Autoridad Sanitaria de la Región de Valparaíso y del MINSAL.

El año 2005 se implementó la técnica serológica de IgM para dengue, en el Hospital Hanga Roa, con el fin de detectar un brote en el más breve tiempo y adoptar oportunamente las medidas de control. El financiamiento de ésta estrategia provino del Proyecto “Enfermedades Emergentes Epidemiología” del MINSAL y la capacitación en la técnica estuvo a cargo del ISP.

A pesar de estos antecedentes, se considera muy difícil la erradicación del vector en Isla de Pascua, principalmente por las falencias importantes en términos de la participación de la comunidad y otros sectores en las medidas de prevención, así como, la persistencia de problemas de saneamiento básico en Isla de Pascua, que dificultan alcanzar niveles de infestación de menor riesgo de presentación de brotes (Índice de Breteau bajo el 1%). En una primera etapa se propone considerar como meta “alcanzar niveles de infestación seguros” y, posteriormente, si las condiciones de saneamiento básico y participación comunitaria lo permiten, ajustar el programa para alcanzar la erradicación.

d. CÓLERA

El cólera aparece en Chile en 1886, originando una gran epidemia, la que se repite entre 1895 y 1905, y luego entre 1991 hasta 1994, desapareciendo nuevamente hasta diciembre de 1998, cuando se presentó un brote en la localidad de San Pedro de Atacama (Región de Antofagasta) afectando a 23 personas. Desde entonces no se han presentado nuevos casos.

El cólera se ha expandido considerablemente a nivel mundial desde 1961, afectando por lo menos a 98 países desde esa fecha. La experiencia ha demostrado que no puede evitarse la introducción del cólera a un país, pero si puede ser contenida su expansión al interior del país, con adecuadas medidas de control. Una vez que el cólera llega a una región es difícil de erradicar; el reservorio natural es amplio y las vacunas no son particularmente efectivas. Se considera que la enfermedad es endémica en Latinoamérica. En agua fría el vibrio reduce su tamaño 300 veces y permanece inactivo en forma indefinida. La presencia de la corriente del niño, que eleva la temperatura del agua, genera condiciones favorables para el crecimiento del zoo plankton que es uno de los reservorios del vibrión.

Objetivo de impacto

1. Objetivo:

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

Meta 2010: 0 casos de cólera autóctonos

Grado Cumplimiento: Alcanzado

No se han registrado casos autóctonos.

En Chile, el cólera es una enfermedad de notificación obligatoria inmediata. Además, se realiza permanentemente vigilancia de laboratorio de *Vibrio cholerae* en todo coprocultivo de pacientes que presenten un cuadro de diarrea aguda con deshidratación leve, moderada o grave. Asimismo, en las regiones que se encontraren afectadas por cólera, se realiza además estudio de *Vibrio cholerae* a todos los casos de diarrea, mientras que en las regiones no afectadas, se realiza

habitualmente, a los cuadros diarreicos: 1 de cada 5 en los mayores de 18 años y 1 de cada 10 en los menores de 18 años.

Asimismo se realiza vigilancia ambiental de cólera a través de la toma de muestras ambientales de agua, alimentos y alcantarillado.

Esta enfermedad es de notificación obligatoria (Decreto N° 158) y de acuerdo al nuevo Reglamento Sanitario Internacional 2005¹², cumple con los criterios del instrumento de decisión.

Dado que durante 2000 y 2003 se aisló en el ISP *Vibrio cholerae* en una muestra ambiental del Servicio de Salud Coquimbo y en una muestra de agua de un emisario de alcantarillado en el Río Maipo (Región de Valparaíso) se realizó refuerzo de la vigilancia de cólera contenidas en la Circular N°4F/03/ del 12 de enero de 1998, junto con información masiva a la comunidad a través de material informativo y medios de comunicación.

Desde el año 2002 se incluye en el Proyecto: “Alerta y Respuesta a brotes y epidemias” (Proyecto Emergentes).

e. ENFERMEDAD POR HANTAVIRUS

El Hantavirus se asocia con roedores específicos, que son sus hospederos y reservorios naturales. El agente etiológico identificado en Chile, es el virus Andes, cuyo único reservorio comprobado hasta el momento es el *Oligoryzomys longicaudatus*.

El Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus (SCPH) es la expresión más grave de la enfermedad, de alta letalidad y que requiere de atención precoz y recursos asistenciales de alta complejidad.

Desde los primeros casos esporádicos de Hantavirus, detectados en 1995, esta enfermedad ha progresado a una presentación endémica, con brotes estacionales y localizados en algunas regiones del país. El aumento se inicia a fines de la primavera, concentrándose el 70% de los casos entre noviembre y abril.

Objetivo de impacto

1. Objetivo: Prevenir y responder oportunamente a los brotes

Meta 2010: No se estableció meta cuantitativa

Grado Cumplimiento: Alcanzado

Observaciones al Objetivo: Redefinir como objetivo de desarrollo.

Desde 1995 hasta diciembre de 2005 se han confirmado 461 casos de Síndrome

¹² Para mayor información sobre Reglamento Sanitario Internacional 2005, visite <http://epi.minsal.cl/epi/html/RSI/RSI.htm>

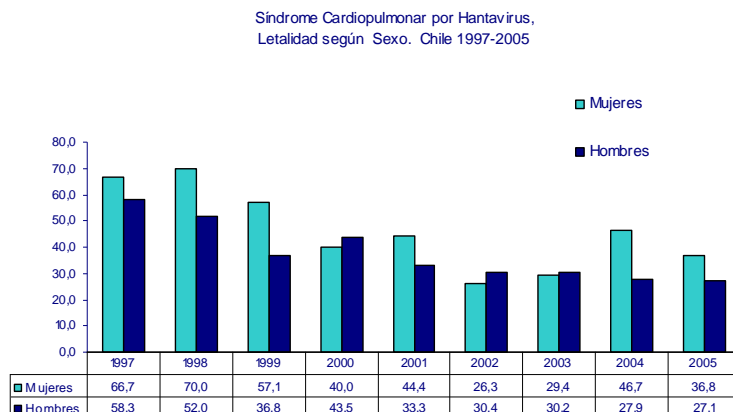
Cardiopulmonar por Hantavirus (SCPH).

La incidencia más alta, desde que la enfermedad apareció en el país, ocurrió en el año 2001 (0.53 por 100 mil hab.), observándose posteriormente una estabilización. En el año 2005 alcanzó a 0,42 x 100 mil hab., representando un discreto incremento respecto a lo observado el año anterior (0,35 x 100.000).

La tasa de mortalidad se ha mantenido estable en los últimos 3 años, con cifras entre 0,11 a 0,13 muertes por cien mil hab.

Durante el año 2005 se confirmaron 67 casos de Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus (SCPH) y 7 casos de Enfermedad Leve (sin compromiso pulmonar), cifra que se encuentra por sobre lo esperado. La distribución por sexo, se ha mantenido a través del tiempo, siendo más alta en hombres, por la relación existente con los riesgos de la actividad laboral. La edad promedio de presentación de la enfermedad fue de 32 años; el 10% de los casos de SCPH tenía una edad inferior a 15 años (8 casos), situación inferior a lo observado en los años 2002 en que los menores de 15 años representaban el 17% de los casos.

La letalidad del SCPH en el año 2005 alcanzó a un 31% (20 fallecidos), similar a los años anteriores. Sin embargo, la letalidad ha tenido una tendencia a la baja (60% en 1997).



En relación a la distribución geográfica de los casos de SCPH, estos se han presentado desde Valparaíso hasta Aysén. El mayor riesgo de enfermar se encuentra en esta última región, donde la tasa de incidencia alcanzó a 3 x 100.000 hab. Por otra parte, el mayor número de casos se observó en la región del Bio Bio (20 casos). Cabe recordar que el reservorio del virus Andes, *Oligoryzomys longicaudatus*, tiene una distribución más amplia, detectándose roedores infectados

desde la región de Coquimbo a la de Magallanes.

Es importante señalar que es muy posible que esta enfermedad se mantenga en nuestro país en forma de endemia con una presentación estacional, concentrándose los casos en los meses de primavera y verano. La variación del número de casos está relacionada con las condiciones climáticas y ambientales.

Las medidas de prevención son la única herramienta para controlar esta enfermedad y están centradas principalmente en la educación de la población en las zonas de riesgo y la capacitación a los equipos de salud para detectar oportunamente los casos de SCPH.

Entre los años 2000 y 2005 se han hecho extensas campañas comunicacionales entregando medidas de prevención a la población general y a grupos de mayor riesgo, contribuyendo a mantener una baja incidencia de casos y disminución de la letalidad.

En la actualidad, está pendiente la evaluación del impacto comunicacional de la Campaña de Prevención de Hantavirus.

Las acciones relacionadas con el control y vigilancia de Hantavirus han contado con la participación de profesionales de Salud Ocupacional del ISP, en aspectos de vigilancia y prevención en trabajadores. Además de la participación en conjunto con el Departamento de Alimentos, Vectores y Zoonosis en el proyecto de investigación "Hantavirus: Ecología y Enfermedad " de la Universidad Católica, Universidad del Desarrollo, Universidad de Nuevo México en EEUU, Instituto de Salud Pública y MINSAL, en áreas de investigación de reservorios, estudios de contactos y anticuerpos neutralizantes, entre otros.

f. RABIA HUMANA

La rabia es una enfermedad vírica zoonótica mortal que se transmite a los seres humanos a través del contacto con animales infectados, tanto domésticos como salvajes. El agente infeccioso es un rabdovirus del género Lyssavirus, altamente neurotrófico.

Chile ha estado libre de rabia humana desde 1972. En 1996 se produjo un caso aislado en un niño de la VI Región.

Objetivo de impacto

1. Objetivo: Mantener erradicación.

Meta 2010: 0 casos de rabia humana por virus canino; 0 casos de rabia animal por virus canino.

Grado Cumplimiento: Alcanzado. 0 casos de rabia humana en el período
Sin casos de rabia canina

g. HIDATIDOSIS

La hidatidosis es endémica en Chile, en especial en zonas rurales dedicadas al pastoreo ovino, cuyo tratamiento, generalmente quirúrgico, tiene un alto impacto en la calidad de vida de los afectados, así como un alto costo para el sistema de salud y para el paciente. La hidatidosis es factible de controlar, como lo han demostrado muchos países en el mundo y algunas áreas del país, a través de programas cuyos componentes centrales son la interrupción del ciclo de la enfermedad evitando la alimentación de los perros con vísceras crudas, la educación de la comunidad y la desparasitación de los perros.

Sus tasas de notificación han permanecido en el orden de los dos casos por cien mil habitantes y las tasas de mortalidad en 0,2 por cien mil. El mayor riesgo se concentra entre las personas mayores de 40 años, que habitan la zona sur del país.

Objetivo de impacto

1. Objetivo: Controlar la transmisión

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

Grado Cumplimiento: Alcanzado.

A pesar de ser ésta una enfermedad de declaración obligatoria, las notificaciones no son una adecuada fuente de información, debido a que sufren un importante subregistro, lo que se evidencia en los egresos hospitalarios, así por ejemplo el año 2003 hubo 1.220 egresos por hidatidosis y sólo se notificaron 337 casos ese año.



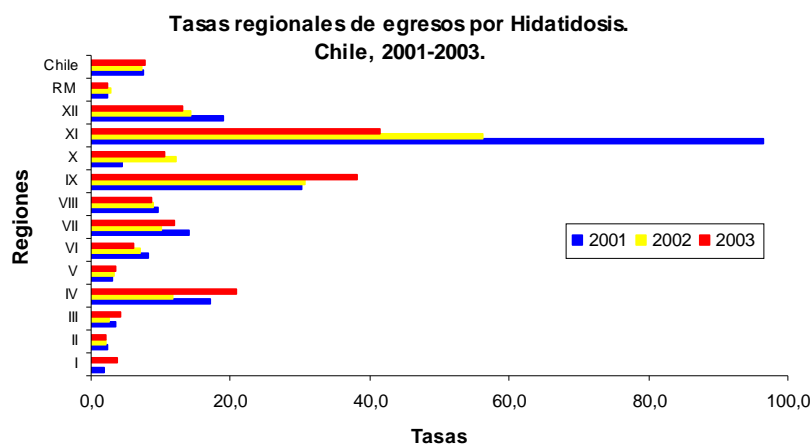
La tasa de notificación de Hidatidosis se ha mantenido en alrededor de 2 a 2,5 por cien mil desde 1989. Una fuente de información alternativa son los egresos hospitalarios y las defunciones.

En cuanto a los egresos, la hidatidosis es la principal causa de hospitalización por enfermedad parasitaria, de los datos de 2003, un 54% eran hombres la edad promedio fue de 40 años. Las hospitalizaciones tienen una marcada variación regional, observándose mayores tasas de hospitalización en la zona sur del



país. La región de Aysén es la que presenta las tasas más elevadas con 41 egresos por cada 100.000 habitantes, seguida por la Región de la Frontera con una tasa de 38.

La mortalidad por hidatidosis ha tenido una tendencia estable en el tiempo, siendo la segunda causa de muerte por enfermedad parasitaria, después de la enfermedad de Chagas, con 30 a 40 defunciones anuales. La tasa de mortalidad por hidatidosis para el año 2003 (último año disponible) es de 0,2 por cien mil, la misma del 2001 y 2002.



En la actualidad las Seremis de Salud se encuentran desarrollando la caracterización de las áreas de riesgo de hidatidosis en sus respectivas jurisdicciones, con el fin de disponer de antecedentes que permitan proponer acciones de intervención adecuadas para

controlar la presentación de caso humanos de la enfermedad. Esta actividad se enmarca en las propuestas de OPS formalizadas a través de la Comisión Intergubernamental para la Prevención y Control de la Hidatidosis del Cono Sur, cuya reunión constitutiva fue auspiciada por el MINSAL y fue realizada en Santiago de Chile, en marzo de 2005.

3. ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

a. POLIOMIELITIS

El último caso notificado de Poliomiелitis en Chile, se presentó en 1975. Desde esa fecha, el país ha permanecido libre de la circulación de polio virus salvaje, objetivo logrado a través de la mantención de altas coberturas de vacunación.

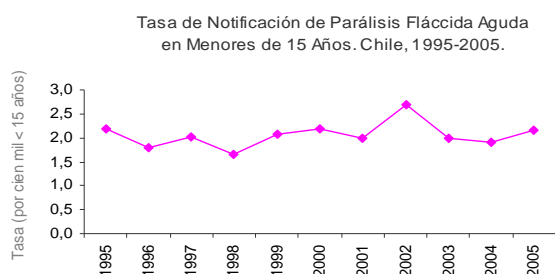
En 1991 se logró la erradicación de la poliomiелitis del continente americano y en 1994 la Región de las Américas fue certificada como libre de la circulación del polio virus salvaje autóctono.

Objetivo de impacto

1. Objetivo: Mantener erradicación

Meta 2010: 0 casos de virus polio salvaje
Grado Cumplimiento: 100% cumplimiento. Sólo 2 casos polio vacunal en el período 2000-2004

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



Se estima que un sistema de vigilancia de PFA es sensible cuando se detecta como mínimo, un caso al año de PFA por 100.000 en menores de 15 años. En este sentido, Chile ha mantenido una tasa de notificación en alrededor de 2 por cien mil menores de 15 años durante la última década. Es indispensable mantener la vigilancia de PFA en este grupo a fin de

asegurar la no circulación del virus polio salvaje.

En el período 2000-2005, han ocurrido 2 casos de Polio asociado a vacuna¹³ (años 2000 y 2001). Cabe recordar que en América Latina, el riesgo general de poliomielitis relacionada con la vacuna es de 1 caso por 4.200.000 dosis administradas¹⁴.

Objetivo de desarrollo

1. Objetivos: Mantener coberturas de vacunación contra polio

Meta 2010: cobertura sobre 95%

Grado Cumplimiento: Cumplimiento 100%; cobertura sobre 95%

Desde el año 2000 y hasta el año 2004, la cobertura con 3^a dosis de DPT/Hib y Polio oral se ha mantenido entre 97.2% (2001) y 95.1% (2004).¹⁵

¹³ Caso que: clínicamente presenta polio paralítica y había recibido PVO entre 4 y 40 días antes del inicio de la parálisis y se le había aislado virus polio vacunal en la muestra de heces y tiene secuelas compatibles con polio en el examen efectuado a los 60 días después del inicio de la parálisis.

¹⁴ Fuente: Guía Práctica para la Erradicación de la Poliomielitis. Cuaderno Técnico N° 40 OPS

¹⁵ Fuente: PAI, MINSAL

b. DIFTERIA

Objetivo de impacto

1. Objetivo: Mantener eliminación

Meta 2010: 0 casos de difteria

Grado Cumplimiento: Cumplimiento 100%. Sin casos desde 1997.

Las altas coberturas de vacunación y la alta eficacia de la vacuna, han producido una importante disminución de la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad. Durante la última década se ha observado un descenso sostenido en el número de casos, hasta llegar a la presentación de casos esporádicos. Desde 1997 a la fecha no se han confirmados casos de Difteria. Han ingresado a la vigilancia desde el año 2002 al 2005, 7 casos sospechosos de Difteria, los que fueron oportunamente descartados.



Objetivo de desarrollo

1. Objetivos: Mantener cobertura de vacunación contra difteria

Meta 2010: cobertura sobre 95%

Grado Cumplimiento: Cumplimiento 100% (coberturas sobre 95%)

La cobertura de la DPT en el año 2004¹⁶ es de 98,7% (3° dosis). Además de este logro, se ha mantenido el Sistema de Vigilancia Universal, la notificación obligatoria de casos sospechosos y el papel del ISP en el descarte de estos casos. Este sistema se reforzó durante el 2002 debido a la aparición del brote de difteria en Paraguay.

¹⁶ Informe del Programa Ampliado de Inmunizaciones presentado el Reunión OPS Programas PAI, 2005.

c. TÉTANOS Y TÉTANOS NEONATAL

Objetivo de impacto

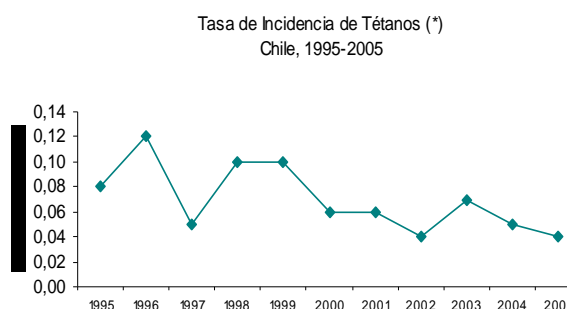
1. Objetivo: Mantener eliminación y control

Meta 2010: Mantener incidencia de tétanos y 0 casos de tétanos neonatal

Grado Cumplimiento: Incidencia de tétanos se ha mantenido. No se han identificado casos de TNN desde 1996.

En Chile, el Tétanos se presenta de forma esporádica, con un rango entre 7 y 17 casos en los últimos 11 años, con tasas de incidencia entre 0.04 y 0.12 para el mismo período.

No se han notificado casos de TNN desde 1996.



Objetivo de desarrollo

1. Objetivos: Mantener la cobertura de vacunación de tétanos

Meta 2010: cobertura sobre 95%

Grado Cumplimiento: Se mantiene sobre 95% desde 2000 en tercera dosis.

La baja incidencia de Tétanos y TNN en nuestro país, se mantiene en función de altas coberturas, tanto en la atención profesional del parto, como en vacunación con tercera dosis de DPT (superior a 95% entre los años 2000 y 2004¹⁷). Cabe destacar que en Chile se aplican 2 refuerzos con DPT (a los 18 meses y 4 años de edad) y el Toxoide DT cuando los niños cursan el 2º año básico escolar.

La actividad más importante para mantener los logros alcanzados es la vacunación y la vigilancia universal de tétanos y TNN.

d. SARAMPIÓN

El año 2002, OPS se declaró la interrupción de la transmisión autóctona del Sarampión en el continente Americano. Después de tres años sin ocurrencia de casos, en abril 2003 se confirmó un caso importado en un chileno de 33 años procedente de Japón, aislándose el virus H1, genotipo circulante en ese país.

La oportuna aplicación de las medidas de control y las altas coberturas de vacunación programática, evitaron la aparición de otros casos en el país. En los años 2004 y 2005 no se confirmaron nuevos casos. Existe un permanente riesgo

¹⁷ Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones.

de aparición de casos importados en el país, que pudieran originar brotes asociados.

Objetivo de impacto

1. Objetivo: Mantener erradicación.

Meta 2010: 0 casos

Grado Cumplimiento: Cumplimiento 100%. 0 casos desde 2004.

Desde el año 2004 a la fecha no se han confirmado casos de Sarampión en nuestro país (figura X).

La mantención de esta meta se ha debido a la continuación de las campañas de vacunación en niños menores de 5 años, durante los años 2001 y 2005. También a la intensificación de la vigilancia epidemiológica, integrando las vigilancias sarampión-rubéola, a fin de aumentar la pesquisa de casos con cuadros exantemáticos.

Además, se ha incorporado la toma de muestra respiratoria a todos los casos sospechosos de sarampión, con el fin de aislar el virus en casos confirmados.

En las actividades de vigilancia participa activamente el Instituto de Salud Pública y la Red de Vigilancia de OPS; además de la aplicación de una estrategia de búsqueda activa permanente de tipo institucional y comunitaria.

Se propone para el próximo quinquenio que los esfuerzos estén centrados en mantener la eliminación del sarampión, es decir, con objetivo de 0 casos autóctonos y evitar la aparición de brotes asociados la importación.

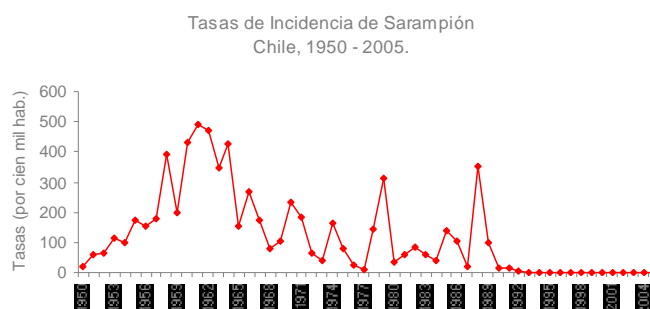
Esta propuesta se fundamenta en que la eliminación se restringe al continente americano, la erradicación es una iniciativa mundial.

Objetivo de desarrollo

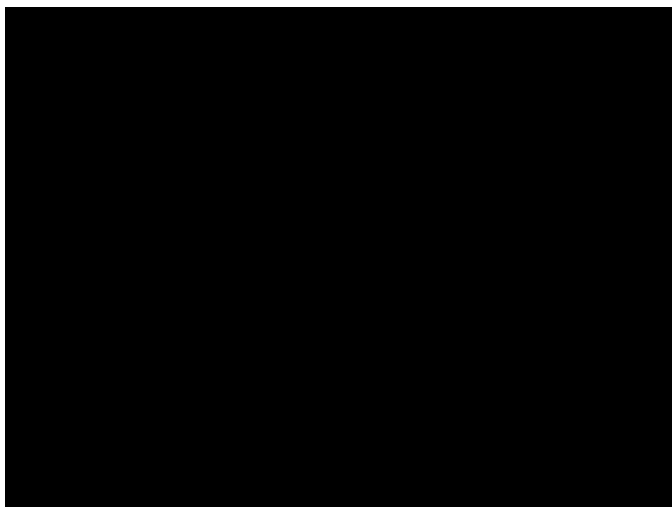
1. Objetivos: Mantener la cobertura de la vacunación contra Sarampión

Meta 2010: cobertura sobre 95%

Grado Cumplimiento: Cobertura máxima alcanzada en 2004 (98,7%)



Las coberturas de vacunación al año de edad durante los años 90 se mantuvieron sobre el 90%, a excepción de 1992 (88%), alcanzando en el 2004 su cifra máxima, con 98,7%¹⁸.



Nuestro país, inserto en el compromiso de los países de las Américas de eliminar la enfermedad en el año 2000, inicia una campaña de vacunación masiva en 1992, logrando una cobertura de 99,6%. Las posteriores campañas fueron en 1996 y 2001, ésta última dirigida a todos los niños entre 1 y 5 años, lográndose una cobertura de un 99%. Recientemente en noviembre de 2005, se realizó una tercera campaña de seguimiento, utilizando por primera vez la vacuna

sarampión-rubéola.

e. RUBÉOLA Y SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA

Antes de la introducción de la vacuna sarampión-rubéola- parotiditis, en forma programática en Chile, la Rubéola mostraba un ascenso sostenido, con brotes cíclicos. En la década de los ochenta se registraron dos grandes brotes, en 1983 y en 1988 con 12.833 y 16.816 casos, respectivamente. A partir de 1990 cuando se introdujo la vacuna, hasta 1996 se observó un descenso paulatino de la incidencia de la Rubéola, afectando principalmente a los menores de 10 años. En 1997 se observó un repunte del número de casos en distintas regiones del país, situación que se mantuvo en 1998 con desplazamiento de la edad de los casos hacia adolescentes y adultos jóvenes, más del 70% correspondió a personas entre 10 y 29 años.

En 2003, los países que integran la OPS se comprometieron a lograr la eliminación de la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita para el año 2010. Esta meta fue adoptada principalmente por la rápida reducción de la carga de enfermedad debido a la efectividad de la implementación de medidas de control de la Rubéola; a la disponibilidad de una vacuna segura y eficaz y a la amplia experiencia adquirida en la región a través de la vacunación de grandes grupos de población. Las estrategias de eliminación en América, son:

1. la integración del sistema de vigilancia Sarampión-Rubéola,
2. la identificación y aislamiento del virus Rubéola,

¹⁸ Datos proporcionados por el P.A.I. Minsal, año 2001.

3. la implementación de un sistema de vigilancia del SRC,
4. la introducción de la vacuna en los programas de rutina y la realización de campañas masivas dirigidas a hombres y mujeres.

Objetivo de impacto

1. Objetivo:

- Ø Mantener incidencia baja en adultos.
- Ø Eliminar síndrome de rubeola congénita (SRC)

Meta 2010:

- Ø No se estableció meta cuantitativa
- Ø SRC: 0 casos

Grado Cumplimiento:

- Ø Tasa de notificación 2000 fue de 4,9 por cien mil hab., y en 2005 de 0,3 (94% reducción)
- Ø En SRC: no se han confirmado nuevos casos desde 2001.

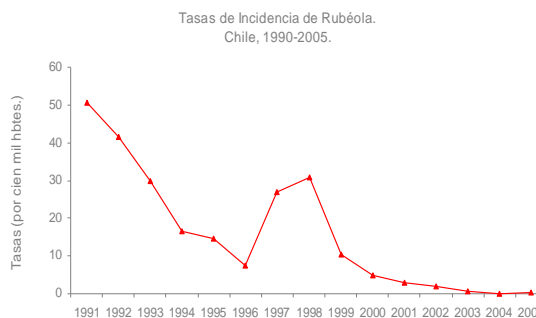
Observaciones:

- Ø Eliminar la rubéola al 2010 a 0 casos autóctonos, asociados a campaña de vacunación a hombres y control de brotes asociados a casos importados.
- Ø Reformular la vigilancia de SRC (TORCH)

Frente a la situación observada en 1997 y a fin de evitar el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC), en Agosto de 1999 se realizó una campaña de inmunización dirigida a mujeres entre 10 y 29 años, alcanzando una cobertura del 99%. El impacto de la campaña se reflejó claramente en el descenso de las tasas de incidencia y en el cambio en la presentación de la edad de los casos. Así, la tasa disminuyó de 31 por 100.000 hab. en 1998 a 11 en 1999, continuando con un descenso progresivo hasta lograr una incidencia de 1,9 por 100.000 hab. en el año 2002 (disminución de un 94%). Asimismo, los menores de 5 años concentraron el 68% de los casos.

En 2003, la tasa fue de 0,8 por cien mil habitantes, lo que representa una disminución del 58% en relación al año anterior. En el año 2004 cuando ya se había implementado la vigilancia conjunta sarampión-rubéola, se confirmaron 3 casos aislados por laboratorio en las regiones metropolitana, del Bio Bio y del General Carlos Ibáñez del Campo.

En el año 2005, se produce el primer brote post-campaña masiva en la región de Valparaíso, de tipo institucional y que afectó a 46 hombres jóvenes; además se



presentó un caso aislado detectado en la Región Metropolitana. A partir del mes de junio, no se confirmaron otros casos de rubéola en el país.

Previo a la campaña de vacunación de 1999, no existía en Chile un sistema de Vigilancia de SRC, la que se puso en marcha en Septiembre de 1999. Durante el primer año de vigilancia se detectaron 18 casos de SRC, catorce de ellos con malformaciones al momento del examen. Desde el 2001 al 2005, no se confirmaron nuevos casos.

A contar del segundo semestre de 2003 se integran las vigilancias sarampión y rubéola, logrando confirmar todos los casos por laboratorio. Del mismo modo, en 2005 se incorporó la vacuna combinada sarampión-rubéola en las campaña de seguimiento contra el sarampión realizada cada 4 años y en las acciones de bloqueo epidemiológico. Además en el 2005 se implementó en el ISP el aislamiento y genotipificación del virus rubéola.

Queda pendiente la integración de las vigilancias de SRC y TORCH, realizada esta última por el ISP.

El compromiso entre los países que integran la OPS, es eliminar la rubéola y SRC para el 2010, cuya meta es tener sólo casos aislados de rubéola entre 2006 y 2007 y 0 casos autóctonos entre 2008 y 2010, así como 0 casos de SRC, por lo que, a pesar de los objetivos planteados aquí debiera .

Objetivo de desarrollo

1. Objetivos: Mantener la cobertura de vacunación contra la rubéola

Meta 2010: cobertura sobre 95%

Grado Cumplimiento: Cobertura sobre 95% durante todo el período, máxima en 2005 (98,7%)

Desafíos en Inmunización

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) tiene por objetivos en Chile:

- § Disminuir la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunas que estén contenidas en el programa del Ministerio de Salud.
- § Erradicar la Poliomiélitis y el Sarampión.
- § Mantener niveles de protección adecuados mediante programas de vacunación de refuerzo a edades mayores.

El Programa Ampliado de Inmunización funciona en forma centralizada en lo que concierne a su normativa y la provisión de vacunas. La adquisición de los

productos biológicos se realiza a través de la Central Nacional de Abastecimiento, quien los distribuye a los 28 Servicios de Salud, según los requerimientos de cada uno, de acuerdo a una programación anual acordada previamente con el Nivel Central.

La operativización del Programa se realiza en forma descentralizada a lo largo del país y a través de aproximadamente de 2000 centros, tanto públicos como privados.

El financiamiento está considerado en la Ley de Presupuesto de la Nación, la que dentro del presupuesto asignado anualmente para el sector salud, considera una partida especial para vacunas. Este respaldo presupuestario y los fundamentos de derecho son los que le dan continuidad al programa y sustentabilidad en el tiempo.

Objetivos de desarrollo

Objetivos:

- Ø Incorporar vacunas para el adulto mayor (antineumocócica).
- Ø Incorporar vacunas para niños en situaciones especiales

Meta 2010: Cambios implementados

Grado Cumplimiento: Se han incorporado nuevas vacunas para niños en situaciones especiales.

No se han incorporado nuevas vacunas para el adulto mayor salvo influenza.

Respecto del objetivo de incorporar vacunas para el Adulto Mayor, se están llevando a cabo gestiones para la inclusión progresiva de la vacuna Pneumocócica polisacárida en población a partir de los 65 años de edad.

Con relación a las vacunas para niños en situaciones especiales, a partir de marzo de 2006, se dispone de vacuna Pneumocócica conjugada y polisacárida, vacuna contra la Varicela, vacuna contra la Hepatitis A y Vacuna Meningocócica C conjugada, para niños con condiciones de salud deterioradas como inmunodeficiencia, asplenia, cáncer, insuficiencia renal crónica, aspirinoterapia prolongada, enfermedad pulmonar crónica, cardiopatía, hepatopatía crónica, defectos congénitos de la coagulación, trasplantes de órganos y de médula espinal, entre otras.

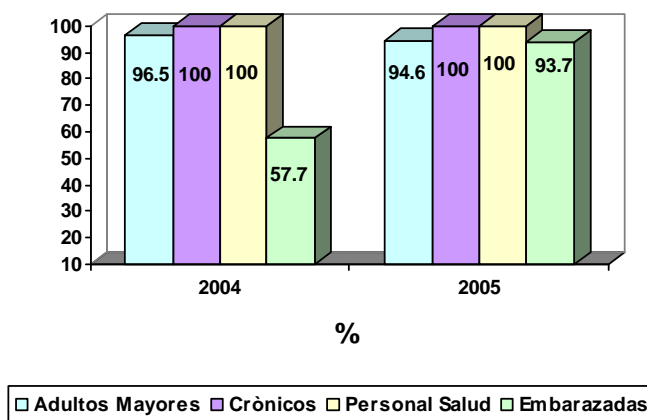
En lo referido a influenza, desde 1975 se realiza una campaña de vacunación contra esta enfermedad, las que están destinadas a grupos específicos de la población como adultos mayores, personas a partir de los 6 meses de edad que son portadoras de algunas enfermedades crónicas para las cuales existe recomendación de vacunación, personal de salud y embarazadas.

Para estas campañas se utiliza la formulación recomendada anualmente por OMS para el Hemisferio Sur. La vacunación se realiza entre la última semana de marzo y

las dos primeras semanas de abril de cada año.

La cobertura de vacunación por grupos objetivos para el 2004 y 2005 se presenta en la gráfica siguiente:

Cobertura de vacunación de influenza por grupo objetivo



Mejorar la cobertura municipal del PAI: El objetivo para inmunización en polio, difteria, tétanos, sarampión y rubéola es alcanzar por lo menos un 95% de cobertura nacional, sin embargo, es necesario

hacer especial énfasis en la existencia de 39% de municipios con coberturas inferiores al 95%, cabe mencionar que estas diferencias pueden estar asociadas a vacunación en otra comuna o a problemas de registro.

Mejoramiento de la red de frío para conservación y almacenamiento de vacunas del Programa de Inmunizaciones: Se están desarrollando estrategias para adquirir refrigeradores, termos, unidades refrigerantes y termómetros, lo que permitirá actualizar y aumentar la capacidad de frío de bodegas.

Habilitación de vacunatorios internacionales: Se define en el nivel local regional de acuerdo a la definición de necesidades de cada SEREMI en base a la demanda local.

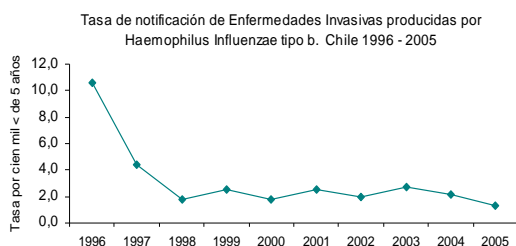
Compromisos internacionales: Chile, a través de su Programa de Inmunizaciones, ha suscrito los compromisos de mantener erradicada la Poliomiélitis en aras de la erradicación mundial prevista para el año 2008 e iniciar estrategias tendientes a la erradicación de Sarampión y Rubéola, de acuerdo a las recomendaciones de OPS, que incluyen la mantención de coberturas de la tercera dosis de vacuna Polio Oral en al menos 95%, a nivel nacional; y realización de campañas periódicas de vacunación de seguimiento con vacuna Sarampión y Rubéola en niños de 1 a 4 años de edad.

4. OTRAS ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

a. INFECCIONES INVASIVAS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B

En 1996 se implementó en nuestro país la vigilancia de cuadros invasivos producidos por Haemophilus influenzae tipo b en niños entre 2 meses y 5 años de

edad. De manera concomitante, se introdujo la vacunación contra este agente en julio de ese año, incorporándola de manera gratuita al calendario de vacunación del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) bajo el siguiente esquema: 2, 4 y 6 meses de edad.



El efecto de la vacunación se evidencia con un brusco descenso de los casos notificados desde 1996 (10,6 por cien mil menores de 5 años) para mantenerse cercana a 2 en el último quinquenio.

En el año 2005, el ISP confirmó 19 casos de infecciones por Hib en el grupo de edad bajo vigilancia. El 58% de los casos

correspondió a hombres. El rango de edad fue de 2 meses a 3 años, con una mediana de 1 año.

b. TOS FERINA (COQUELUCHE)

Desde la introducción de la vacuna DPT en Chile en 1974, los brotes de Tos Ferina se produjeron cada 2 a 4 años con tasas de incidencia y de mortalidad cada vez más bajas. En los 10 años que siguieron a este ciclo, las tasas descendieron en forma importante, sin embargo, entre los años 1996 y 2000, hubo un alza en las tasas de la enfermedad coincidiendo con la situación de otros países de Latinoamérica y Europa, normalizándose a partir del 2001.

Desde entonces, se había observado una baja endemia (tasa de 6,6 por cien mil habitantes el 2004), hasta las últimas semanas de 2005 en que se aprecia un alza en relación al quinquenio anterior, elevando la tasa anual a 7,7 por cien mil.

Respecto a las características de los casos, el 77% ocurrió en niños menores de 5 años, concentrado en los menores de una año (63%) y ligeramente mayor en hombres (53%). Al analizar las tasas (del mayor de 1 año) por grupos de edad, se aprecia que el grupo de adolescentes y adultos hasta 44 años, han aumentado sus tasas en relación a los años previos.



(*): Cod. CIE 10: A37.0 y A37.9

La letalidad de la enfermedad en el mundo es inferior al 1% y en Chile, en los últimos años, es de aproximadamente 0,2 a 0,4% (entre 5 y 11 muertes anuales). En el año 2003, último año con datos de mortalidad disponible al momento de la

publicación este informe, se produjeron 11 muertes, 10 de ellas fueron diagnosticadas como "Tos Ferina sin especificar".

c. INFLUENZA

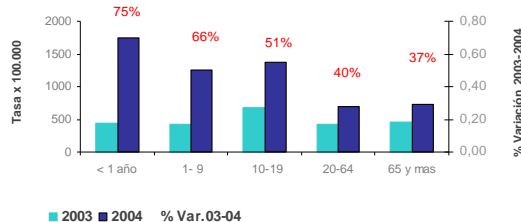
El sistema de vigilancia en influenza tiene como objetivo detectar el brote estacional de esta enfermedad oportunamente e identificar y caracterizar las cepas de Influenza. Esta vigilancia tiene tres componentes y la información se integra a nivel central: vigilancia de morbilidad, vigilancia etiológica y monitoreo de la mortalidad.

La vigilancia de morbilidad se realiza a través de Centros Centinelas ambulatorios. Comprende notificación obligatoria semanal de casos agregados por edad y sexo, de acuerdo a una definición de caso específica.

Actualmente existen 34 establecimientos de atención primaria distribuidos en todas las regiones del país, con una población bajo vigilancia de aproximadamente 1.200.000 personas. Esta información se dispone a partir del año 2003. En 7 centros centinela existe además toma de muestras respiratoria para confirmación de casos (Regiones de Valparaíso, del Bio Bio y Metropolitana). Además se realiza vigilancia etiológica a través de la detección viral en muestras clínicas recibidas en la red de laboratorios de diagnóstico rápido por IFI (Inmunofluorescencia indirecta) del Instituto de Salud Pública (ISP), (19 laboratorios centinela en 9 regiones del país) y monitoreo de las defunciones por influenza y neumonía, a través de los certificados de defunción.

La influenza se presenta habitualmente en el país durante los meses fríos, con brotes epidémicos cada 3 o 4 años. En el año 2004 el número de casos superó en 2 veces lo observado a igual período de 2003 (5.143 casos), considerándose epidémico.

Tasas de Notificación de Influenza por grupos de edad.
Vigilancia Centinela. Chile 2003-2004

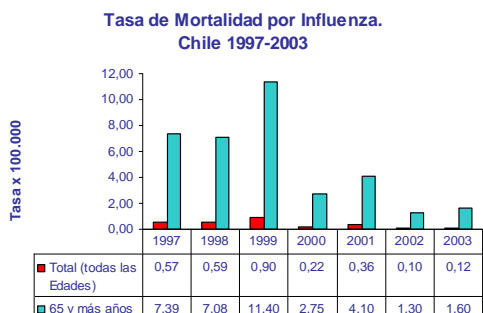


En 2005, el incremento estacional fue más tardío, llegando a su máximo en la semana 25, con una tasa de notificación de 60 casos por cien mil habitantes. La tasa acumulada nacional, corresponde a 633 casos por cien mil hab., inferior a lo observado a igual fecha del año 2004.

El número de casos proyectados para el 2005, fue de 102.142, mientras que a la misma fecha de 2004 era de 170.885 casos.

Al comparar las tasas por grupo de edad, en relación al año anterior, se puede observar que en el 2004 todos los grupos aumentaron sus tasas de notificación y

que el diferencial respecto al año 2003 es significativamente menor en el grupo de 65 y más años (37%). Esto podría ser resultado del programa de vacunación en ese grupo de edad.



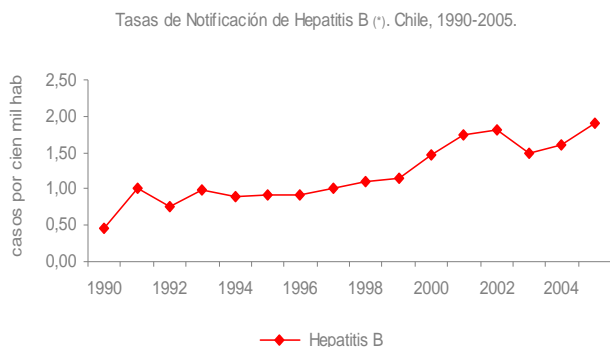
En la última década se han presentado variaciones de la mortalidad cada tres años, asociado a brotes epidémicos de Influenza. En el año 2001 se registraron 56 defunciones por esta causa (tasa de 0,4 x 100.000 hab.), un tercio de la alcanzada en 1999, año igualmente epidémico. El 82% de las defunciones ocurrió en personas de 65 años y más (tasa de 4,1 x 100.000 hab.).

En los años 2002 y 2003 se observa una baja mortalidad por esta causa (16 y 19 defunciones respectivamente). Al analizar las tasas de mortalidad por neumonía en los años epidémicos se observa una mayor mortalidad de los grupos de 65 y más años en 2001, año epidémico, con una tendencia al descenso.

Con relación a vigilancia animal, es el Servicio Agrícola y Ganadero, dependiente del Ministerio de Agricultura, el organismo oficial facultado y responsable de la aplicación de las medidas de prevención y control relativas a la sanidad animal. El Departamento de Alimentos, Vectores y Zoonosis del MINSAL se coordina con este Servicio y supervisa las medidas de prevención y control.

d. HEPATITIS B

La vigilancia de la Hepatitis B en Chile es universal, de notificación diaria caso a caso y de laboratorio de acuerdo al Decreto N° 158. Estas notificaciones corresponden en la actualidad principalmente a pesquisas realizadas en Bancos de Sangre. Por esta razón, no es posible conocer la magnitud real de esta enfermedad en el país.



(*)1990-1999 : CIE9 códigos 070.2 y 070.3.

(*)2000-2003 : CIE10 códigos B16.0, B16.1, B16.2, B16.9, B18.1 y B18.2

En el mundo hay aproximadamente 350 millones de portadores crónicos de hepatitis B, de los cuales, un porcentaje importante de portadores son detectados sólo en los bancos de sangre.

La tendencia de las tasas obtenidas sobre la base de este tipo de notificación, se presentan en la figura siguiente.

Entre 1990 y 1996, las tasas de notificación presentaron fluctuaciones entre 0.47 y

0.92 por cien mil hab. desde 1997, éstas comienzan a incrementarse. El aumento de las tasas verificado en los últimos años, se debería principalmente al incremento de la notificación por parte de los bancos de sangre.

El estudio de prevalencia de la enfermedad realizado en el año 2003, por la Encuesta Nacional de Salud (ENS), constituido por una muestra representativa de la población mayor de 17 años dio como resultado que la prevalencia de portación del antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B es de 0,0% (I.C. 95% 0,0-0,3%).

Actualmente, se realiza vacunación de grupos de riesgo: personal de salud y pacientes en programa de hemodiálisis crónica. Se está discutiendo la incorporación de la vacuna en el calendario de vacunación infantil.

5. OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

a. ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

Objetivo de impacto

1. Objetivo:

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

Meta 2010:

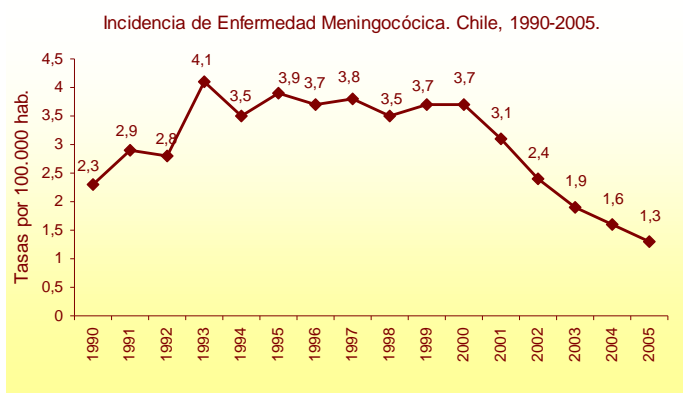
- Ø No cuantificada.
- Ø Letalidad bajo 10%

Grado Cumplimiento:

- Ø Reducción del número de brotes. Endemia baja (1,5 por 1000 en 2005)
- Ø Letalidad variable entre 10% a 5,5% (no estable). Durante 2005 de 5,5%.

Observaciones al Objetivo: Reorientar objetivo de brotes a "Reducir la proporción de casos secundarios"

La incidencia de la enfermedad meningocócica muestra una tendencia al descenso a partir del 2001, cuando cambia la presentación de la enfermedad a una endemia baja (con tasas de 2,7 por cien mil hab. y menos). En el año 2005, la incidencia de la enfermedad alcanza los 1,3 por cien mil hab., la más baja observada hasta la fecha (ver gráfico). La presentación habitual de los casos es en forma aislada (casos primarios) o en pequeños brotes.



Por otra parte, la tasa de letalidad ha mostrado cierta inestabilidad desde 1990 a

2005, superando en 2001 y 2003 el 10% establecido en la meta, en 2005 fue de 6%.

Objetivos de desarrollo

Objetivos:

- Ø Detectar casos en forma oportuna y actuar precozmente en su control.
- Ø Controlar brotes por Meningitis C en la población, a través de la vacunación.

Meta 2010: Detección precoz y control de brotes

Grado Cumplimiento: Se detectaron oportunamente dos brotes (Concepción 2000 y Aysén 2002), se realizaron las campañas de vacunación A y C en grupos de riesgo de comunas afectadas.

Observaciones al Objetivo:

Desde la década del 80 se observa un franco predominio del Meningococo B, representando prácticamente la totalidad de los casos aislados. A partir de 1994, el ISP detecta un cambio en el perfil del serogrupo de las cepas, evidenciando un resurgimiento del meningococo C, el que fue aumentando en forma progresiva en los años siguientes, alcanzando en 1999 un 20% y en el 2002 un 19%, en ambos años este serogrupo generó brotes.

Con la reaparición del Meningococo C, se incluyó a la vigilancia la definición de brote por este serogrupo, basados en los criterios del CDC y adaptados por la Comisión Nacional del PAI en el año 2000. Como medida de bloqueo epidemiológico, en los Servicios de Salud Concepción y Aysén que presentaron brotes durante el año 2000 y 2002, se realizaron campañas de vacunación dirigidas a los grupos de riesgo de las comunas afectadas.

b. FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA, HEPATITIS A Y DIARREAS.

Objetivos de impacto

Objetivo:

- Impedir la aparición de brotes epidémicos de Fiebre Tifoidea (FT) y paratifoidea (PFT), Hepatitis A y otras entéricas.
- Reducir la variación estacional del número de casos de estas enfermedades
- Mantener la tendencia al descenso de la mortalidad por estas causas

Meta 2010: Mantención tendencias al descenso.

Grado Cumplimiento:

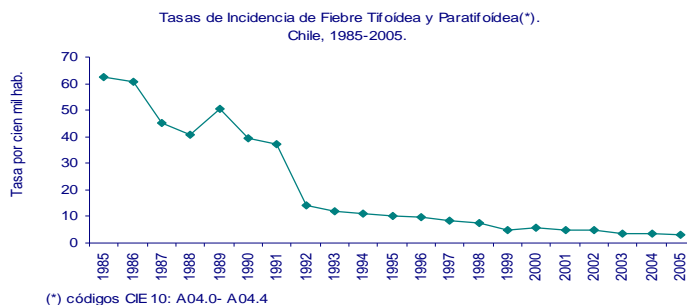
- FT y PFT: Reducción de la incidencia, no hay brotes epidémicos.
- Hepatitis A: Ha habido brotes pero de magnitud menor
- Diarreas: Han habido brotes por calicivirus y vibrio parahaemolyticus.
- Aplanamiento del comportamiento estacional de hepatitis A y FT.
- Tasa de mortalidad por diarrea en menores de 5 años se redujo en un 46% entre 1999 y 2003, de 1,1 a 0,6 por cien mil.
- Tasa de mortalidad por hepatitis A se mantiene estable en 0,5 por cien mil.

Observaciones: es necesario contemplar como objetivo de desarrollo el

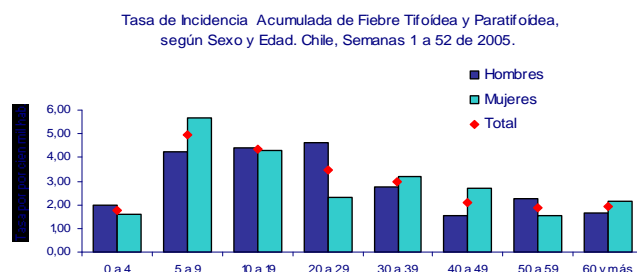
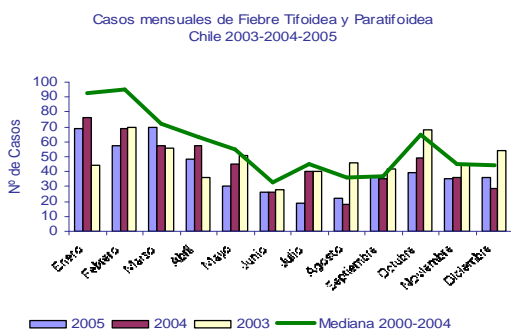
tratamiento oportuno de los contactos en casos de brotes de Hepatitis A.

c. FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA

En Chile, es una enfermedad endémica aunque se ha observado un cambio en la presentación, evolucionando a una endemia baja, dada por una sostenida tendencia al descenso observada desde 1984 ocurriendo con frecuencia en forma de brotes localizados en Escuelas o Jardines Infantiles asociados al consumo de agua y alimentos de mala calidad bacteriológica. Desde 1992, el descenso es menos marcado, pero se mantiene, llegando a alcanzar tasas de 3 por cien mil habitantes desde el año 2004.



En esta patología, según grupos de edad, los mayores riesgos se encuentran entre los 5 y 19 años, similar en ambos sexos. Destaca el grupo de 20 a 29 años donde los hombres duplican la incidencia de las mujeres.



En los meses de Marzo, Octubre y Noviembre se produce un aumento estacional de la Fiebre Tifoidea y Paratifoidea. En el año 2005, los casos se distribuyen en todo del país, sólo la región de Atacama se mantienen sin notificación. Las regiones con los mayores riesgos son la de Antofagasta, de Los Lagos, del Bio Bio y O` Higgins.

d. HEPATITIS A

En los últimos 20 años, las tasas de incidencia de Hepatitis A, han presentado fluctuaciones. Entre 1991 y 1993 se produjo una disminución importante en la incidencia debido principalmente a la campaña de prevención de Cólera. A contar de 1993, se produce un incremento, alcanzando el nivel máximo en 1995, con una incidencia de 108,7 por cien mil habitantes. Esto implica una presentación en ciclos epidémicos, desencadenados por la acumulación de población susceptible.

El ciclo epidémico más reciente se inició el año 2002 (2001 en algunas regiones) y se mantuvo en 2003. Durante el año 2004, la hepatitis A tuvo una presentación dentro de lo esperado y el año 2005, un 62,4% menos de lo observado el año anterior en igual período y un 57% menos que lo esperado para un año no epidémico; alcanzando una tasa de incidencia acumulada de 14,4 por cien mil habitantes.

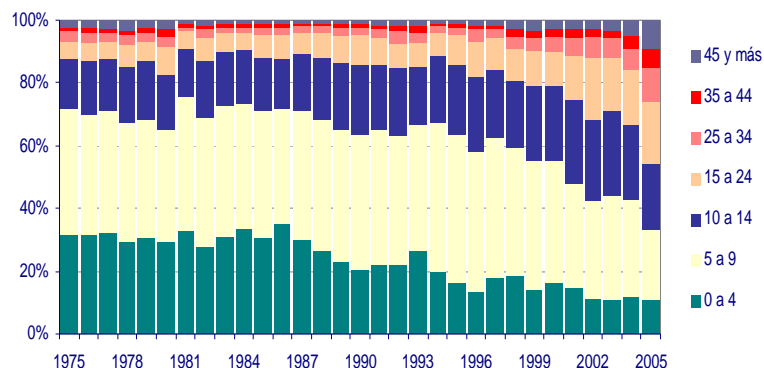
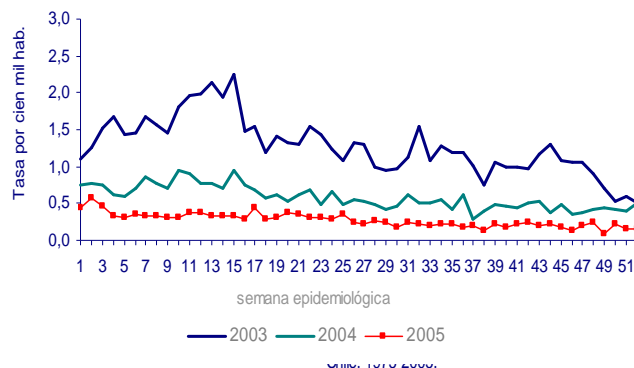
Las tasas de incidencia semanal en el año 2005 se mantuvieron bajo lo observado en los años 2003 y 2004, sin observarse un aumento estacional, manteniéndose alrededor de 0,3 casos por cien mil hab.

Respecto a la distribución por grupos de edad, la mayor tasa de incidencia acumulada la presenta el grupo de 5 a 9 años (34 por cien mil hab.), seguido por el de 10 a 14 (30 por cien mil hab.) y destaca un aumento en la importancia relativa del grupo de 15 a 24 años de edad.

Las actividades realizadas durante este período para alcanzar los objetivos en Hepatitis A. son:

§ Actualización de la circular y normativa de hepatitis A: incorpora el uso de

Tasa de Incidencia Semanal de Hepatitis A y Hepatitis Viral Sin Especificación.
Chile, 2003- 2005 (hasta semanas 52).



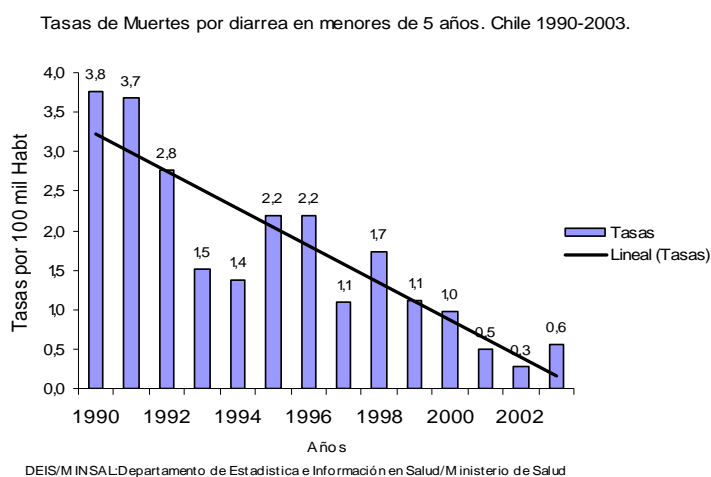
Fuente: Base de datos de ENO. Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud. Diagnósticos utilizados: 1975-1979: hepatitis infecciosa, 1980-2001: todas hepatitis agudas excepto B, 2002-2003: hepatitis A y hepatitis aguda viral sin especificación.

vacuna anti-hepatitis A para el control de brotes e investigación ambiental.

- § Adquisición de vacunas de hepatitis A con fondos de Proyecto Emergentes (se utilizaron 13 mil dosis en el período 2004-2005).
- § Encuesta Nacional de Salud (ENS): Prevalencia Hepatitis A en mayores de 45 años fue de 98,5% y en personas de 17 a 25 años fue de 65,2%.
- § Implementación de técnica diagnóstica para confirmación de brotes por ISP.
- § Estudio de modelamiento geográfico-espacial de la epidemia de hepatitis a nivel nacional y Gran Santiago, en colaboración con la Universidad de Santiago.

e. DIARREAS

Las actuales condiciones sanitarias y nutricionales chilenas han permitido que estas enfermedades no figuren entre las principales causas de morbilidad en los niños. En el año 1992 según datos de la OPS, en niños menores de 5 años, se estimó 1,5 episodios anuales¹⁹.



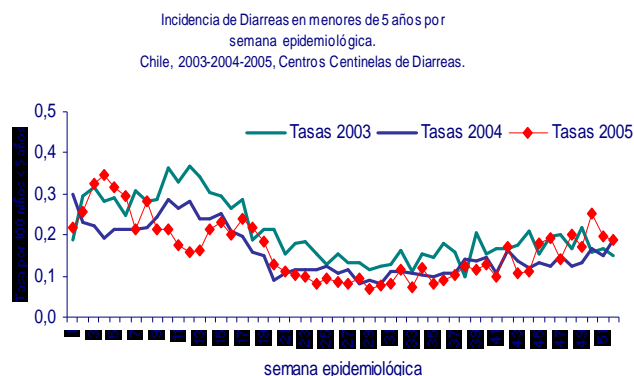
La tasa de mortalidad por diarrea en menores de 5 años en 2003 fue de 0,6 por 100.000, lo que implica una reducción del 45% con respecto a la tasa observada en 1999 (1,1 por 100.000).

En Chile, a raíz de la epidemia del cólera en Perú en 1991, se reforzó la vigilancia epidemiológica de las diarreas agudas y se estableció la notificación de todas las diarreas con deshidratación.

Dado que en nuestro país las diarreas en los menores de 5 años son una patología de alta frecuencia y baja mortalidad, en el Reglamento vigente sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles de Declaración Obligatoria (DS N° 158) se establece la vigilancia a través de Centros Centinela, con dos componentes a implementarse en etapas sucesivas: la vigilancia de morbilidad, que dará cuenta de la magnitud del problema (tasas de incidencia por edad y sexo), y la vigilancia etiológica, que permitirá conocer las causas más frecuentes de diarrea en niños.

¹⁹ Fuente: "Las condiciones de Salud en las Américas" 1994.

La vigilancia de la morbilidad se inició en el año 2002 con la integración progresiva de las regiones. Existen 32 Centros Centinelas funcionando a lo largo del territorio, lo que equivale al 7% de la población menor de 5 años. Durante el año 2005 la tasa fue de 9 casos por cada 100 niños. La diarrea en este grupo de edad, tiene una presentación estacional, concentrándose el mayor número de casos en los meses de verano (semana epidemiológica 1 a la 16) y con un aumento menor en primavera.



Los agentes más frecuentes son: Shigella seguida por Salmonella y E.coli enteropatógeno.

Entre otras actividades realizadas para este tipo de enfermedades se han desarrollado campañas comunicacionales de prevención, ampliándose hacia otras enfermedades entéricas, como cólera, diarrea y fiebre tifoidea; y difusión de las medidas de prevención de enfermedades entéricas en establecimientos de salud y educación con afiches, cartillas y obras de teatro.

Objetivos de desarrollo

Objetivos:

- Ø Aumentar coberturas de saneamiento básico
- Ø Seguridad alimentaria: Mantener los programas de supervisión y fiscalización en instituciones donde se preparan alimentos
- Ø Realizar vigilancia de brotes

Meta 2010: Programas implementados.

Grado Cumplimiento:

- Ø Hubo incremento en el período tanto en cobertura de agua potable como alcantarillado en zonas urbanas.
- Ø En implementación modificaciones a las estrategias de supervisión y fiscalización.

Observaciones

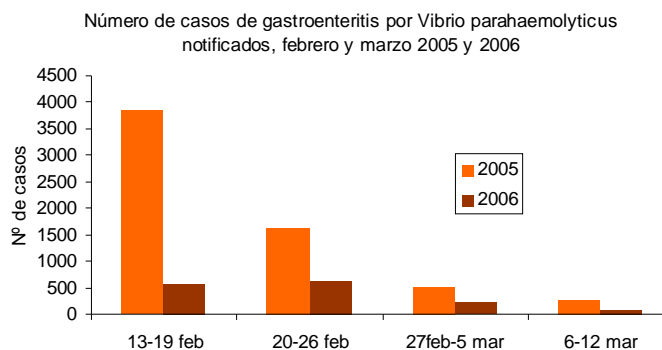
Seguridad alimentaria: incrementar el número de establecimientos de alimentos con Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) implementadas.

Chile se caracteriza por contar con altas coberturas de saneamiento básico. Para el año 2000 la cobertura urbana de agua potable fue de 99,6% (todas las regiones sobre el 95%), alcantarillado de 93,3% (rango entre 99,8% en la Región Metropolitana y 79,9% en la Región de O`Higgins). La cobertura agua potable, en 2003, alcanzó 99,8% y de alcantarillado a 94,7%. Mientras que la cobertura de

tratamiento de las aguas servidas en 2000 se estimó en 20,9% y en 66% el año 2003. Respecto de la cobertura de agua potable en zonas rurales, se abordará en el capítulo de determinantes ambientales.²⁰

Con relación a la seguridad alimentaria, el nuevo enfoque en la gestión del programa de control de alimentos con énfasis en la prevención, hace necesario deponer, de forma progresiva, el clásico sistema de fiscalización de comando y control, centrado en la calidad sanitaria del producto final, para lograr la masificación de nuevos instrumentos de gestión que optimicen el uso de los recursos y garanticen resultados de inocuidad, seguridad y nutrición, como es el caso de las Buenas Prácticas de Manufactura.

Además, se trabaja en la homologación de criterios entre las Seremi de Salud, así como la creación y perfeccionamiento de los recursos humanos abocados a las tareas de fiscalización de establecimientos donde se prepara alimentos.



Esta estrategia permitirá, de manera sostenida, optimizar el uso de recursos focalizando los esfuerzos en los riegos sanitarios.

Por lo anterior, se propone reorientar el objetivo de mantener los programas de supervisión y fiscalización en instituciones donde se preparan alimentos, en términos de incrementar el número de establecimientos de alimentos con Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) implementadas.

Respecto de los brotes de enfermedades entéricas, el objetivo de impedir la aparición de brotes epidémicos de enfermedades entéricas, no se ha cumplido, ya que se han observado importantes brotes, como el de *Vibrio parahaemolyticus* en 2005 y, en menor medida, en 2006. Esta situación se produce en un escenario de emergencia o reemergencia de patógenos, con la consecuente aparición de enfermedades nuevas y otras que se creían controladas.

Uno de estos patógenos emergentes es el *Vibrio parahaemolyticus*, cepa pandémica O3K6, que ha generado brotes en países como Japón y Estados Unidos. La aparición de este patógeno en las costas chilenas, junto al masivo consumo de mariscos y las deficiencias en la conservación de la cadena de frío de los mismos, facilitaron la aparición de un gran brote en 2005. Frente a esta situación, y la

²⁰ Información Superintendencia de Servicios Sanitarios.

imposibilidad de controlar la aparición de nuevos agentes patógenos, el objetivo del Ministerio de Salud es, fundamentalmente, detectar y controlar oportunamente estos brotes. En efecto, las medidas de prevención y control adoptadas en 2006 permitieron reducir la magnitud del brote, a través de campañas comunicacionales masivas sobre prevención de enfermedades entéricas y la intervención oportuna para impedir la propagación de la enfermedad.

6. NUEVOS DESAFÍOS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS

a. MENINGITIS VIRALES

Las meningitis virales por enterovirus están ampliamente distribuidas alrededor del mundo; tienen una presentación cíclica con brotes cada 3-6 años, alcanzando el mayor número durante las épocas de verano y otoño.

Los virus pueden persistir en la orofaringe entre 1 a 4 semanas, y en heces, entre 1 a 18 semanas, después de la infección aguda. El período de incubación varía dependiendo del agente, siendo lo habitual entre 2 a 10 días.

La vía de transmisión de los enterovirus se asocia a la infección fecal-oral y se considera como probable causa de generación del brote, debido a la diseminación del virus por medio de aguas contaminadas. El contagio se mantiene por contacto directo persona a persona. Otras vía de diseminación encontrada en brotes en otros países, es la vía aérea por aerosolización de aguas servidas.

El anterior brote de gran magnitud conocido en Chile, previo al ocurrido en 2005, se presentó en el año 2000 y afectó a gran parte de la región metropolitana y de la II región.

A partir de septiembre de 2005, Epidemiología de la SEREMI de la Región de la Araucanía notificó los primeros casos de Meningitis viral. Posteriormente, se fueron sumando otras 6 regiones, es así que hasta enero de 2006, se habían notificado 1.051 casos desde la Región de Coquimbo a la de Los Lagos, con excepción de la del Maule. Del total de casos, la mitad se presentó en la Región de la Araucanía. Cabe destacar que, a la fecha, sólo algunas regiones continúan notificando casos de forma esporádica, lo que refleja la declinación del brote a nivel nacional.

La etiología de este brote fue confirmado a enterovirus y subtipificado como Echovirus 30 por el Instituto de Salud Pública.

b. INFLUENZA AVIAR

A raíz del brote de Influenza Aviar ocurrido en Chile en 2002, se reforzó las

medidas para evitar el ingreso de Influenza Aviar, entre otras patologías de interés en salud animal. En la actualidad el SAG realiza las siguientes actividades de control: aplicación de Resolución que prohíbe el ingreso de aves y productos avícolas desde países con casos de influenza aviar; mantención de la vigencia del plan de contingencia para enfrentar un eventual brote; vigilancia serológica en plantales de aves del país, y otros animales susceptibles; evaluación permanente de los antecedentes de Influenza Aviar en los países de acuerdo a informaciones oficiales de la OIE (Organización Mundial de Salud Animal) y otras fuentes.

El SAG realiza vigilancia en aves, cerdos y caballos, no detectándose brotes de influenza aviar desde el año 2002 y reforzando la vigilancia en aves silvestres en el contexto de la preparación para pandemia de influenza.

El Ministerio de Salud de Chile, dado los actuales escenarios epidemiológicos de riesgo de pandemia de influenza y de acuerdo a recomendaciones internacionales y compromisos suscritos por el Ministerio de Salud, elaboró un Plan de Preparación para una Pandemia de Influenza. Para ello, durante el año 2004 en Chile, se constituyó la Comisión Nacional de Respuesta a Brotes y Emergencias Sanitarias, encabezada por la Subsecretaría de Salud y con la Secretaría Ejecutiva a cargo del Departamento de Epidemiología del MINSAL. Esta comisión elaboró las recomendaciones para la implementación de las medidas de vigilancia, medidas de prevención y control, medidas de salud pública, estrategia comunicacional y preparación de la red asistencial, para el enfrentamiento de las distintas fases de la Pandemia. Durante el año 2005 se dio a conocer este plan, el cual debe ser permanentemente revisado y actualizado de acuerdo a los escenarios epidemiológicos y avances en el conocimiento de esta enfermedad para su prevención y control.

Con estos antecedentes se propone incorporar como objetivo:

Mantener en el MINSAL el "Plan de preparación para enfrentar una pandemia actualizado, cuyo objetivo es reducir el impacto en mortalidad, morbilidad, impacto económico y desorden social"
