



así quiero al
maule
puro ñeque, puro corazón

Estudio Temático:
Salud de la Región del Maule
Proceso de Actualización ERD Maule 2008-2020

Resumen ejecutivo

En el presente informe se muestran los resultados del estudio temático de salud de la Región del Maule: una mirada desde la prevención, realizado por el equipo del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Talca.

Se realizó un diagnóstico de la Región en cuanto a la morbilidad y los recursos humanos disponibles para prevenir enfermedades y promover la salud, a través de revisión de información secundaria, tanto a nivel nacional como regional, además se realizó un taller y entrevistas a expertos para detectar las variables relevantes para el desarrollo de la región.

Determinantes sociales y económicos. En cuanto a la cobertura de agua potable, la región está 0,5 puntos por debajo de la cobertura nacional, el 99,7% de la población dispone de energía eléctrica y el 1% no dispone de un sistema de eliminación de excretas. Un 46% de la población Maulina indica que el principal problema de contaminación percibido es la presencia de perros vagos.

Demografía, mortalidad y morbilidad. En el Maule habitan 908.097 personas según Censo 2002, con un índice de masculinidad de 99,5. La población rural es la más alta del país con un 32,9%.

La tasa de natalidad y la tasa de mortalidad infantil presentan una tendencia declinante tanto a nivel nacional como regional.

Las enfermedades cerebrovasculares, enfermedades isquémicas del corazón, otras enfermedades del corazón son las tres principales causas de muerte de la Región y las causas de morbilidad con mayor porcentaje para el período 2004- 2005 son los traumatismos, envenenamientos y algunas otras causas externas y las enfermedades respiratorias.

Salud de grupos de población

Salud de los niños de 0- 4 y 5- 9 años. A nivel nacional la tasa de infantil fue de 7,9 por mil nacidos vivos y en la Región fue de 8,1. La mortalidad infantil neonatal fue de 5,2 por mil nacidos vivos, siendo la más alta de las tasas de mortalidad que componen la mortalidad infantil.

La tasa de mortalidad Regional para niños de 1 a 4 años en el año 2005 fue de 0,54 y de 0,22 en niños de 5 a 9 años (tasa por mil habitantes). El grupo de mayor proporción de muertes infantiles correspondió al sexo masculino, con 60,5%.

La principal causa de muerte en niños menores de 1 año son las malformaciones congénitas deformidades y anomalías, en cuanto a la morbilidad según egresos hospitalarios en el grupo de 0 a 4 años del periodo 2004-2005 esta dado principalmente por enfermedades del sistema respiratorio.

En niños menores de 6 años hay un 15% de sobrepeso y 7,1% de obesidad.

La proporción de niños con lactancia exclusiva a la edad de 6 meses en la Región alcanza al 37,5%.

Salud de los Adolescentes (10 – 19 años). El mayor porcentaje de las mortalidades es debido a causas externas, y en cuanto a la morbilidad según egresos hospitalarios para el periodo 2004-2005 esta dado mayoritariamente por el embarazo, parto y puerperio. Los problemas de salud que están en aumento en esta población a nivel nacional son: consumo de marihuana, violencia, síntomas depresivos y ansiosos, intento de suicidio, trastornos alimentarios y complicaciones metabólicas de la obesidad.

En el Maule, la edad promedio de inicio sexual de la población de 15 a 19 años es de 16 años, tanto para hombres como mujeres y el 68% usaron condón en su primera relación sexual. La prevalencia de consumo de cualquier droga ilícita en la Región del Maule es de 3,7%.

Población Adultos 20 a 64 años. La principal causa de morbilidad para este grupo de la población es el traumatismo y envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas. La morbilidad esta dada por las enfermedades cardiovasculares y cáncer.

En la población de 20 a 44 años, el 45,3% de los hombres ha fumado en el último mes y 39,6% de las mujeres; el 40% de los hombres y el 6,6 % de las mujeres son bebedores problema; el 48 % declara consumir frutas y verduras todos los días; el 15% de los hombres y solo el 6,7% de las mujeres practica deporte o realiza alguna actividad física fuera del horario de trabajo, presentándose la misma tendencia de inactividad en la muestra de 44 a 64 años.

Población mayor de 65 años. En la Región las tres principales causas de muerte en las personas mayores de 65 años son: enfermedades cerebro vasculares, enfermedad isquémica del corazón y otras formas de enfermedades del corazón. En la Región del Maule las tres principales causas de morbilidad en el grupo de personas de más de 65 años son: enfermedades del sistema respiratorio (3.148 consultas), enfermedades del sistema circulatorio (2.750 consultas) y enfermedades del sistema digestivo (1.875 consultas). El 37% de los adultos mayores son discapacitados y el 6% tiene más de una discapacidad.

Salud de los grupos étnicos. El 1,2% de las personas que pertenecen a alguna etnia se encuentran en la región del Maule.

Las condiciones de salud son más deterioradas para los pueblos indígenas que viven en centros urbanos que para aquellos que viven en población rural, además en las zonas de alta concentración indígena existen tasas mayores de TBC.

Salud de los Trabajadores. En el año 2004, el 38% de la población trabajadora del país y el 51,7% de los Maulinos se encontraban desprotegidos por el seguro laboral.

La tasa de accidentabilidad se ha mantenido estable durante el periodo 2000-2004. Entretanto, en el año 2005 la tasa de accidentabilidad representa una disminución con respecto al año 2004.

Salud de las personas con discapacidad. En la Región del Maule 17,7% de la población presenta discapacidad, principalmente el grupo etario que va de los 30 a los 65 años. Del total de la población con deficiencias en la Región, los mayores porcentajes corresponden a deficiencias físicas y visuales.

Recursos Humanos de la Red Asistencial de la Región del Maule

En cuanto a la dotación de médicos, la Región del Maule presenta alrededor de 6 médicos por 10.000 habitantes, siendo la segunda más bajas del país.

En el año 2004 se estimaba que había un enfermero/a por cada tres médicos, se señala que en el año 2006 el déficit de enfermeras en el sistema público de salud era de 48%.

A nivel Regional el número de horas de profesionales por 1.000 habitantes es bajo. Existen 6,9 horas odontólogo y 25 horas médico por cada 1.000 habitantes.

El Índice de Medicina Preventiva en la Región tuvo un incremento de 61% en el período 1999-2003, observándose grandes variaciones a nivel comunal. Sin embargo el año 2003 el 67% de la población de la Región beneficiaria de los programas existentes no tuvo acceso a prestaciones preventivas.

Las variables claves para el desarrollo seleccionadas son: Atención integral de la salud, Equipo de salud, Infraestructura y equipamiento, Prevención de enfermedades y Promoción de la salud.

Conclusiones

Las enfermedades cardiovasculares y cáncer son las que provocan el mayor número de muertes y enfermedad en la Región. La población tiene estilos de vida perjudiciales para la salud, como tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y obesidad.

La mayoría de las patologías que enferman y matan a la población son prevenibles, sin embargo un bajo porcentaje de la población tiene acceso a medidas preventivas.

Índice

Resumen ejecutivo	1
Índice	4
1. Introducción	5
2. Salud en la Región del Maule: Una mirada desde la prevención	6
3. Metodología	10
4. Objetivos	11
4.1 Objetivos generales:	11
4.2 Objetivos específicos:	11
5. Resultados	12
5.1. Caracterización de la Región del Maule	12
5.1.1. Contexto general	12
5.1.2. Determinantes sociales y económicos	13
5.1.3. Demografía, mortalidad y morbilidad	15
5.2. Salud de grupos de población	25
5.2.1. Salud de los niños de 0- 4 y 5- 9 años (S.S. Maule, 2006; DEIS 2008)	25
5.2.2. Salud de los Adolescentes (10-19 años)	27
5.2.3. Salud de la Población Adulta de 20 a 64 años (S.S. Maule; 2006; DEIS, 2008)	31
5.2.4. Salud de la Adultos Mayores de 65 años	34
5.2.5. Salud de los grupos étnicos	39
5.2.6. Salud de los trabajadores	40
5.2.7. Salud de las personas con discapacidad	43
5.3. Causas posibles que hacen a la Región del Maule tener una mayor mortalidad que el país 44	
5.4. Recursos Humanos de la Red Asistencial de la Región del Maule	54
5.5. Actividades Preventivas realizadas en la Región del Maule	58
5.6. Selección de variables claves para el desarrollo Regional	60
5.6.1. Variables claves para el desarrollo Regional	61
6. Conclusiones	89
7. Bibliografía	91
8. Anexo: Mortalidad por grupo etario	100

1. Introducción

Este informe tiene como propósito central presentar los resultados del estudio temático de salud de la Región del Maule: una mirada desde la prevención, realizado por el equipo del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Talca. Este trabajo es parte de los servicios encomendados por el Gobierno Regional, a través de su División de Desarrollo Regional, a la Universidad, dentro del marco de la “Consultoría para la Actualización de la Estrategia Regional de Desarrollo para la Región del Maule.

Este informe se basa en la revisión de información secundaria relativa a la morbimortalidad de la Región, recursos humanos disponibles y prestaciones preventivas realizadas en los centros de salud de la Región y en entrevistas realizadas a actores claves en el área de la salud de la Región. Entre éstos cuentan: Sra. Sofía Ruz Arellano, Secretaria Regional Ministerial de Salud; Dra. Luz Peñaloza Serrano, Sub-Directora (S) del Servicio de Salud del Maule (S.S. Maule); Dr. Jorge Toro Albornoz Jefe Departamento de Enfermedades Transmisibles y Emergentes del Ministerio de Salud (MINSAL); y ex Director del Servicio de Salud del Maule en el período 2003-2005; Dr. Roberto Baechler Rojas, Jefe Departamento de Epidemiología e Información para la Gestión, Servicio de Salud del Maule; Sra. Julia Villalobos Maldonado, Jefa Departamento de Salud Pública y Planificación Sanitaria de la Secretaría Regional (SEREMI) Ministerial de Salud; Dra. Alexi Ponce Rivadeneira, Encargado de la Unidad de Epidemióloga de la SEREMI de Salud, Srta. Carolina Loren Vasquez Encargada de la Unidad de Promoción de la Salud SEREMI de Salud.

La selección de las variables relevantes para el desarrollo de la Región se realizó a través de las entrevistas y en un taller donde se convocó actores del área pública y privada que se desempeñan en el área de promoción de la salud, epidemiología y gestión de la salud.

El informe esta organizado en una presentación del estudio de salud, objetivos, metodología, resultados, conclusiones y variables claves para el desarrollo de la Región. Esta última sección incluye la definición de la variable, su relevancia, situación actual, estado tendencial, estado deseado, restricciones a la disminución de brechas y finalmente lineamientos estratégicos.

2. Salud en la Región del Maule: Una mirada desde la prevención

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la salud es un derecho humano fundamental y todas las personas deben tener acceso a los recursos sanitarios básicos (OPS, 2001). Esta premisa es fundamental para abordar la salud de las poblaciones. Sin embargo, lo que se entiende por salud es algo que ha evolucionado a través de la historia. Salud es un constructo que ha ido evolucionando en el tiempo, desde el concepto mágico de la salud, donde la enfermedad era el resultado de la introducción de malos espíritus en el cuerpo humano, pasando por el concepto que las enfermedades eran el castigo de los Dioses; la teoría de los miasmas, donde las enfermedades eran producto de las emanaciones fétidas de suelos y aguas impuras; la fisiológica, donde la salud se concibió como el estado de armonía y equilibrio funcional de los órganos y sistemas, lo que se traduce en un silencio orgánico (Timmreck, 1998) esta definición refleja la visión reduccionista de la salud de ese entonces, hasta otras más holísticas como la desarrollada en 1948 por la OMS que la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o dolencias” (OMS, 1998). Si bien esta definición presenta limitaciones, tales como no considerar la influencia del ambiente en la salud, presentar una visión estática de la salud y utópica debido a que probablemente sea difícil encontrar individuos que se encuentren en un “estado” de salud bajo esta definición y más pareciera ser una declaración de intenciones, fue un aporte importante ya que por primera vez se considera la dimensión mental y social de la salud. Pero como en el ámbito de la salud las mediciones utilizadas recaen en cuantificar la ausencia de ésta, la definición de la OMS es además poco operativa, describe un estado ideal, raramente alcanzado en el mundo real y no hay consenso de cual es el significado de bienestar social (Last, 1997). Con el surgimiento de la promoción de la salud, se desarrolló una definición más práctica, ya no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria y no el objetivo de la vida. Es por tanto un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, al igual que las aptitudes físicas (Carta de Ottawa de Promoción de la Salud, 1986).

Al centrarnos en el porqué se producen los problemas de salud en las poblaciones y qué determina el estado de salud de un grupo humano, revisamos las respuestas que se han dado a estas preguntas a través de la historia. Desde la influencia de las condiciones generales de vida en la situación de salud, pasando por la existencia de agentes vivos como causales de enfermedad, el efecto de factores específicos como la carencia alimentaria o el consumo de tabaco, los estilos de vida y los efectos del estrés, la influencia del medio ambiente y ambiente laboral, entre otras perspectivas de análisis (OPS, 1988).

El informe Lalonde (Lalonde, 1974), nos presenta una visión en que pueden ser incluidos todos los elementos ya mencionados anteriormente; desde el enfoque de determinantes de la salud los cuales fueron identificados a través del examen de las causas y factores que subyacen a las enfermedades y la mortalidad. Tomamos entonces; en adelante, el modelo de Campos de Salud de Marc Lalonde, que postula cuatro grandes grupos de determinantes de la salud: “Biología Humana y Genética”, “Los Sistemas de Salud”, “El Medio Ambiente” (físico y social) y los “Estilos de Vida”. Hasta ese entonces los esfuerzos sociales para mejorar la salud de la población se habían concentrado en los Sistemas de Salud. Sin embargo, al analizar cuales son las causas de la enfermedad y la mortalidad, bajo la mirada de los Campos de la Salud, ellas están determinadas por la Biología Humana y Genética, los Estilos de Vida y el Medio Ambiente. Se dieron cuenta entonces que se gastan importantes sumas de dinero en tratar enfermedades que en primer lugar se debieron prevenir. El modelo de Campos de la Salud sigue vigentes y se le debe poner atención, especialmente a la Biología y Genética, Estilos de Vida y Medio Ambiente si se quiere continuar reduciendo la mortalidad temprana y la discapacidad. Un ejemplo claro de esto es analizar las muertes por accidentes automovilísticos (la primera causa de muerte de la población de 20 a 40 años y la quinta causa de muerte de la población general de la Región del Maule) cuya causa fundamental son los riesgos auto impuestos por los conductores, seguido con una menor importancia por el diseño de los autos y carreteras y por la disponibilidad de tratamiento de emergencia; la biología humana casi no tiene importancia en este causa de muerte. Es así como, en orden de importancia los estilos de vida contribuyen en un 75%, el ambiente contribuye un 20% y los sistemas de salud un 5%. Este tipo de análisis permite focalizar la atención en los factores que más contribuyen a producir enfermedad y muerte. Estudios posteriores, en relación a la carga de estos determinantes, muestra una clara relevancia de los Estilos de Vida como responsables de enfermedad y muerte prematura en las poblaciones; sin embargo, esto no se traduce en los niveles de inversión de las autoridades sanitarias (OPS, 1991; Dever, 1991). Específicamente, Estados Unidos cuantificó el peso de éstos factores en las causa de muerte prematura y discapacidad de su población en 1975 y observó que para los años de vida perdidos antes de los 65 años, es evidente que el Estilo de Vida y el Medio Ambiente (53,1 y 21,7% respectivamente) son factores significativos que contribuyen a la mortalidad prematura y que ambos dan cuenta del 74,8% de las muertes prematuras. En contraste, la influencia de la Biología Humana y el Sistema de Atención médica explicarían un cuarto de las muertes prematuras (Dever, 1991).

Con la mirada de los Campos de Salud, y la evidencia de la relevancia de los Estilos de Vida en la situación de salud de las comunidades; no podemos menos que centrar importantes esfuerzos en el ámbito de la promoción de Estilos de Vida y entornos saludables.

Por otro lado; y surgiendo como hilo conductor de lo que debieran plasmar las estrategias de desarrollo para la región, están los Determinantes Sociales de la Salud, definidos como aquellas condiciones sociales en las cuales se desarrolla la vida de las personas y que afectan el estado de salud de la población en distintos grados, de acuerdo a diversos factores, generando inequidades (Vega et al, 2005). Los determinantes sociales incluyen la ocupación, educación, ingresos, género, medio ambiente, los sistemas de salud, los estilos de vida, autoestima, la familia y otras redes de apoyo (Last, 1997). El trabajar para superar la pobreza y disminuir las inequidades y la gradiente social que se produce en los principales problemas de salud de la población, debe estar en los esfuerzos en la Región.

En las últimas décadas Chile ha experimentado cambios económicos, demográficos y epidemiológicos, nos encontramos en una etapa de “Transición Avanzada” (CEPAL, 2007), principalmente debido a la disminución de la mortalidad materna e infantil, de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida; cambios ocurridos en los últimos 50 años y que han llevado a que la población envejezca, con lo cual aumentan las enfermedades crónicas como las cardiovasculares y los tumores malignos (Szot, 2002). Lo anterior, acompañado del desarrollo económico del país, ha mejorado sustancialmente los indicadores de salud del país; sin embargo, estos avances no han favorecido a todos por igual, existiendo hoy un gran problema de inequidad entre los distintos grupos de la sociedad. Esto, presenta el desafío de acortar las brechas de desarrollo social y por ende, también las existentes en el sector sanitario para garantizar el mejoramiento de la salud y bienestar de toda la población, desafío que ha sido plasmado en los Objetivos Sanitarios para la Década de Chile (MINSAL, 2002).

Estos antecedentes deben considerarse al momento de diseñar las estrategias para el desarrollo de la Región del Maule donde la salud de la población juega un rol importante, que permite a la población desarrollar sus potencialidades para contribuir al progreso de la Región.

Los dos principales grupos de causas de muerte en el país son las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos. La región del Maule no está ajena a estas enfermedades, las que son evitables interviniendo en los Estilos de Vida y medio ambiente de la población. A esto se suma que en la Región aún persisten las enfermedades infecciosas, asociadas al saneamiento ambiental (PRSP, 2007).

Estas patologías no afectan a todos los grupos etarios ni sexos por igual. Por tal razón es importante determinar cuales son las principales causas de morbimortalidad de la población de la Región del Maule, segmentando esta información por etapas del ciclo vital.

Considerando que la mayoría de las patologías prevalentes en la región pueden evitarse y controlarse mediante la promoción de la salud y la prevención, y así mantener a la población sana a lo largo del ciclo vital, es relevante determinar cuales son los recursos humanos instalados en la región para preservar y restaurar la salud de la población de la Región del Maule.

3. Metodología

La metodología utilizada en este estudio se basó en realizar un levantamiento y mapeo de la información secundaria disponible en las diversas fuentes, tanto locales como nacionales. Con dicha información se generó un diagnóstico de la Región en cuanto a las principales causas de muerte y enfermedades (morbilidad) de la población y los recursos humanos disponibles para prevenir enfermedades y promover la salud. Simultáneamente, se realizaron entrevistas a expertos regionales y nacionales con conocimiento de la Región, con el objeto de indagar cuales son las variables claves para el desarrollo de la Región. Los expertos entrevistados fueron señalados en la introducción de este informe.

Luego de obtener los resultados preliminares se convocó a un taller para seleccionar las variables claves. Los expertos convocados se seleccionaron considerando que participaran profesionales que se desempeñaran en el área pública y privada y en las áreas de gestión de salud, epidemiología y promoción de la salud. También se convocó Directores Comunales de Salud y de Consultorio. Posterior al taller se desarrollaron las variables considerando: su definición, relevancia, situación actual, estado futuro tendencial y deseado de las variables, determinación de principales brechas entre estado futuro tendencial y deseado. Determinación de principales restricciones en disminución de brechas que dificultarían alcanzar el estado futuro deseado, es decir, las principales limitantes en la disminución de las brechas detectadas, finalmente se diseñaron posibles vías estratégicas en superación de restricciones. En el desarrollo de las variables también participaron expertos regionales que se desempeñan en la Atención Primaria de Salud, Hospitales de Alta Complejidad, S.S. Maule y SEREMI de Salud.

Con toda la información antes señalada se realizó un debate de expertos en un taller que tuvo por finalidad validar el informe y sugerir enmiendas o correcciones las cuales fueron incorporadas a este documento final.

4. Objetivos

4.1 Objetivos generales:

- 4.1.1. Identificar las principales causas de morbimortalidad de la región desagregando por grupo etario.
- 4.1.2. Determinar los recursos humanos con que cuenta la Red Asistencial de la Región del Maule.

4.2 Objetivos específicos:

- 4.1.3. Determinar las 10 principales causas de muerte de la población de la Región del Maule.
- 4.1.4. Determinar las tres principales causas de muertes por grupo etario.
- 4.1.5. Determinar las tres principales causas de morbilidad a través de los egresos hospitalarios por grupo etario.
- 4.1.6. Caracterizar la salud de la población de la Región del Maule desagregado por grupo etario.
- 4.1.7. Caracterizar la salud de los grupos étnicos, personas con discapacidad y trabajadores de la Región del Maule
- 4.1.8. Determinar los recursos humanos con que cuenta la Red Asistencial de la Región del Maule.
- 4.1.9. Caracterizar las prestaciones preventivas de las comunas de la Región a través del Índice de Medicina Preventiva.

5. Resultados

5.1. Caracterización de la Región del Maule

5.1.1. Contexto general

La Región del Maule, se localiza en la zona central de Chile, tiene una superficie de 30.535 kms², equivalente al 4% de la superficie total del país. Limita al norte con la Región del Libertador Bernardo O'Higgins, al sur con la Región del Bío –Bío, al este con la República Argentina y al oeste con el Océano Pacífico.

La división político-administrativa considera cuatro provincias: Curicó, Talca, Linares y Cauquenes, las que se subdividen en un total de 30 comunas. La mayor parte de la población se localiza en el valle Central donde se encuentran los centros urbanos de mayor importancia. La sede del gobierno regional está ubicada en la ciudad de Talca (Figura 1)



Figura 1: Mapa de la Región del Maule

5.1.2. Determinantes sociales y económicos

Las personas en edad de trabajar, es decir aquellas de 15 años y más, en la región son 747.000, 409 mil constituyen la fuerza de trabajo regional y 338 mil la fuerza económicamente inactiva (dueñas de casa, estudiantes, jubilados y rentistas). La tasa de ocupación en la Región del Maule; esto es, el porcentaje de personas que pudiendo trabajar efectivamente lo hacen, llega al 51%, un punto menos que a nivel nacional (Sáenz, 2008).

En la Región al igual que en el país las posibilidades de empleo son menores para las mujeres y los jóvenes, especialmente en los grupos más pobres. La participación laboral de los hombres llega al 72%, en cambio en las mujeres sólo alcanza 39%. Por otra parte, la tasa de ocupación en el quintil más rico de la región bordea el 67%, y en el más pobre llega sólo al 33% (Sáenz, 2008).

El desempleo promedio de la Región en el último trimestre de 2007 llegó al 7,6%, siendo en los jóvenes de 18,8%; el desempleo en el quintil más rico alcanzó el 2,4% y en el quintil más pobre llegó a 18,7% (Sáenz, 2008).

Considerando que el sector productivo mayoritario de la región gira en torno a la agricultura, el desempleo tiene un componente estacional, por lo que durante los meses de verano disminuye como consecuencia del aumento de los trabajos agrícolas. La tasa de desempleo es mayor en el sector urbano que en el rural.

La cobertura de agua potable en la región es cercana al 96,7%, 0,5 puntos inferior a la cobertura de Chile. La cobertura de agua potable es, en su mayoría, mayor en el área urbano que en el rural concentrado, a excepción de la comuna de Pelluhue, donde el 100% del área rural concentrada tiene agua potable y el área urbana alcanza sólo al 89,9% (SEREMI de salud región del Maule, 2005) (Tabla 1). Es importante destacar que 116.770 habitantes de la Región corresponde a población del área rural disperso, de los cuales 10% a 12% tiene acceso a una fuente de agua potable con infraestructura sanitaria adecuada, quedando 103.770 habitantes con riesgo sanitario al consumir agua no clorada (PRSP, 2007) y sin el beneficio del flúor para la prevención de caries.

Tabla 1: Cobertura de Agua Potable en Sector Urbano y Rural.
Región del Maule 2006

Provincia Comuna	Cobertura agua potable Urbano	Cobertura agua potable Rural concentrado
Prov. De Talca	95,5	94,7
Talca	99,8	98,7
Constitución	99,5	94,2
Curepto	100	90,9
Empedrado	93,1	90,8
Maule	90,2	100
Pelarco	96,3	88,5
Pencahue	98	98,1
Río Claro	82,3	100
San Clemente	99,3	94,4
San Rafael	99,3	91,4
Prov. De Cauquenes	96,1	98,5
Cauquenes	99,3	99,7
Chanco	99	95,8
Pelluhue	89,9	100
Prov. De Curicó	98,5	97,5
Curicó	100	97,6
Hualañé	99,2	99,4
Licantén	99,4	98,9
Molina	100	96
Rauco	100	93,4
Romeral	100	100
Sagrada Familia	89,7	94,4
Teno	100	100
Vichuquén	97,8	96,5
Prov. De Linares	97,9	94
Linares	99,6	87,5
Colbún	88,4	93,3
Longaví	99,5	83,5
Parral	99,9	100
Retiro	97,7	100
San Javier	99,3	97,6
Villa Alegre	100	99
Yerbas Buenas	99,1	90,8

Fuente: SEREMI de Salud, Región del Maule, 2007

El 99,7% de los hogares de la región dispone de energía eléctrica. El 1% no dispone de un sistema de eliminación de excretas. Al clasificar las viviendas según el saneamiento, 82% tiene saneamiento aceptable (llave dentro de la casa y servicio higiénico conectado a alcantarillado o fosa séptica) y 17,4% tiene saneamiento deficitario (llave fuera de la casa o agua por acarreo y sin servicio higiénico conectado a alcantarillado o fosa séptica); Chile en cambio tiene 91,2% de viviendas en condición de saneamiento aceptable y 8,7% deficitario (Casen, 2006).

La región genera 50.000 toneladas mensuales de residuos, tanto domiciliarios como industriales, siendo la provincia de Talca la que más genera. En la región existen tres rellenos sanitarios y cinco vertederos donde se disponen los residuos sólidos domiciliarios lo que produce que sólo el 70,6% de la población dispone su basura en forma adecuada. La cobertura de recolección de residuos sólidos domésticos urbanos es de 92,2% y 49,0% en el sector rural. Una parte de la población que no tiene cobertura elimina sus desechos en micro basurales ubicados tanto en el área rural como urbana (PRSP, 2007).

Según la Segunda Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chile 2006 (ECVS, 2006) el principal problema de contaminación percibido, con 46%, por la población del Maule es la presencia de perros vagos. Además la presencia de insectos más frecuente en el hogar o barrio fueron: moscas 71%, zancudos 64% y ratones 50%.

En Chile una persona es considerada pobre si su nivel de ingreso se sitúa bajo un nivel mínimo que le permite satisfacer sus necesidades básicas; e indigentes si éste no le permite satisfacer las necesidades de alimentación, ambas medidas equivalen a la pobreza total. El año 2006 se observó a nivel país 3,2% de indigencia y 13,7% de pobres, en cambio en la región la indigencia alcanzó 4,2% y la pobreza en 17,7%. En el 2006 la pobreza rural fue de 13,7% y la urbana de 19,7% (CASEN, 2006).

La población alfabetizada al año 2006 fue 89,6%, 3,5 puntos porcentuales por debajo de la cifra nacional. El promedio de años de escolaridad de la población de 15 y más años es de 9 años y el analfabetismo de 7,4%, ambas cifras difieren de lo que ocurre a nivel país donde la escolaridad en mayores de 15 años son 10, 1 años y el analfabetismo de 3,9% (CASEN, 2006).

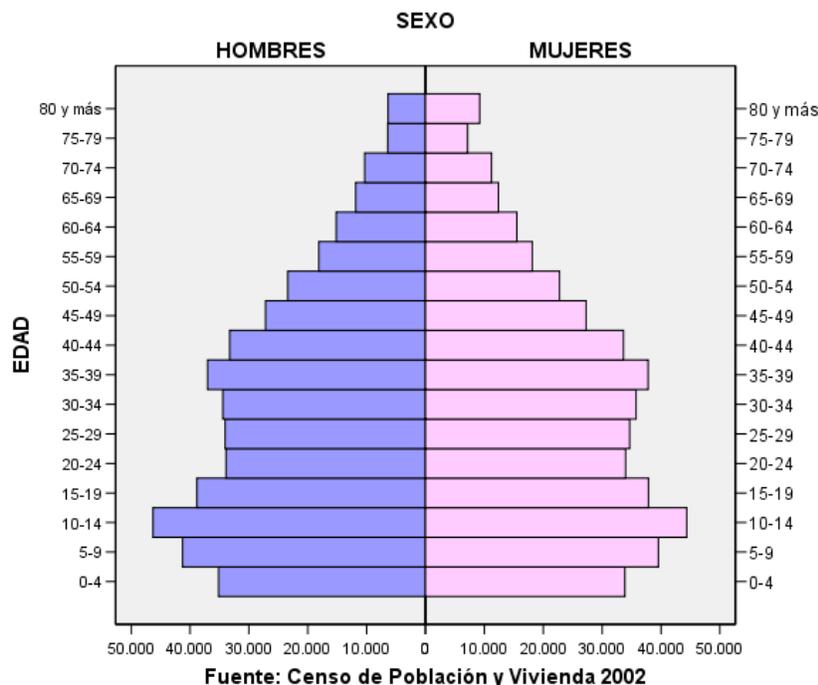
La participación social de la población adulta es baja, ya que 55% de la población de Chile y 44% de la población del Maule mayor de 15 años pertenece a alguna organización. El principal grupo de pertenencia y participación son los grupos territoriales, seguido por los religiosos y por los deportivos (ECV, 2006).

5.1.3. Demografía, mortalidad y morbilidad

La población de la Región del Maule asciende a 908.097 habitantes según el censo del año 2002, distribuyéndose en 452.988 hombres y 455.109 mujeres con un índice de masculinidad de 99,5. La población menor de 15 años representa 26,5% y la mayor de 65 años 8,5% (Figura 3). El índice de vejez es del 31,1, esto varía según comunas, alcanzando un máximo de 55,5, es decir comunas envejecidas como Curepto, y un mínimos de 20,6, que es una comuna más joven como Constitución.

La densidad de población es de 29,7 habitantes por km² y la del país de 20,4 habitantes por km² (PRSP, 2007).

Figura 3: Pirámide Poblacional Región del Maule, Censo 2002



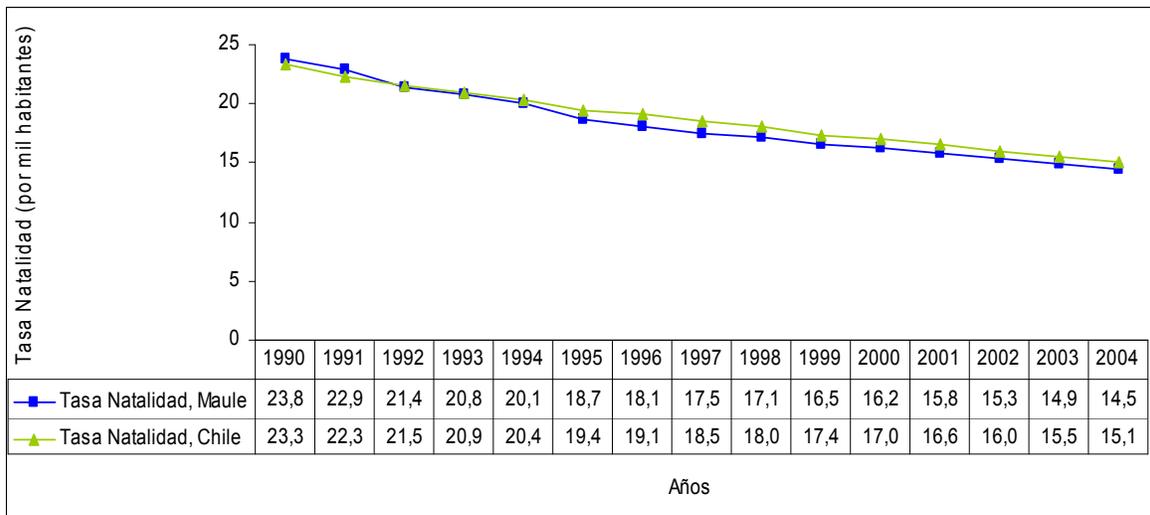
La población rural corresponde al 32.9%, la más alta del país, sin embargo la mayoría de la población se concentra en el sector urbano. Este porcentaje varía entre provincias, la provincia con mayor ruralidad es la de Linares con 44.9% y la de menor Talca, con 24.4%. La ruralidad ha disminuido ya que en el censo de 1992 ésta fue de 40.1% (Censo, 2002).

Según censo 2002 el 0,9% de la población del Maule declara pertenecer a un grupo étnico, de los ocho reconocidos por la ley indígena, esta cifra a nivel nacional es de 4,6%, de ellos 87,3% son Mapuches y 7% Aymara, sólo el 1,2% de la población indígena del país vive en la Región del Maule (Censo, 2002).

Los residentes extranjeros a nivel nacional equivale al 1,2% de la población total del país, en cambio en la Región del Maule esta cifra alcanza sólo al 0,36% de la población. A nivel nacional el 77,1% proviene de otros países latinoamericanos tales como: Argentina, Perú y Bolivia (Censo 2002).

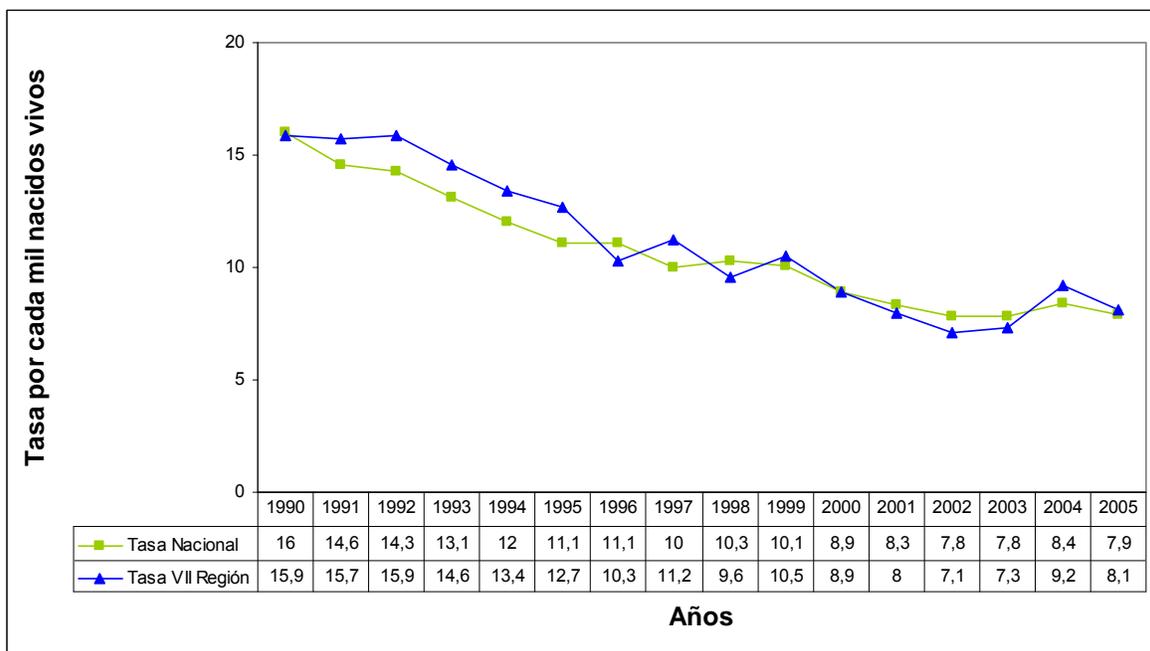
La tasa de natalidad presenta, al igual que el país, una tendencia declinante, de 23,8 nacidos por 1.000 habitantes en 1990 bajó a 14,5 nacidos por 1.000 habitantes en 2005. En igual período la tasa de natalidad de Chile bajó de 23,3 nacidos por 1.000 habitantes a 14,9 por 1.000 habitantes (DEIS, 2008; S.S. Maule, 2006). Situación similar se aprecia con la mortalidad infantil que pasó de 15,9

defunciones por 1.000 nacidos vivos en el año 1990 a 8,1 defunciones por 1.000 nacidos vivos en el año 2005. Chile, en igual período paso de 16,0 a 7,9 (Figura 4 y 5).



Fuente: DEIS, 2008

Figura 4: Tasa de Natalidad Región del Maule y Chile, 1990-2005



Fuente: DEIS, 2008

Figura 5: Tasa de Mortalidad Infantil Región del Maule y Chile, 1990-2005

Los datos de mortalidad provienen del sistema nacional de registro de hechos vitales constituido por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y la codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión, de causas de muerte del Ministerio de Salud. Las estadísticas de mortalidad se utilizan para elaborar indicadores de salud que se emplean con frecuencia para medir y monitorear el estado de salud de poblaciones, por tal razón es importante evaluar su calidad previo a su utilización. La calidad de datos de mortalidad, medida a través del porcentaje de certificación médica y causas mal definidas (R00-R99) es considerada de mediana calidad para Chile (Mathers, 2005). En el período 1997-2004 la certificación médica fue de 97,9% y las causas mal definidas de 3,6%. La Región, en cambio, presenta para el igual período 96,1% de certificación médica y 5,9% de causas mal definidas, las comuna con 100% de certificación médica son: Rauco, Romeral, Chanco y Pelluhue, en cambio la comuna de Empedrado presenta el menor porcentaje de certificación médica, 73,4%, seguido por San Clemente con 77,5%, San Rafael con 89,0%, Pelarco con 90,9% y Río Claro con 92,2%. En cuanto a porcentaje de causas mal definidas, la comuna de Empedrado presenta el porcentaje mayor con 30,5%, seguida de San Clemente con 25,2%, Vichuquén con 13,9%, San Rafael 12,5% y Pelarco con 10,5%. Las comunas con menor porcentaje de causa mal definidas son Teno, 0,53%, seguida de Chanco con 0,75%, Linares con 0,75%, Villa Alegre con 0,75% y Talca con 0,96% (Figura 6). Estos indicadores presentan variaciones según sexo, residencia urbano-rural y grupo etario (Núñez, 2006).

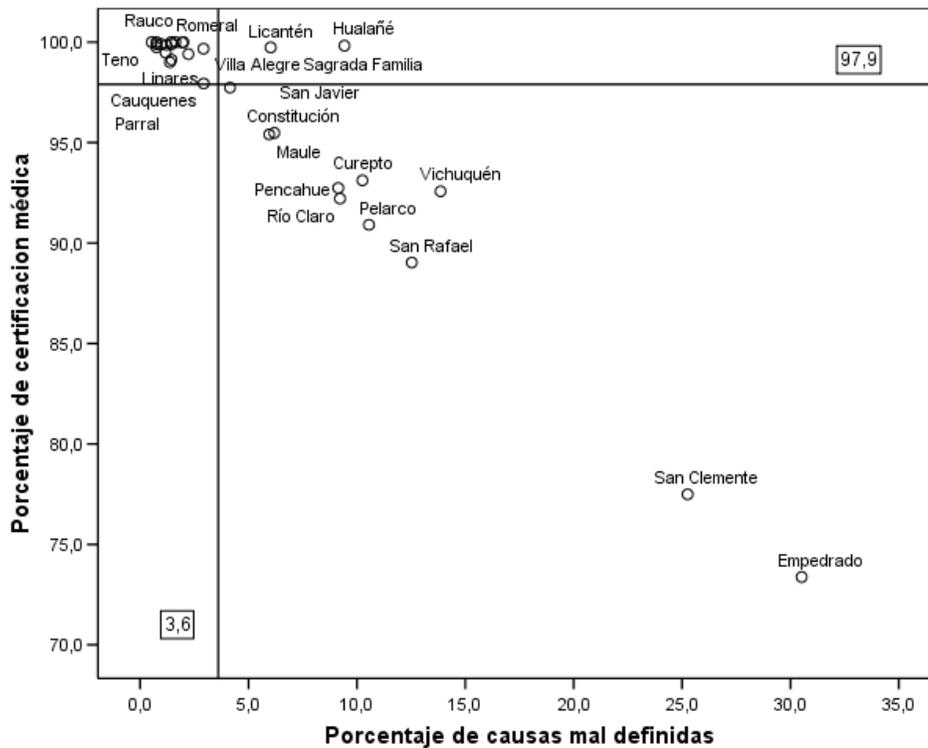


Figura 6: Relación entre porcentaje de certificación médica y porcentaje de causas mal definidas en defunciones de la Región del Maule, 1990-2004

En el año 2005 hubo 86.102 defunciones en el país, de las cuales 5.459 ocurrieron en la región del Maule con una tasa cruda de mortalidad general de 5,6 defunciones por cada 1.000 habitantes (DEIS, 2008).

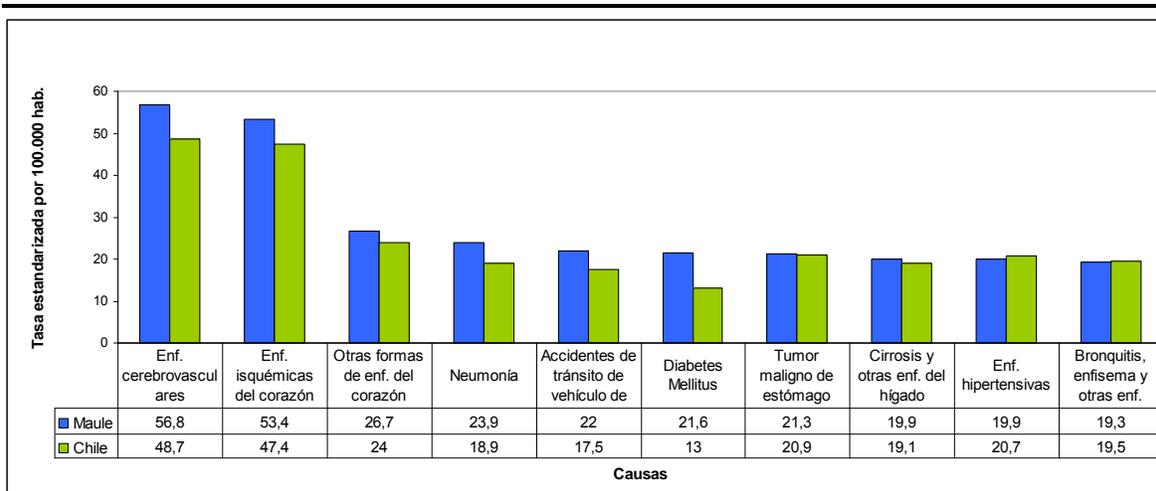
Las principales causas de muerte de la Región se presentan en la Tabla 2, donde las enfermedades cerebrovasculares ocupan el primer lugar, seguida por las enfermedades isquémicas del corazón, otras enfermedades del corazón, neumonía, diabetes mellitus, accidentes de tránsito de vehículo de motor, tumor maligno de estómago, cirrosis y otras enfermedades del hígado, enfermedad hipertensiva y decima, la bronquitis y otras enfermedades pulmonares. Este orden no es similar a lo que ocurre en Chile.

Tabla 2: Principales causas de muerte de Chile y Región del Maule según importancia, 2005

Causas de muerte	Maule	Chile
Enfermedades cerebrovasculares	1	2
Enfermedades isquémicas del corazón	2	1
Otras formas de enfermedades del corazón	3	3
Neumonía	4	7
Diabetes Mellitus	5	5
Accidentes de tránsito de vehículo de motor	6	-
Tumor maligno de estómago	7	8
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	8	4
Enfermedades hipertensivas	9	6
Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	10	9
Tumor maligno de tráquea bronquios y del pulmón	-	10

Fuente: DEIS 2008

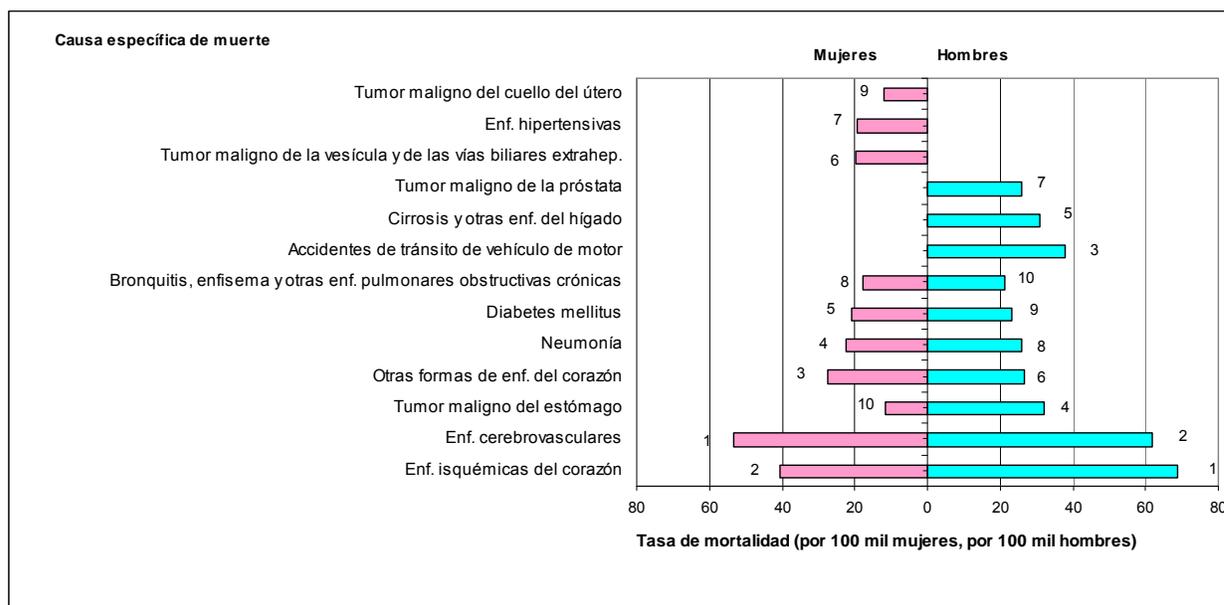
En la figura 7 es posible apreciar que las tasas estandarizadas de las principales causas de muerte son mayores en la Región que en el país, con excepción de la enfermedad hipertensiva. Es decir, el riesgo de morir por estas patologías es mayor para la población de la Región de Maule que para la población de Chile.



Fuente: DEIS, 2008

Figura 7: Tasas de mortalidad estandarizada de las principales causas de muerte de Chile y Región del Maule, 2005

Las principales causas de muerte no afectan por igual a hombres y mujeres. Se aprecia que los riesgos de los hombres son mayores a los de las mujeres (Figura 8)



Fuente: DEIS, 2008

Figura 8: Tasas de mortalidad de las principales causas de muerte de la Región del Maule según sexo, 2005

La tasa de mortalidad materna fue de 2,3 por 10.000 nacidos vivos en 1995 y de 0,7 en 2005, pero no se aprecia una tendencia clara en el periodo 1995-2005. En cambio la mortalidad por aborto bajó de 1,2 defunciones por 10.000 nacidos vivos en 1995 a cero en 2005 (Figura 9 y 10) (S.S.Maule, 2006)

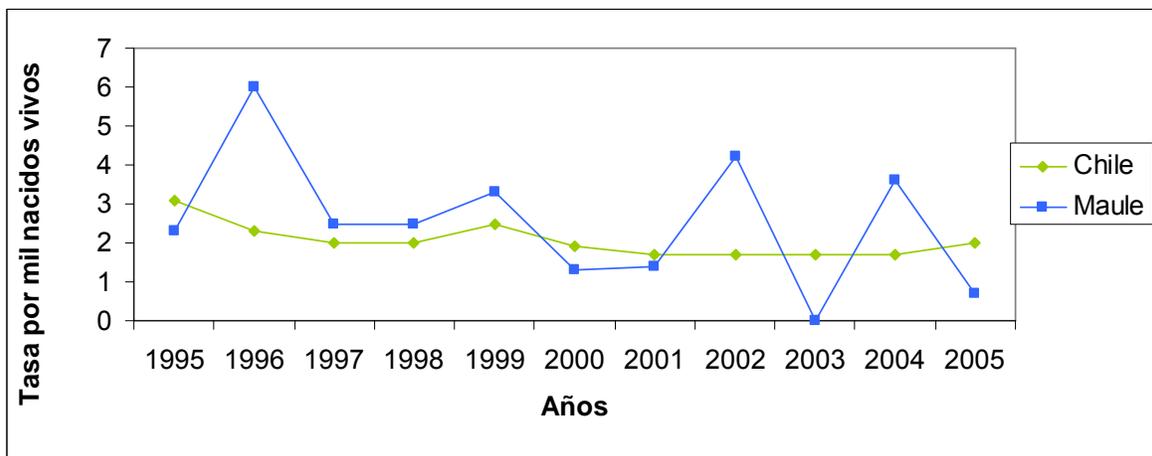


Figura 9: Tasas de mortalidad materna en Chile y la Región del Maule, 1995-2005

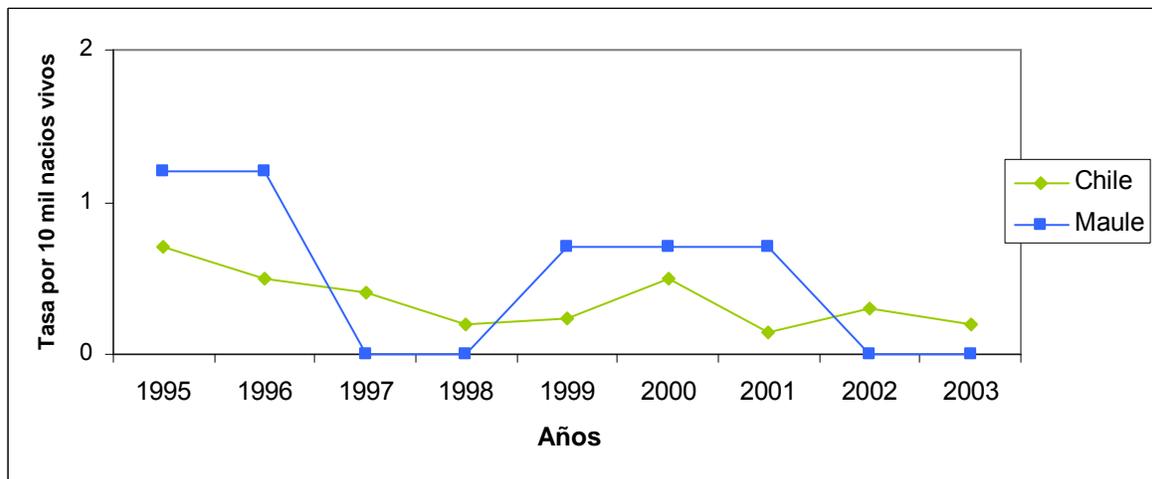


Figura 10: Tasas de mortalidad por aborto en Chile y la Región del Maule, 1995-2005

La tasa de fecundidad general descendió de 81,8 nacidos vivos por 1.000 mujeres entre 15 y 49 años de edad en 1995 a 56.9 en el año 2005, mostrando una evolución similar a la nacional (Figura 11).

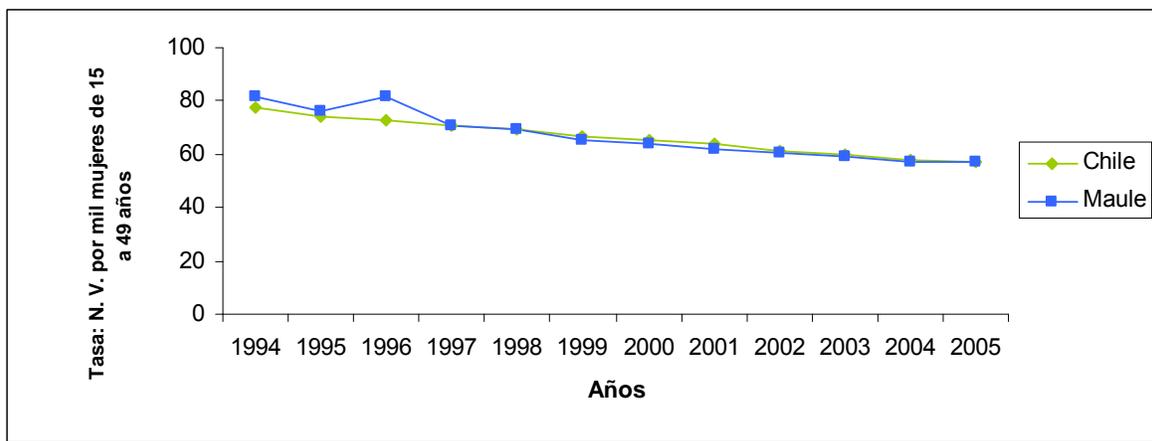


Figura 11: Tasas de fecundidad general de Chile y la Región del Maule, 1995-2005

En la Región, la principal causa de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) se le atribuye a los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, seguido por los tumores malignos, enfermedades del sistema circulatorio y malformaciones congénitas. Estas cuatro causas explican el 68,37% de los AVPP del período 1997-1999 (Tabla 3) (S.S. Maule, 2002).

Tabla 3: Principales causas de AVPP de la Región del Maule, 1997-1999

Causa	(%)	Categoría	(%)
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	33,09	Traumatismo de la cabeza	29,82
Tumores (Neoplasias)	15,95	Tumores malignos de los órganos digestivos	40,07
Enfermedades del sistema circulatorio	12,11	Enfermedades cerebrovasculares	36,60
Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosomales	7,23	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	31,37
Total	68,37		

El estudio de carga de enfermedad medida con el indicador años de vida ajustados por discapacidad (AVISA) mostró que la Región del Maule es la zona con mayor carga de enfermedad de Chile con un 15% más que el país y 35% más que la Región Metropolitana, producto del incremento combinado de tres grupos de causas: enfermedades no transmisibles, enfermedades maternas y perinatales y traumatismos y envenenamiento. Si se compara con el resto del país, la región presenta una ligera carga mayor en personas de 60 y más años que puede estar asociada a la alta frecuencia de infecciones respiratorias agudas bajas, que superan los rango estimado como normal, las que constituyen la segunda causa de pérdida de AVISA. También destaca la carga de los traumatismos y

envenenamientos que presenta rango fuera de lo normal, donde se encuentra el suicidio, homicidio, las caídas los accidentes de tráfico y las atriciones. Los cánceres que destacan son del aparato digestivo (esófago, estómago, peritoneo y recto), que también superan el rango estimado como normal. También es alta la carga de pericarditis, endocarditis, miocarditis y perimiocardiopatías que superan ampliamente el intervalo de variación normal, al igual que las diarreas, el asma, la anemia y la epilepsia (Concha, 1993).

Existen elevadas tasas de morbilidad por enfermedades crónicas del adulto, las que representan la principal carga de enfermedad y muerte según información generada por la Encuesta Nacional de Salud 2003 (Tabla 4) (ENS, 2003).

La ECVS 2006 mostró que el grado de satisfacción de la población general con su salud es bueno (5,2), sin embargo las personas de 45 a 64 años reportan el menor grado de satisfacción (4,5). En cuanto a la percepción de los Estilos de Vida, es decir la percepción que las personas tienen de la forma en que trabajan, se recrean y se alimentan fue de 5,1 para hombres y mujeres y de 4,8 para personas mayores de 75 años. El 24% relató comer pescado la última semana, 39% consume verduras y frutas todos los días, sin embargo esta pregunta no da cuenta de la cantidad de frutas y verduras que se consume diariamente; 33% consume lácteos todos los días. El 23% de la población declara tener problemas para masticar alimentos duros, por lo cual tendrán problemas para consumir algunos vegetales y frutas, indispensables para tener una vida saludable. La actividad física es baja ya que el 94% se declara como sedentario. El 8% de las mujeres y 34% de los hombres reporta tener problemas con el alcohol (ECVS, 2006).

La morbilidad en la Región en el período 2004-2005, medida por los egresos hospitalarios se distribuye como sigue: 18% por traumatismos, envenenamientos y algunas otras causas externas, seguido por enfermedades respiratorias (18%), seguida por enfermedades del sistema digestivo (17%), enfermedades del sistema genitourinario (12%), enfermedades del sistema circulatorio (9%), tumores (8%), factores que influyen en el estado de salud y contacto con servicios de salud (6%), ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (4%), ciertas afecciones originadas en el período perinatal (4%) y décima los síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte (4%) (Figura 12).

Tabla 4: Prevalencia de 18 condiciones de salud estudiadas en la ENS 2003.
Tasas por 100 adultos. Chile 2003.

Condición de Salud	Nacional	Maule
Hipertensión Arterial (PAS >140 o PAD >90 mmHg)	33,7	37,1
Dislipidemias:		
Colesterol total elevado (>200 mg/dl)	35,4	29,0
HDL disminuido (<40 mg/dl)	39,3	69,2
Estado Nutricional:		
Normal	36,9	43,8
Enflaquecidos (IMC <18,5)	0,8	1,3
Sobrepeso (IMC 25<30)	37,8	28,6
Obesidad (IMC >30)	23,2	25,8
Obesidad Mórbida (IMC > 40)	1,3	0,5
Diabetes	4,2	5,1
Tabaquismo (Fumador actual)	42	36,7
Síndrome Metabólico	22,6	28,1
Riesgo Cardiovascular Global Alto y muy alto (ATPIII)	54,9	66
Riesgo Cardiovascular Alto y Angina	12,8	27,9
Sedentarismo	90,8	92
Artritis o artrosis:		
Síntomas últimos 7 días, dolor > 4 (de 1-10)	34,3	43,2
Depresión (en el último año)	17,5	10,3
Función renal		
Creatininemia elevada (según edad y sexo)	6,7	4,02
Clearance disminuido 30-80 ml (ajustado superficie corporal)	21	15,4
Clearance bajo 30 ml	0,18	0,3
Enfermedades Respiratorias crónicas	21,7	24,8
Problemas Buco-dentales		
Desdentado algún maxilar (0 dientes en el maxilar)	13,3	-
Desdentado ambos maxilares (0 dientes en boca)	5,5	5,8
Prevalencia de caries dentales	66	85,2
Visión (mejor ojo, con corrección, Snellen, normal 0,4-1)		
Disminución de la agudeza visual (0,1-0,3)	11,2	37,7
Ceguera (<0,1)	2,6	4,2
Disminución de agudeza auditiva		
Test de susurro	28,2	40,1
Test de tic-tac	37,9	28,4
Reflujo gastroesofágico (pirosis o regurgitación de alimentos)	29,9	29,4
Deterioro Cognitivo adulto mayor		
Deterioro cognitivo (MMSE < 13)	14,9	11,8
Deterioro cognitivo+Discapacidad (MMSE < 13 + Pfeffer >6)	8,5	-
Anemia (Hemoglobina <12mg%)	** (5,1)	9,0
Antígeno prostático elevado > 4ng/ml	*** (3,8)	4,8

* Sólo sobre los sintomáticos ** sólo en mujeres *** sólo en hombres -sin información regional

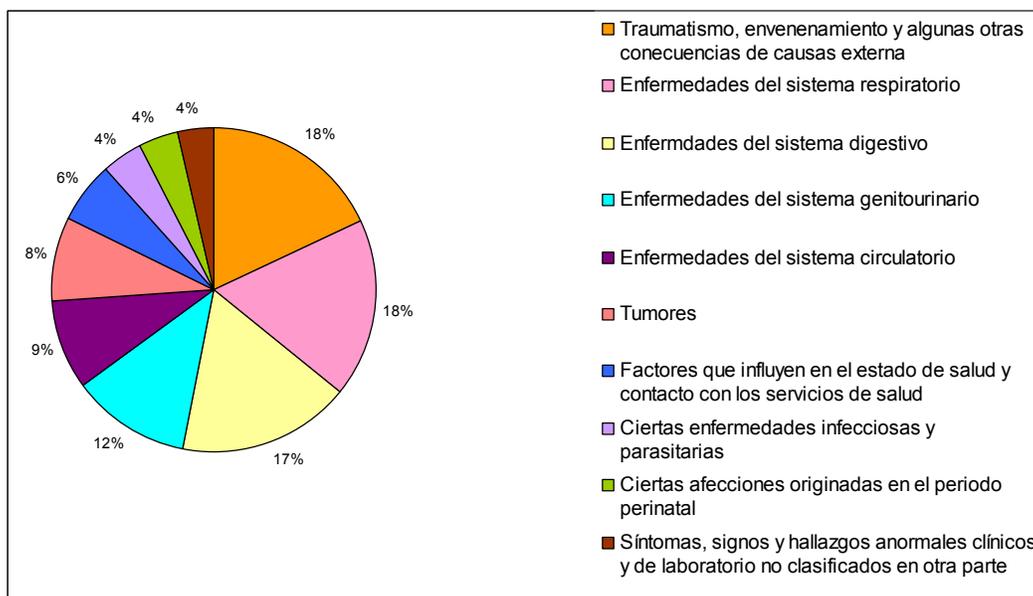


Figura 12: Principales causas de egresos hospitalarios Región del Maule, 2004-2005

5.2. Salud de grupos de población

5.2.1. Salud de los niños de 0- 4 y 5- 9 años (S.S. Maule, 2006; DEIS 2008)

La población infantil en Chile corresponde al 15,7% del total de la población para el año 2005, correspondiendo a 7,6% la población de 0-4 años y a 8,1% la población de 5-9 años.

Las defunciones en niños menores de 1 año para el año 2005 fueron 1.991 a nivel nacional con una tasa de 7,9 por mil nacidos vivos. En la región se produjeron 114 defunciones en este grupo y la tasa de mortalidad infantil fue de 8,1 por cada mil nacidos vivos. La mortalidad infantil neonatal (menores de 28 días) fue de 5,2 por mil nacidos vivos, siendo la más alta de las tasas de mortalidad que componen la mortalidad infantil.

En Chile la tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años para el año 2005 fue de 0,34 y de 0,17 en niños de 5 a 9 años (tasa por mil habitantes). En la región éstas fueron de 0.54 y 0.22 respectivamente, ambas superiores a lo observado en el país. El grupo de mayor proporción de muertes infantiles correspondió al sexo masculino, con 60,5%.

Los principales grupos de causa de muertes en niños menores de 1 año en la región son en orden decreciente:

1. Malformaciones congénitas deformidades y anomalías cromosómicas (41,2%)
2. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (36,8%)

3. Enfermedades del sistema respiratorio (7,01%) y
4. Sistema nervioso (6,1%)

En todas las causas, el sexo masculino presentó mayor proporción de defunciones.

Las principales causas de muertes específicas en menores de 1 año son:

1. Malformaciones congénitas del corazón, 13,15 %
2. Dificultad respiratoria recién nacido 11,4%
3. Neumonía 7,01 %, y
4. Síndrome por trisomias del par de cromosomas N° 18 y del par N° 13 con 7,01%

El año 2005, 99,8% de los partos fueron atendidos por un profesional, idéntico valor que el observado en el país. Para el mismo año, la proporción de niños con lactancia exclusiva a la edad de 6 meses fue de 47,5% en Chile, cifra que en la región alcanzó a 37,5%, observándose grandes diferencias comunales de 12,5% en Empedrado a 100% en Hualañé. El bajo porcentaje de niños que reciben lactancia materna exclusiva a la edad de 6 meses puede producir consecuencias negativas para la salud de los infantes como para la madre (OPS, 2002).

La morbilidad medida a través de los egresos hospitalarios en el grupo de 0 a 4 años del periodo 2004-2005 fue principalmente por:

1. Enfermedades del sistema respiratorio (3.558 egresos)
2. Afecciones originadas en el periodo perinatal (2.394 egresos) y
3. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (891 egresos)

Según datos del sistema de evaluación y vigilancia nutricional del MINSAL, la prevalencia de desnutrición en niños menores de 6 años ha disminuido durante los últimos diez años, manteniéndose estable hasta la fecha. Por otra parte, entre 1990 y 2003 se observó un aumento en las cifras de sobrepeso y obesidad, manteniéndose estables las cifras de sobrepeso y obesidad en los años 2004 y 2005 (15% y 7,1% respectivamente).

En la Región, de la población total de niños de 5-9 años de edad, 18 murieron por distintas causas el año 2005. Las principales causas de muerte en este grupo atarrio fueron:

1. Causas externas, 10 en total en donde el 60% de los casos son mujeres
2. Tumores (4), distribuido homogéneamente entre hombres y mujeres.

La morbilidad según egresos hospitalarios en el grupo de 5-9 años del período 2004-2005 fue principalmente por:

1. Enfermedades del sistema respiratorio (903 egresos)
2. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (745 egresos)
3. Enfermedades del sistema digestivo (550 egresos)

La población bajo control infantil beneficiaria tuvo una cobertura de un 99,4% en la región, la comuna de Maule fue la que presentó la menor cobertura en la Región con un 78,9% y la más alta cobertura se presentó en la comuna de San Javier con 127,9%.

El módulo infantil de la ENSCV 2006 mostró, a nivel país, que el hogar continúa siendo el principal lugar de cuidados del niño, el cual es realizado generalmente por la madre. Esto es mayor en el medio rural y en el nivel socioeconómico (NSE) bajo, lo que se traduce en que el uso de jardín y sala cuna es significativamente mayor en los NSE altos y la disposición a enviar a los niños a jardín y sala cuna aumenta con el NSE y en el ambiente urbano. En cuanto al desarrollo de niños y niñas, 30% está en riesgo de retraso de desarrollo, lo que tiende a ser mayor en los NSE bajo y aumenta con la edad hasta los 3 años. Además, 11% presenta retraso del desarrollo (ENCVS, 2006). No se cuenta con datos regionales en esta área.

5.2.2. Salud de los Adolescentes (10-19 años)

La población de adolescentes a nivel nacional, según el censo del año 2002, corresponde a 2.739.050 jóvenes, que constituye el 18,1% de la población del país. En la Región del Maule esta población es de 171.468 jóvenes y representa el 18,8% de la población de la Región. La distribución por sexo es de 80.809 hombres y de 90.659 mujeres (Censo, 2002).

Los servicios de salud están organizados a nivel nacional en el “programa de salud del adolescente”, Departamento de Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud (MINSAL, 2007). La utilización de servicios de salud de esta población es baja. Según datos del año 2002, tuvo a una o un adolescente como beneficiaria/o: 10,5% de las 34.689.434 atenciones otorgadas por el Sistema Nacional de Servicios de Salud; 11,1% de las prestaciones de atención primaria; 10,3% de las atenciones de especialidades; 9,8% de las atenciones de urgencia; 23,5% de las mujeres en control de embarazo son menores de 19 años y 10,9% de las mujeres en planificación familiar son menores de 19 años (MINSAL, 2007).

En la Región del Maule el programa de salud del adolescente no está aún consolidado. Actualmente se encuentra en etapa de priorización de los problemas de los adolescentes en las

políticas de salud. Está formada y en período de consolidación una red organizacional que permita abordar a este grupo etario en conjunto con otras instituciones. El objetivo principal es mejorar la salud integral de los jóvenes de 10 a 19 años de edad, favoreciendo el pleno desarrollo de su potencial biopsicosocial de manera de contribuir a la integración de los adolescentes en la sociedad. La red esta integrada por los departamentos de Salud Comunales y cada consultorio de atención primaria cuenta con un encargado del programa, las prestaciones que otorga están orientadas a entregar atención integral de salud con énfasis en lo preventivo-promocional (S. S. Maule, 2008).

La tasa de mortalidad general nacional para este grupo etario se ha mantenido estable, encontrándose para el año 2003 una tasa de 0,32 por 1.000 habitantes (934 defunciones), para el año 2004 una tasa de 0,36 por 1.000 (1.038 defunciones) y el año 2005 una tasa de 0,30 por 1.000 habitantes (1.025 defunciones). En la Región se presenta la misma tendencia estable, para el año 2003 una tasa de 0,5 por 1.000 (84 defunciones), el año 2004 una tasa de 0,3 por 1.000 (63 defunciones), y el año 2005 una tasa de 0,4 por 1.000 habitantes (67 defunciones), desglosada en una tasa de 0,5 por 1.000 habitantes para hombres (43 defunciones) y 0,3 por 1.000 para mujeres (24 defunciones).

Las tres principales causas de mortalidad adolescentes en Chile para el año 2004 fueron:

1. Causas externas 55%,
2. Neoplasias 14% y
3. Enfermedades sistema nervioso 10,4%.

En Chile el año 2004, para población de 15 a 24 años, las principales causas de muerte específicas fueron (MINSAL, 2007):

1. Accidentes vehiculares 15,2% hombres y 4,5% mujeres,
2. Suicidios 12,5% hombres y 4,5% mujeres,
3. Homicidios 7,7% hombres y 0,7% mujeres
4. Tumores 10,6% hombres y 6,7% mujeres

Las principales causas de muerte en la Región son, en orden decreciente (S.S. Maule, 2005):

1. Causas externas 52,2% (35 defunciones)
2. Tumores 14,9% (10 defunciones),
3. Enfermedades del sistema nervioso 13,4% (9 defunciones) y
4. Enfermedades del sistema circulatorio 5,97% (4 defunciones)

La morbilidad identificada a través de egresos hospitalarios de los años 2004 y 2005 (DEIS, 2008) se distribuye de la siguiente manera:

1. Traumatismos y envenenamientos (1.421 egresos)
2. Enfermedades del sistema digestivo (1.256 egresos) y
3. Enfermedades del sistema respiratorio (599 egresos)

Los problemas de salud que están en aumento en esta población a nivel nacional son: consumo de marihuana, violencia, síntomas depresivos y ansiosos, intento de suicidio, trastornos alimentarios y complicaciones metabólicas de la obesidad (MINSAL, 2007).

En cuanto a salud bucal, la prevalencia de caries de jóvenes de 12 años que asisten a establecimientos educacionales municipalizados de la comuna de Talca fue de 71,6%, con un promedio COPD de 3,4, desglosándose en 2,2 caries 1,05 obturadas y 0,15 perdidas (Astete, 2006). En la Región, 18,5% de los jóvenes de 15 a 19 años consideran que el estado de sus dientes y encías afecta su calidad de vida siempre y 29,1% los afecta algunas veces (ENCVS 2006).

5.2.2.1. Situación de salud sexual y reproductiva adolescente

La sexualidad de los adolescentes a nivel nacional consigna que 33,1% de los jóvenes entre 15 y 18 años han tenido relaciones sexuales, este porcentaje aumenta a 82% en el rango 19 a 24 años, que corresponde a jóvenes que ya han egresado de enseñanza media. De los jóvenes que han tenido relaciones sexuales, 31,6% inició su vida sexual a los 15 años o antes. El 6% de mujeres entre 15 y 19 años y 22,1% de las jóvenes entre 18 y 20 años han tenido hijos (Cuarta encuesta nacional de juventud, 2003). De acuerdo a la segunda ECVS 2006, 75,2% de los hombres entre 15 y 29 años se declara sexualmente activo, tasa que baja a 64,8% en el caso de las mujeres del mismo grupo etario.

En la Región del Maule, la edad promedio de inicio sexual de la población de 15 a 19 años tanto para hombres como mujeres es de 16 años. El 68% de los jóvenes de este tramo de edad usaron condón en su primera relación sexual y reportan usar siempre condón 28% y nunca lo usan 62% de esta población (ECVS 2006). Estas cifras reflejan el alto porcentaje de jóvenes en riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y de tener embarazos no deseados.

En la Región del Maule, la tasa de fecundidad en menores de 15 años, ha disminuido desde 1998 de 3,7 por 1.000 habitantes a 1,4 por 1.000 habitantes (Luengo, 2006), encontrándose una proporción de nacidos vivos de madres menores de 15 años, para el año 2006 de 0,6% (DEIS, 2008).

5.2.2.2. Consumo de Sustancias

Según el VI Estudio Nacional de Drogas en Población General (2004), la prevalencia de consumo de cualquier droga ilícita en la Región del Maule fue de 3,7%. En población menor de 18 años, el VI Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar (2005) arrojó una prevalencia de consumo de 11,1%, levemente ascendente comparada con información del año 2001 y 2003. El consumo Regional de cocaína presentó una prevalencia para el año 2005 de 1,9% (CONACE, 2005).

A nivel Regional, un estudio realizado en la VII y VIII región reveló que la edad promedio del primer contacto con el tabaco fue de 12,3 años (DS 1,96), con una prevalencia de consumo de tabaco entre los 11 a 14 años de 12,4% y entre 14 – 19 años de 42,7% (Valdivia *et al*, 2004).

Según los resultados de la ENCVS 2006, en Chile el 49,0% de los jóvenes entre 15 y 29 años fuma. En contraste, el 44,1% declara no haber fumado nunca. Si se analiza la población por sexo, 55,3% del total de hombres jóvenes son fumadores versus el 42,1% de las mujeres (ENCVS, 2006).

En el caso del consumo del alcohol, la Región del Maule, presenta una prevalencia 48,1% en 2004 y 50,6% en 2006, con una tasa de consumo actual de alcohol que tiende a aumentar entre los hombres y permanece prácticamente estable entre las mujeres. La prevalencia de consumo de alcohol, en la población de 12 a 34 años, según sexo presenta una prevalencia de 41,3% en mujeres y un 60.7% en hombres (CONACE, 2006).

5.2.2.3. Trabajo Infantil y Adolescente

Los principales resultados arrojados por la Primera Encuesta Nacional de Actividades de Niños y Adolescentes y el Sistema de Registro de sus Peores Formas señalan que: 196.000 niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años trabajan para el mercado, al menos una hora a la semana. De éstos, 107.676 trabajan en condiciones inaceptables, es decir, no asisten a la escuela, trabajan en la calle, y/o en jornadas extensas o nocturnas; 42.000 realizan trabajo doméstico para su casa por más de media jornada (21 horas y más a la semana); 715 niños, niñas y adolescentes, entre junio 2003 y abril de 2004, se registraron en las peores formas de trabajo infantil. Sólo un 9% de los adolescentes tiene contrato de trabajo, por lo que la mayoría no tiene protección social (MINSAL, 2007). Este estudio no presenta información a nivel regional.

5.2.3. Salud de la Población Adulta de 20 a 64 años (S.S. Maule; 2006; DEIS, 2008)

La población de adultos de la Región del Maule corresponde a 563.741 habitantes lo que constituye el 62% de la población Regional para el año 2002, con una distribución por sexo de 281.211 hombres y 282.530 mujeres, la razón de masculinidad es de 1:1 (INE, 2002).

Las principales causas de muerte para el grupo de 20 a 44 años son en orden decreciente:

1. Accidentes de tránsito de vehículo de motor (29,5 defunciones por 100 mil hab.)
2. Lesiones autoinflingidas (suicidios) (15,0 defunciones por 100 mil hab.)
3. Agresiones (homicidios) (7,8 defunciones por 100 mil hab.)

Utilizando la base de datos de egresos hospitalarios se identificaron las tres principales causas de morbilidad en la población 20-44 años para el período 2004-2005 y en orden decreciente corresponden a:

1. Traumatismo y envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas (3.659 egresos)
2. Enfermedades del sistema digestivo (2.945 egresos)
3. Enfermedades del sistema genitourinario (2.287 egresos)

A su vez se dicotomizaron los principales motivos de consulta general según sexo y grupo etario, encontrando como principales causas de morbilidad en población femenina 20-44 años, embarazo, parto y puerperio, enfermedades del sistema genitourinario y enfermedades sistema digestivo. Las principales causas de morbilidad de la población masculina 20-44 años, fueron: traumatismo y envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas, enfermedades sistema digestivo y trastornos mentales y del comportamiento.

Las principales causas de muerte para el grupo de 45-64 años son en orden decreciente:

4. Enfermedades isquémicas del corazón (58,4 defunciones por 100 mil hab.)
5. Cirrosis y otras enfermedades del hígado (46,6 defunciones por 100 mil hab.)
6. Enfermedades cerebrovasculares (40,0 defunciones por 100 mil hab.)

La morbilidad mediada a través de los egresos hospitalarios de grupo de 45-64 años para el período 2004-2005 se distribuye en forma decreciente de la siguiente manera:

1. Enfermedades del sistema digestivo (2.610 egresos)
2. Enfermedades del sistema genitourinario (2.089 egresos) y
3. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras causas externas (2.022 egresos)

En el subgrupo de población femenina de 45-64 años, las principales causas de consulta en el año 2005 fueron: embarazo, parto y puerperio, enfermedades del sistema genitourinario y enfermedades sistema digestivo. En la población masculina, para este mismo grupo etario se encontraron como principales causas de morbilidad; traumatismo y envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas, enfermedades sistema digestivo y trastornos mentales y del comportamiento.

Un estudio realizado en la comuna de Talca el año 2005 en población adulta de 17 a 74 años mostró que 37% eran fumadores, 70,1% tenían un Índice de masa corporal sobre 25 kg/m^2 lo que indica población con sobrepeso o con obesidad, 37% con presión arterial elevada, de los cuales 37% no lo sabía, 45% tenía hipercolesterolemia, 21,5% tenía bajo colesterol HDL y 26,3% tenía elevada la glicemia en ayuno ($\geq 100 \text{ mg/dl}$) (Tabla 5). Estos valores indican que la población adulta de la comuna de Talca tiene una alta prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, mayor a la reportada por la ENS 2003 (Palomo, 2007). Estos factores de riesgos aumentan con la edad, a excepción del tabaquismo y obesidad y si se considera el envejecimiento de la población se prevé un escenario con una mayor carga de enfermedad en la población Regional.

Tabla 5: Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular por edad y sexo

Factor de riesgo	Total n (%)	Hombres n (%)	Mujeres n (%)
Presión arterial aumentada (Sistólica ≥ 140 y/o Diastólica ≥ 90 mmHg)	370 (36,7)	132 (38,9)	238 (35,6)
18-24 años	6 (8,2)	5 (15,6)	1 (2,4)
25-44 años	85 (20,2)	33 (22,9)	52 (18,8)
45-64 años	199 (48,5)	66 (52,4)	133 (46,8)
65-74 años	80 (76,9)	28 (75,7)	52 (77,6)
Hipercolesterolemia ($>200 \text{ mg/dl}$)	448 (44,5)	137 (40,4)	311 (46,6)
18-24 años	14 (19,2)	6 (18,8)	8 (19,5)
25-44 años	134 (31,9)	49 (34,0)	85 (30,8)
45-64 años	234 (57,1)	59 (46,8)	175 (61,6)
65-74 años	66 (63,5)	23 (62,2)	43 (64,2)
Glicemia aumentada en ayuno ($\geq 100 \text{ mg/dl}$)	265 (26,3)	105 (31,0)	160 (24,0)
18-24 años	2 (2,7)	1 (3,1)	1 (2,4)
25-44 años	60 (14,3)	27 (18,8)	33 (12,0)
45-64 años	150 (36,6)	58 (46,0)	92 (32,4)
65-74 años	53 (51,0)	19 (51,4)	34 (50,8)
Tabaquismo	368 (36,5)	134 (39,5)	234 (35,0)
18-24 años	30 (41,1)	13 (40,6)	17 (41,5)

25-44 años	192 (45,7)	71 (49,3)	121 (43,8)
45-64 años	131 (32,0)	44 (34,9)	87 (30,6)
65-74 años	15 (14,4)	6 (16,2)	9 (13,4)
Sedentarismo	805 (79,9)	262 (77,3)	543 (81,3)
18-24 años	56 (76,7)	19 (59,4)	37 (90,2)
25-44 años	335 (79,8)	113 (78,5)	222 (80,4)
45-64 años	334 (81,5)	99 (78,6)	235 (82,8)
65-74 años	80 (76,9)	31 (83,8)	49 (73,1)
Sobrepeso y Obesidad	705 (70,1%)	250 (74,0)	455 (68,1)
18-24 años	28 (38,4)	15 (46,9)	13 (31,7)
25-44 años	287 (68,3)	113 (78,5)	174 (63,0)
45-64 años	324 (79,0)	103 (81,7)	221 (77,8)
65-74 años	66 (64,1)	19 (52,8)	47 (70,1)
Perímetro de cintura aumentado (Hombres >102 cm, Mujeres >88 cm)	414 (41,1)	83 (24,5)	331 (49,6)
18-24 años	8 (11,0)	4 (12,5)	4 (9,8)
25-44 años	130 (31,10)	28 (19,4)	102 (37,0)
45-64 años	219 (53,4)	41 (32,5)	178 (62,7)
65-74 años	57 (54,8)	10 (27,0)	47 (70,2)

n total: 1007, salvo para sobrepeso y obesidad: 1006

Fuente: Palomo, 2007

También destacan en la población adulta, tanto por su frecuencia como y por que afectan la calidad de vida: problemas de salud buco-dental, disminución de la agudeza visual y auditiva, artritis artrosis, síntomas respiratorios crónicos y la depresión, donde en la Región, si bien la prevalencia es menor a la nacional, la depresión en la Región es mayor en los hombres que en las mujeres, situación diferente a lo que ocurre a nivel nacional donde es mayor en las mujeres.

5.2.3.1. Calidad de vida y salud

Según datos del Ministerio de Salud, obtenidos a través de la ENCVS 2006 en la población adulta estudiada podemos encontrar (ENCV, 2006):

- La prevalencia de tabaquismo por edad y sexo, da cuenta que de la muestra de 20-44 años, 45,3% de los hombres ha fumado en el último mes y 39,6% de las mujeres.
- Con respecto al propósito de abandonar el tabaquismo señala que 49% de los hombres y 55,7% de las mujeres de 20-44 años se ha propuesto dejar de fumar en el próximo mes.

- Para el subgrupo de 44-64 años 28,1% de los hombres y 23,5% de las mujeres ha fumado en el último mes, de los cuales 32,8% de los hombres y 54,9% de las mujeres se ha propuesto dejar de fumar en el próximo mes.
- La prevalencia de bebedores problemas según grupo etario y sexo, demuestra que de la población de 20-44 años, 40% de los hombres y 6,6 % de las mujeres son bebedores problema. Porcentaje que disminuye a 25,3% en los hombres y 4,6% en las mujeres pertenecientes a la muestra de 44-64 años.
- Ante la pregunta de consumo de frutas y verduras todos los días de la semana; 48,7% de la población de 20-44 años respondió positivamente y 65,4% de la población de 44-64 años.
- El consumo de carne de pollo, pavo y pescado de 2 a 3 veces por semana en la población de 20-44 años fue de 59% y en la población de 44-64 años fue 54,7%.
- En la población de 20-44 años 15% de los hombres y sólo 6,7% de las mujeres practica deporte o realiza alguna actividad física fuera del horario de trabajo, presentándose la misma tendencia de inactividad en la muestra de 44-64 años, ya que sólo 1,8% de los hombres y 5,4% de las mujeres practica deporte o realiza alguna actividad física fuera del horario de trabajo.
- Al igual que en las otras regiones, tenemos mayor desarrollo y modernización pero con muchas horas de trabajo, accidentes laborales, estrés y sobrecarga de tareas en la mujer, quienes tienen menor satisfacción con los distintos aspectos de su vida que los hombres.

5.2.4. Salud de la Adultos Mayores de 65 años

El proceso de envejecimiento poblacional ha producido cambios en el perfil demográfico y epidemiológico con un gran impacto en la sociedad. Para esto las cifras censales son una gran herramienta en la toma de decisiones. Comparando los dos últimos censos de población y vivienda, la población de 65 y más años en la Región del Maule creció a una tasa promedio anual de 2,76 personas por cada cien habitantes, es decir, la población adulto mayor pasó de tener 82.874 a 105.563 personas (MIDEPLAN, 2004).

La población mayor de 65 años representó el 11,6% del total de la Región según Censo 2002. En relación al sexo en la Región del Maule en el año 2002 se contabilizaron 55.429 mujeres y 50.134 hombres, proporción por sexo similar al obtenido en el censo 1992. En ambos censos las mujeres se contabilizan alrededor de 3.000 más que los hombres; esto confirma la longevidad de las mujeres, en ambos censos la mujeres de 80 y más son notablemente superiores a los hombres, situación que se muestra en todos los grupos y se observa en la Tabla 6. La población de 65 y más años de la Región del Maule en el año 2006 es de 81.288, 8,34% del total de población regional, los hombres representan el 7,67% y 9% las mujeres (MIDEPLAN, 2004).

Tabla 6: Población adulta mayor según sexo y tramo de edad en la Región del Maule, 1999-2002

Grupos de edad	1992		2002	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
60 a 64	13.005	13.083	15.172	15.502
65 a 69	9.915	9.881	11.857	12.380
70 a 74	7.112	7.850	10.321	11.212
75 a 79	5.048	5.807	6.436	7.138
80 y más	4.529	6.584	6.348	9.197
Total	39.669	43.205	50.134	55.429

Fuente: Elaborado por MIDEPLAN, a partir de Censo de Población y Vivienda 1992 y 2002

En Chile el control de las enfermedades y la disminución de la mortalidad en edades avanzadas inciden en el aumento de la esperanza de vida de la población. En el país la mortalidad en el grupo etario de 65 a 79 años es de 28,7 por 1.000 habitantes, con 28.247 muertes que equivalen al 33,8% del total. En el grupo etario de 80 y más la tasa de mortalidad es de 116,8 por 1.000 habitantes, 27.172 muertes o 32,5% de las ocurridas en el 2003 (OPS; 2007). La tasa de mortalidad de adultos varones de 65 a 79 años en la Región del Maule en el año 2005 es de 37,6 por 1.000 habitantes, mayor a la del país en ese mismo año 36,5 por 1.000 habitantes. Mientras que en las mujeres de ese mismo grupo etario y en ese periodo fue de 21,9 por 1.000 habitantes, también esta es mayor a la nacional (21,6 por 1000 habitantes). En la Región, en el grupo de 80 y más la tasa de mortalidad en hombres es de 145 por 1.000 habitantes y en mujeres es de 111,9, ambas mayores a las registradas a nivel nacional (130,8 por 1.000 y 107,0 por 1.000 respectivamente) (S.S. Maule, 2005).

Dentro de la Región del Maule, las tres comunas que en el año 2006 presentan las más altas tasas de mortalidad en hombres en el grupo de 65 a 79 años son Rauco (60,4 por 1.000 habitantes), Chanco (49,5 por 1.000 habitantes y Río Claro (48,8 por 1.000 habitantes). Las tres más altas tasas de mortalidad en mujeres en este mismo grupo de edad son: Empedrado (51,1 por 1.000 habitantes), Longaví (32,8 por 1.000 habitantes) y Constitución (29,3 por 1.000 habitantes). En el grupo de 80 y más años, las comunas que presentaron las más altas tasas de mortalidad son:

Parral (216,4 por 1.000 habitantes), San Javier (194,6 por 1.000 habitantes) y Teno (182,4 por 1.000 habitantes). En este mismo grupo etario en mujeres las tres más altas tasas de mortalidad están en la comuna de Pelluhue (185,2 por 1.000 habitantes), Chanco (177,1 por 1.000 habitantes) y Molina (153,8 por 1.000 habitantes) (S.S. Maule, 2005)

Las principales causas de muerte en el país en el grupo de 65 a 79 años son:

1. Enfermedades del sistema circulatorio (916,3 muertes)
2. Tumores (866,4 muertes)
3. Enfermedades del sistema respiratorio (238 muertes)
4. Enfermedades del sistema digestivo (238 muertes)

Las principales causas de muerte en el país en el grupo de 80 y más son:

1. Enfermedades del sistema circulatorio (4178 muertes)
2. Tumores (2.056,8 muertes)
3. Enfermedades del sistema respiratorio (1.723,3 muertes) (OPS)

En la Región del Maule las tres principales causas de mortalidad en las personas mayores de 65 años son (DEIS, 2005):

1. Enfermedades cerebro vasculares (464 muertes)
2. Enfermedad isquémica del corazón (403 muertes)
3. Otras formas de enfermedades del corazón (223 muertes).

Las tasas de mortalidad en este grupo etario son mayores en la Región del Maule que en el resto del país.

En relación a los egresos hospitalarios en el país en este grupo etario de 65 a 79, los principales son por causa de:

1. Enfermedades del sistema circulatorio (18,6%)
2. Enfermedades del sistema digestivo (14,5%)
3. Enfermedades del sistema respiratorio (12,7%)
4. Tumores (12,4%)
5. Enfermedades del sistema genito urinario (9,9%)

Las principales causas de egresos en el país en el grupo de 80 y más son:

1. Enfermedades del sistema respiratorio (22,5%)
2. Enfermedades del sistema circulatorio (20,0%)
3. Enfermedades del sistema digestivo (10,6%)

4. Enfermedades del sistema genitourinario (7,3%)
5. Tumores (7,3%) (1).

En el país, las enfermedades crónicas presentan prevalencias mayores en el grupo de 60 y más, con excepción de la depresión y el tabaquismo, cuyas prevalencias son inferiores a la de población general mayor de 17 años (OPS, 2007).

En la región del Maule las tres principales causas de morbilidad en el grupo de personas de más de 65 años son:

- Enfermedades del sistema respiratorio, con una tasa bruta de 420,35 (3148 consultas)
- Enfermedades del sistema circulatorio, con una tasa bruta de 367,21 (2750 consultas)
- Enfermedades del sistema digestivo, con una tasa bruta de 250,37 (1875 consultas)

Estas tasas fueron calculadas considerando la población del censo del año 2002 y por 100.000 habitantes (S. S. Maule, 2005).

En la Región del Maule para el grupo adulto de 65 y más las enfermedades del corazón se perfilan como las principales causas tanto de mortalidad como de morbilidad (S. S. Maule, 2005).

En el país la disminución de la agudeza auditiva alcanza a un 66,6% de los hombres y 49,2% de las mujeres mayores de 60 años; según ENS 2003 se estima para el año 2006 que 33% de los adultos mayores podría requerir audífonos (OPS, 2007). Según datos de esta encuesta, la medición de la agudeza auditiva a través del test de susurro, exhibe 28,2% de disminución auditiva en el país y de 40,1% en la Región del Maule. Según el test del tic-tac se observa en el país y en la Región 37,9% y 28,4% respectivamente, en este último los datos son mayores en el país a diferencia del test del susurro (ENS, 2003).

En el país la disminución de la agudeza visual lejana (con corrección) es de 34,5% en hombres y de 44,2% en mujeres de 60 y más (OPS, 2007). Según ENS 2003 la disminución de la agudeza visual (0,1-0,3) muestra una prevalencia país de 11,2% y en la Región del Maule es de 33,7%, notablemente mayor; la ceguera (<0,1) según esta misma encuesta alcanza 2,6%, siendo de 4,2% en la Región del Maule (ENS, 2003).

Por otro lado, el desdentamiento de alguno de los maxilares es de 41,8% en hombres del grupo de 60 y más y 61,8% en las mujeres. Según la ENS 2003, muestra que las personas desdentadas de algún maxilar en el país alcanzan el 13,3%, no existen registros regionales. La prevalencia de personas desdentadas de ambos maxilares en el país es de 5,5% y en la Región del Maule es

levemente mayor, alcanzando el 5,8%. En relación a la prevalencia de caries dentales, la prevalencia nacional es de 66% y a nivel Regional alcanza el 85,2% (ENS, 2003).

En el país el deterioro cognitivo (Test de Minimental y Pfeiffer) alcanza a 8,5% de la población de 60 y más años. La disminución de la agudeza visual, el desdentamiento y el deterioro cognitivo es más frecuente en mujeres principalmente del área rural (OPS, 2007). En relación al deterioro cognitivo con minimental < a 13, en la ENS 2003 se observa que la prevalencia de país alcanza a 14,9% y en la Región se obtiene 11,8%, al medir deterioro cognitivo y discapacidad (minimental <13 y pfeiffer >6) el país logra 8,5%, no se obtienen datos regionales.

En la Región del Maule durante el año 2006 se realizaron 13.968 ingresos de Controles Salud de adultos de 65 y más años. De los controles de salud (ingresos y seguimientos) son de Adultos mayores autovalentes el 31,2%, son de autovalentes con riesgo de perder esta condición el 53,3%, y de Dependientes/postrados el 15%. En relación a la población de 65 y más, bajo control en la región (43.647 personas) en el año 2006 el 32% es autovalente, 35,7% es autovalente con riesgo, el 30% es dependiente y el 2,5% es postrado (S.S. Maule, 2006). Son beneficiarios del programa de Alimentación Complementaria adulto mayor (PACAM) el 4,5%, este bajo porcentaje es porque el beneficio es fundamentalmente para la población de 70 y más años y algunas excepciones de edad de 65 años, tales como pertenecer al programa Chile solidario, ser portador de tuberculosis, y de 60 y más y aquellos adultos mayores que reciben beneficios del Hogar de Cristo) (S.S. Maule, 2006).

A nivel nacional existen 334.377 personas que manifiestan algún tipo de discapacidad, de las cuales el 43,4% pertenece a la población adulto mayor. En la Región del Maule las personas de 60 y más años que presentan una o más discapacidades de acuerdo a los datos del censo 2002 alcanzan a 10.292 personas, esto equivale al 44,2%, del total de la población discapacitada regional y al 9,8% de la población adulto mayor de la región (MIDEPLAN, 2004).

La discapacidad más frecuente en la Región es la parálisis/lisiado, esta afecta a 4.234 personas (41,1% de los adultos mayores con discapacidades); le sigue en discapacidades la sordera (26,4%), las personas con ceguera son el 16% y 9,4% presenta deficiencia mental. La población adulto mayor que presenta más de una discapacidad es el 6%. En general el patrón de las discapacidades no distingue tramos de edad tanto nacional como regional (MIDEPLAN, 2004).

De los 105.563 adultos mayores de la Región, constituyen fuerza de trabajo apenas 19.684, esta fuerza de trabajo está compuesta por 17.365 ocupados y 2.319 desocupados (cesantes y buscando trabajo por primera vez). En el censo de 1992 la fuerza de trabajo era de 15.997

personas, se aprecia que ha aumentado al compararlo con el censo 2002, en relación a la población adulto mayor cesante se ha incrementado en 210% lo que hace pensar que la vida laboral en este grupo etario es cada vez más extensa en el tiempo por lo que se debería tomar medidas relacionadas al ámbito laboral, previsión y salud (MIDEPLAN, 2004).

De las personas inactivas en el censo del 2002 en la región, el 37,7% refiere dedicarse sólo a quehaceres del hogar, 52,1 es jubilado o rentista, el 3,5% está incapacitado permanente, el 0,3 se dedica a estudiar. De las personas económicamente activas según el censo 2002 (18,6%), el 88,2% está ocupado, el 11,3% está cesante y 0,5% busca empleo por primera vez.

5.2.5. Salud de los grupos étnicos

Según el censo de población 2002, 0,9% (8.557 personas) de la población regional, refirieron pertenecer a algún grupo étnico. En Chile existen 692.192 personas que pertenecen a alguna etnia, de éstas sólo 1,2% vive en la Región del Maule. De los grupos étnicos que existen en la Región del Maule, el mapuche es el que concentra la mayor población con 8.134 personas, representa 95,1% de la población étnica, le sigue la etnia Aymara con sólo 107 personas. La mayor concentración de las etnias en el país se localiza en el área urbana (66,5%) (MIDEPLAN, 2004).

Según el Censo del 2002, el grado de alfabetismo en población de 10 y más en los grupos étnicos de la Región, muestra que 92,6% de esta población sabe leer y escribir, esta proporción es superior a la manifestada a nivel nacional (91,8%). Datos del censo manifiestan que 4,2% de la población mayor de cinco años que pertenece a una etnia no ha tenido ninguna instrucción. Este porcentaje es inferior al nacional (5,6%) de población étnica que manifestó no tener ninguna instrucción (MIDEPLAN, 2004).

El primer estudio sociodemográfico y epidemiológico de los pueblos indígenas realizado en 1997 por Toledo mostró desigualdades al comparar estos grupos con el resto del país. Para el pueblo atacameño las tasas de mortalidad infantil son elevadas, superiores en 40 puntos a la media nacional, para la población Aymará menor esperanza de vida al nacer, inferior en 10 años; bajo índice de swaroop, (índice utilizado en poblaciones con diferente estructura de edades, un valor más elevado indica mejor situación sanitaria) equivalente al que tenía el país en el inicio de los ochenta; patrón de causas de muerte pretransición epidemiológica para el grupo Aymará. Las condiciones de salud son más deterioradas para los pueblos indígenas que viven en centros urbanos que para aquellos que viven en población rural. La incidencia de muerte por bronconeumonía en niños mapuches menores de cinco años, es más elevada que en niños que no

lo son (Oyarce, 2004). En las zonas de alta concentración indígena existen tasas mayores de TBC, con especial vulnerabilidad la población Aymara, ya que el Servicio de Salud Arica tiene una tasa de mortalidad por TBC que duplica a la nacional.

5.2.6. Salud de los trabajadores

En la Región del Maule el sector que en el año 2002 contrató más trabajadores fue “Agricultura, caza y pesca” (109.290 personas) seguido de “Servicios Personales” (68.480 personas) y “Comercio, hoteles y restaurantes” (55.080 personas). En el año 2003 se mantiene la misma estructura (PRSP, 2007).

En Chile la fuerza de trabajo ocupada (FTO) representa 38,9% de la población del país (6,5 millones de personas). La relación que se da entre situación de salud, condiciones de trabajo y calidad del empleo es prioritario para el Ministerio de Salud de Chile, para que las personas trabajen en ambientes libres de riesgos y alcancen el máximo desarrollo personal. Además de lograr la equidad para desarrollar trabajos libres de riesgos, avanzar a la igualdad en el acceso a los sistemas de seguros en los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y a lograr una capacitación en los trabajadores y empleadores. En la Región del Maule la FTO estimada es de 376.800 personas, de las cuales 357.790 estaban trabajando al mes de diciembre del año 2005, lo que representa una proporción de 94,9% de la población ocupada, según INE 2005 (PRSP 2007). En ese mismo año la actividad silvoagropecuaria alcanzó una importancia relativa de 37% (7 puntos más que el 2004), alcanzó una importancia relativa de 20% los rubros de servicios comunales, 24% comercio y 11% la industria manufacturera (INE, 2003; Ministerio del Trabajo, 2008).

La población trabajadora del país el año 2004 alcanzaba a 5.750.000 personas, de éstas 38% no estaba protegida por el seguro laboral, vale decir, 2.185.000 trabajadores (INE, 2005). Esta proporción es mayor en la Región del Maule; la cifra de trabajadores desprotegidos llega para el mismo año a 51,7%, es decir 163.477 de los 338.400 ocupados. En el año 2005, en la Región, de los 357.790 trabajadores que se encontraban trabajando, 171.138 estaban cubiertos por la Ley 16.744, lo que corresponde a 48%, lo que da cuenta que este indicador a empeorado respecto de lo ocurrido el año 2004 (PRSP, 2007).

En relación a los accidentes de trabajo, en Chile en el año 2004 ocurrieron al menos 297, y la tasa de accidentes con desenlace fatal fue de 10,3 por 100.000 trabajadores. Fueron accidentes de trayecto al trabajo 28%. Desde el año 2000 ha habido una disminución de la tendencia (14,12

accidentes por 100.000 trabajadores), aunque se ha mantenido la proporción de accidente fatales. La tasa de accidentabilidad se ha mantenido estable durante el periodo 2000-2004, oscilando entre 8,66% y 8,24% (OPS, 2007). Entretanto en el año 2005 la tasa de accidentabilidad regional fue de 6,8% lo que representa una disminución con respecto al año 2004 en que esta cifra se ubicó en los 7,2%. Del total de accidentes reportados 21,8% ocurrió en mujeres que en términos absolutos corresponde a 2.551 casos (PRSP 2007).

En relación al accidentabilidad laboral en la Región del Maule, las empresas clasifican el riesgo que representa la actividad que realizan los trabajadores, así las industrias de alto riesgo son aquellas que presentan una cotización adicional diferenciada igual o superior al 3,0%. De acuerdo a un catastro de la Región realizado por la SEREMI de Salud del Maule en el año 2005, se encuentran en alto riesgo 1.907 empresas, 8,8% del total (PRSP, 2007).

En la Región del Maule al comparar los accidentes notificados, los de Instituto de Normalización Previsional son menores a los observados en trabajadores afiliados a Mutualidades, aunque no hay diferencias sustanciales en las condiciones laborales y de prevención de riesgo entre ambas (PRSP, 2007).

Es necesario destacar que 52% de la población trabajadora en la Región del Maule esta desprotegida, por lo que se desconoce la real magnitud de las enfermedades profesionales y de los accidentes laborales; es decir 163.477 de 338.400 ocupados según INE diciembre 2004. En el año 2005, de los 357.790 trabajadores que se encuentran trabajando 171.138 están cubiertos por la Ley 16.744, lo que corresponde a un 48%, lo que da cuenta que este indicador a empeorado respecto de lo ocurrido el año anterior (PRSP 2007).

Aunque las características laborales en la Región del Maule han permanecido estables en los últimos años, la vigilancia epidemiológica ha sido más eficiente, esto puede explicar el aumento de la tasa de accidentabilidad, considerando que aún existe subnotificación, ya que cuando el trabajador fallece días después del accidente este se notifica sin discriminar el tipo de accidente, tampoco hay una concordancia entre el número de trabajadores en una comuna versus el número de accidentes notificados. Por otro lado, es interesante resaltar que la mayoría de los accidentes ocurre en trabajadores con edades entre 25 y 50 años, esto representa un alto costo económico al analizar el indicador AVPP y de trabajadores con calificación para el cargo que desempeñan, por lo que es una dificultad reemplazarlos; sin duda la pérdida mayor es para la familia, ya que son jefes de hogar y el único sustento para su familia (PRSP 2007).

Para el 2004 la tasa anual de enfermedades profesionales registradas en el país fue de 0,15%, y para el año 2000 de 0,10. En relación a la pérdida de días de trabajo en el 2004, se perdió un día laboral por trabajador y 0,03 días de trabajo por enfermedades profesionales. Este mismo año los accidentes de trabajo llegaron a 240.000 en empresas afiliadas a mutualidades de empleadores (Ley 16.744) (OPS, 2007).

Producto de los cambios económicos que ha experimentado el país y la región, donde ha habido innovación en el diseño de los lugares de trabajo, cambios en la relación contractual entre trabajadores y empresarios, todas estas manifestaciones han resultado en: aumento de mujeres en el trabajo remunerado, extensión de la jornada laboral, desprotección social, aumento del trabajo infantil, contratación por temporadas, precariedad laboral, ambientes laborales poco saludables que se traduciría en enfermedades músculo esqueléticas y de la salud mental (PRSP 2007).

En relación a las enfermedades profesionales en la Región del Maule, la frecuencia es similar por sexo, pero considerando que la población trabajadora es mayoritariamente masculina, son las mujeres las más afectadas por estas enfermedades. En cuanto a los diagnósticos de los casos que han sido notificados y que provienen de las mutualidades, ya que no hay información de INP, se encuentran: afección al sistema músculo esquelético, 67%; picaduras de insecto, 10,5%; alteraciones en sistema respiratorio y salud mental (PRSP 2007).

La intoxicación aguda de origen laboral por plaguicida se considera un accidente de trabajo. Se ha observado en el país que desde que existe la notificación obligatoria (año 2004) se ha duplicado el número de casos informados; así en el año 2005 se observó que hubo 461 trabajadores afectados (tasa de 63 por 100.000 trabajadores). En este mismo año, las mayores tasas de intoxicación laboral por 100.000 trabajadores se observaron en las regiones Metropolitana (148), la V (101) y la VI (92), en estas regiones se concentra el trabajo en agricultura, caza y pesca. Según sexo, 53% fue en hombres, con un promedio de edad de 33 años; en los menores de 18 años se notificaron 25 casos laborales (OPS, 2007).

En relación a la vigilancia de las intoxicaciones por plaguicidas en la Región del Maule, se sabe que la importación de plaguicidas ha ido en aumento en las últimas tres décadas. En el año 1998, la Región del Maule recibió 20% de la importación nacional (18.000 toneladas), ya en el año 2003 recibió un 23% de importación nacional (27.454 toneladas), la Región en ese año fue superada sólo por la región Metropolitana y por la VI región. Se ha observado en la Región del Maule en el periodo 2001-2005 una baja sostenida en cuanto a la notificación; ya en el año 2005 se observa un aumento en éstas, de 47 intoxicaciones en el 2004 aumenta a 137 en el año 2005; esto se explicaría por la detección de un brote en la comuna de San Clemente (PRSP, 2007).

La letalidad como indicador de evaluación de la gravedad, se observa que ha tenido un descenso (dos casos en el año 2003) y las hospitalizaciones (otro indicador que evalúa la gravedad), muestra para el año 2005, 74% de hospitalizaciones, lo que refleja la importancia de las intoxicaciones. Por otro lado, 62% de las intoxicaciones por plaguicidas afectó a hombres. Las mujeres estarían afectadas debido a la falta de cumplimiento de normas por parte del empleador, como ocurre en los casos de mantenerlas al interior de los predios en una desinfección o por no respetar el período antes del reingreso post desinfección. El 68% de las intoxicaciones se presentó en el trabajo, en el año 2005, situación esperable pues es ahí donde están en contacto con el plaguicida. Muchas veces estas intoxicaciones ocurren por desconocimiento de los trabajadores de la legislación vigente, como también el desconocimiento se observa en supervisores y empleadores (PRSP, 2007).

También en el país ha habido un aumento de la cobertura de inspección en prevención de riesgo, la fiscalización de industrias priorizadas por riesgo, en el año 2005 fue de 8%, incrementándose a 15% en el año 2006 (OPS, 2007). Con respecto a las fiscalizaciones realizadas en esta Región, en el año 2005 se efectuaron 3.288, en el universo de 20.106 empresas que han sido catastradas y cubiertas por la ley 16.744; se alcanzó 16,3% de cobertura en ese periodo. Se sabe que existe un número no menor de empresas que se encuentran fuera de los beneficios legales, por lo tanto alejadas de prestaciones médicas y preventivas sujetas a la disposición legal la que corresponde a la estipulada en la Ley N°16.744, de 1° de febrero de 1968, es la norma matriz referida a las condiciones de seguridad e higiene que deben imperar en los lugares de trabajo, conforme a su Título VII A Prevención de Riesgos Profesionales, Artículo 65 y siguientes (Salud Laboral, 2003).

5.2.7. Salud de las personas con discapacidad

El 12% de la población chilena presentan algún tipo de discapacidad, lo cual equivale a 2.068.072 personas. Es decir una de cada 8 personas presenta esta condición. A su vez, en la Región del Maule 17,7% de la población presenta discapacidad, observándose entonces que en la Región la tasa de discapacidad es mayor que la tasa nacional. En relación al grado de severidad, en la Región se registra un 10% de discapacidad en grado leve (el porcentaje nacional es 7,2%); 4,5% moderado y 3,2% severo. El mayor porcentaje de las personas con discapacidad se ubican en un rango etario que va de los 30 a los 65 años (50,7%). Los adultos mayores, es decir discapacitados sobre 65 años alcanzan un porcentaje de 37% (Endisc, 2004).

Del total de la población con deficiencias en la Región del Maule, 29,2% corresponde a deficiencias físicas; 25,5% deficiencia visual; 16,4% deficiencias múltiples; 8,4% deficiencias auditivas; 8,3% deficiencia intelectual; 7,9% deficiencia psiquiátrica y 4,3% deficiencia visceral (Endisc, 2004).

No existe consenso sobre la causa del importante número de personas con discapacidad, sí lo existe sobre la necesidad de realizar un abordaje integral y equitativo que permita un mayor acceso no sólo a la rehabilitación sino también a las actividades de promoción y prevención (Fonadis, 2007)

Si bien es cierto la discapacidad física relacionada con la movilidad es la más evidente, la presencia de otras relacionadas con lo sensorial, lo visceral y la intelectual dificultan el desarrollo de funciones más complejas como lo es la comunicación, lo cual limita el acceso a la integración social de las personas con discapacidad. En general la limitación en la funcionalidad de las personas a lo largo del ciclo vital es una preocupación establecida en las orientaciones de los Ministerios de Salud, Educación y Planificación.

5.3. Causas posibles que hacen a la Región del Maule tener una mayor mortalidad que el país¹

De las diez patologías que provocan la mayor cantidad de defunciones en la Región del Maule (Tabla 7), nueve presentan una tasa de mortalidad mayor que la nacional. Una explicación para esta situación son los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Entre éstos se encuentran: desocupación, ocupación, pobreza e indigencia, desigualdad de ingresos, analfabetismo y baja escolaridad, hogares y barrios “insalubres”, género, la familia, baja participación y cohesión social, entre otros. Estos factores en general son desfavorables y afectan a un número importante de la población de la Región y podría explicar en parte las diferencias entre la Región y el país. Los DSS afectan a la población haciéndola más susceptible de enfermar o morir por cualquier patología, por lo cual son transversales a todas las enfermedades. Del mismo modo, los DSS afectan la oportunidad de la población de buscar ayuda y acceder a los tratamientos y prevención de las enfermedades. Por lo cual la inter-sectorialidad es requisito fundamental para preservar y mejorar la salud de la Región. En este mismo sentido, se requiere una población con trabajo y con ingresos suficientes, con educación, con barrios saludables (disposición de excretas, control de vectores, disposición de basura y agua potable, sin perros vagos) y que tenga redes de apoyo para mejorar la salud de la región.

¹ Más detalles de las causas de mortalidad, en Anexo 1: Mortalidad por grupo etario en Chile y el Maule.

Por otra parte existen otras explicaciones al mayor daño de la Región en términos de salud y serán abordados de acuerdo a las patologías:

Enfermedades cardiovasculares (ECV): en esta familia de enfermedades están incluidas las enfermedades cerebrovasculares (primera causa de muerte), enfermedades isquémicas del corazón (segunda causa de muerte), otras formas de enfermedades del corazón (tercera causa de muerte), y enfermedades hipertensivas (novena causa de muerte). Estas enfermedades se encuentran mayoritariamente ligada a los Estilos de Vida de la población. En este sentido la población de la región tiene alta prevalencia de Estilos de Vida perjudiciales para la salud y baja prevalencia de factores protectores.

Estilos de vida perjudiciales para las ECV

Tabaquismo. La alta prevalencia de tabaquismo (36%) y la exposición al humo del tabaco de los no fumadores, que no ha sido cuantificada, se ve favorecida por la publicidad realizada por las tabacaleras y a la maliciosa fabricación de cigarrillos, los cuales producen dependencia. Sumado a esto está el hecho de que las tabacaleras están concentradas en vender sus producto a los jóvenes, que tienen bajo discernimiento. También está el hecho que los fumadores exponen al resto de la población al humo del cigarro. Por otra parte, hay poblaciones que se encuentran especialmente vulnerables a la exposición al tabaco como los trabajadores de restaurantes, Pubs y discoteques que deben trabajar bajo condiciones inaceptables relativas a la contaminación del aire.

El cigarrillo no sólo está asociado con una mayor mortalidad y morbilidad por ECV, sino que también aumenta la mortalidad y morbilidad por cáncer (labios, boca, faringe, esófago, páncreas, laringe, tráquea, bronquios, pulmón, útero, vejiga, riñón y otras partes del tracto urinario), enfermedades respiratorias y quemaduras. Se debe contemplar el daño y gasto social por causa de incendios tanto domiciliarios como forestales. También está asociado a daños en niños como: bajo peso al nacer, parto prematuro, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido y otras condiciones respiratorio que afectan a los recién nacidos. El tabaco (incluso para las fumadoras pasivas) aumenta el riesgo de muerte súbita y de algunas malformaciones congénitas, como el labio leporino y síndrome de Poland.

Dieta inapropiada: Los comportamientos de la población relativos a la dieta están influenciados por muchos factores tales como: la cultura, aspectos sociodemográficos, la proporción de mujeres en la fuerza de trabajo, consumismo y economía, industrias que elabora alimentos, publicidad, venta de alimentos y salud. La dieta inapropiada esta

asociada a las enfermedades crónicas, no sólo las ECV. Una dieta rica en grasa hace subir el colesterol y el colesterol es un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, del mismo modo las dietas ricas en sal elevan la presión arterial lo cual también es un factor de riesgo para las ECV, especialmente los accidentes cerebrovasculares (primera causa de muerte en mujeres y segunda causa de muerte en hombres). Una dieta inapropiada favorece la obesidad y sobrepeso que en la región alcanza al 54,4% en población adulta (18 a 75 años).

Sedentarismo (92%). Es importante destacar que los porcentajes señalados son sólo para la población adulta de 18 a 74 años y que los niños también están afectados por el sedentarismo. El sedentarismo es un factor causal de la obesidad.

La realización de actividad física produce innumerables beneficios en el organismo, afectando positivamente varios sistemas: sistema circulatorio, pulmonar, neuromuscular, esquelético, metabólico e inmune.

En la encuesta Calidad de Vida 2006, la población de la Región manifestó como un problema la falta de áreas verdes y lugares de esparcimiento. Sin duda esto dificulta la realización de actividad física. Por otro lado los establecimientos educacionales parecieran no comprender la importancia de la actividad física de los niños y no es incentivada. Generalmente las horas de gimnasia son acumuladas una vez a la semana, con lo cual se pierde la idea de actividad física periódicas. Lo que sucede en la actualidad es que las tres horas de gimnasia de las escuelas se juntan y se realizan una vez por semana, donde se pierden beneficios. Si éstas se realizaran una hora, pero tres veces por semana, los beneficios para la salud de los niños serían mayores.

Otro factor que incide en el sedentarismo es que los sectores involucrados en la calidad de vida de la población no trabajan coordinados y se cometen errores en el diseño de las ciudades y pueblos, donde no se contempla el espacio para la actividad física segura. Un ejemplo de esto es la construcción de nuevas vías vehiculares sin vía segmentada para ciclistas, práctica común en la Región. Esto además incrementa los riesgos de tener accidentes de tránsito, también frecuentes en la Región.

Abuso de alcohol: El consumo crónico de alcohol puede producir cambios degenerativos del corazón y de esta forma contribuir a la mortalidad por ECV. El consumo de alcohol en la región es alto. El 34,3% de los hombres es bebedor problema y 7,5% de las mujeres. Este mayor consumo de alcohol en la región está influenciado por los DSS previamente

mencionados sumado a la aceptación social del alcoholismo y a que en la región se puede comprar a un bajo precio. El alcoholismo además es un factor de riesgo para malformaciones congénitas.

Estilos de vida protectores para las EVC

Dentro de los estilos de vida protectores se encuentra consumo de verduras y frutas que en la región es bajo (39%). Existen algunas explicaciones que favorecen el bajo consumo de frutas y verduras en la Región, a pesar que en la región se producen éstos productos. Entre ellas se encuentra que la comida “chatarra” que aporta mucha caloría y de baja calidad nutricional cuenta con una red de distribución muy amplia como por ejemplo la mayoría de los Kiosco de las escuelas, colegios y liceos de la Región, donde se promueve su consumo a los niños, que cuentan con bajo o nula capacidad de discernimiento. Por otra parte estos productos son publicitados por la televisión con promociones de regalos que cautiva a los más pequeños. Por el contrario la alimentación saludable no cuenta con mucha publicidad y no esta disponible, a precios competitivos, para la población.

En la ciudad de Talca se suma otra dificultad para que la población acceda a frutas y verduras a un precio razonable. Existe un solo lugar donde se venden verduras a precios bajos, el CREA. El cual es de difícil acceso, ya que esta alejando de las poblaciones de menores recursos por lo cual se necesita utilizar locomoción colectiva, lo que encarece la compra. En la ciudad de Talca no existen las “Ferias” que se instalan en los barrios y acercan las frutas y verduras a la población. En la actualidad los almacenes establecidos en los barrios ofrecen estos productos a precios más altos, lo que constituye una barrera al consumo para muchos hogares.

La biología y genética influye marginalmente en la mayor tasa de mortalidad por las enfermedades cardiovasculares. El acceso a la salud ha contribuido al descenso de la mortalidad por esta causa en todo el país incluyendo la región del Maule, pero aún existe una proporción que tiene limitado acceso a la salud especialmente por la ruralidad y la conectividad de la Región. Si bien la mortalidad ha disminuido, la enfermedad se sigue produciendo y provocando secuelas en las persona y familias afectadas.

Accidentes de tránsito de vehículo de motor: Los accidentes son la quinta causa de muerte en la Región. Las causas que subyacen a esta condición son diversas. Los DSS, especialmente la educación, ingresos y el género, aportan a explicar por que la población se muere por accidentes. Los hombres son los más afectados por accidentes, siendo la tercera causa de muerte en ellos en

de todas las edades. Si bien se producen más accidentes en la áreas urbanas (71%), la mayor cantidad de muertes se produce en el área rural, donde la educación y el NSE son más bajo. Los estilos de vida como el asumir mayores riesgos, también juegan un rol importante, ya que el exceso de velocidad, consumo de alcohol, respeto por las leyes del tránsito determina una mayor accidentabilidad.

La mayor cantidad de muertes se produce por atropellos (40%)² por lo cual las conductas de los peatones deben ser monitoreadas y ellos junto con los conductores deben ser educados para evitar las muertes y discapacidad. De las causas reportadas, la imprudencia del conductor, es la más frecuente (47%). Esto puede tener varias explicaciones: conductores inexpertos o muy jóvenes, la no profesionalización de la conducción, bajas sanciones para los infractores y bajos estándares para otorgar licencias de conducir. Si bien la Región tiene una alta tasa de alcoholismo, éste es responsable del 12,7% de las muertes por accidentes.

El acceso a la salud juega un rol en los accidentes, especialmente si se considera que la mayor cantidad de muertes se produce en el área rural donde el acceso a tratamiento oportuno de los heridos es vital para evitar las muertes en muchos casos. Esto no quiere decir que deban implementarse centros especializados en las áreas rurales para evitar la muerte de los accidentados, sino que es importante trabajar, especialmente en el área rural, en prevención.

En resumen, la región tiene una mayor tasa de muertes por accidentes de vehículos debido a que cuenta con una población de menor educación que se traduce en una serie de conductas de riesgo ya señaladas.

Tumor maligno de estómago (cáncer gástrico): Con respecto a los factores de riesgo, es sabida la participación de agentes infecciosos en el desarrollo de cáncer de estómago, específicamente, la infección crónica por *Helicobacter (H) pylori*. Estudios realizados en el país muestran una relación entre mortalidad por cáncer gástrico y prevalencia de *H pylori* en adultos jóvenes. Por otro lado se ha reportado la relación entre *H pylori* y nivel socioeconómico, un reflejo de esto es la correlación entre Índice de Desarrollo Humano (IDH) y la Razón de mortalidad estandarizada suavizada por cáncer gástrico.³ La colonización por *H pylori* esta asociada a la pobreza y condiciones sanitarias deficientes, ambas situaciones comunes en la región y que explicarían en parte el exceso de mortalidad por esta causa en la Región.

² *Siniestros de Tránsito Región del Maule – Año 2007*. Disponible en: http://www.conaset.cl/images/doc/VII_region_2007.pdf

³ Icaza G, Nuñez L. *Rev Med de Chile* 2007; 165: 1397-1405

Diabetes mellitas: La diabetes mellitas es una enfermedad crónica caracterizado por un estado de hiperglicemia producida por factores genéticos y alimentarios.

Si bien existe un componente genético indudable en la aparición de esta enfermedad, también no es menos cierto que factores de riesgo como la obesidad y el sedentarismo son factores de riesgo modificables para diabetes. Así las causas de la alta tasa prevalencia de diabetes en la región pueden explicarse por estilos de vida de la población, por ejemplo, sedentarismo, bajo consumo de frutas y verduras y alto consumo de grasa. En la Región es frecuente cocinar con manteca y sus derivados lo que pone a la población en un mayor riesgo. A esto se suma lo antes dicho en relación a la comida “chatarra”.

También es importante considerar de qué manera se están desarrollando los niños, para evitar los problemas antes mencionados y asegurar una buena calidad de vida. El porcentaje de malnutrición por exceso en la población infantil es aproximadamente 16%, y la obesidad, principal factor de riesgo para diabetes, de 7,5% en la población infantil. En la población escolar el porcentaje de obesidad es de 17,3%. Situación que no cambia en nuestra población adulta donde alcanza al 54%. Sin duda esta alta tasa de obesidad es una de las causas de la prevalencia de diabetes en la Región. Por otra parte, el sedentarismo en la población mayor de 15 años es uno de los altos del país, según encuesta de calidad de vida y salud Chile 2000, el 78% de la población no realiza actividad física y 15% lo hace menos de tres veces por semana. La interacción entre sedentarismo y obesidad generan las condiciones favorables para la aparición de diabetes.

Bajo esta perspectiva, la carga de enfermedad en nuestra región seguirá siendo alta, ya que la población en riesgo, niños y adultos que no han presentado aún la enfermedad, mantiene conductas de riesgo, y la población diabética bajo control presenta baja adhesividad a los tratamientos nutricionales y de actividad física. Además los DSS tales como: educación, nivel socioeconómico, recreación y ambiente social son primordiales en el control de esta patología y en esta región hay un nivel educacional y socioeconómico deprimido.

Enfermedad Obstructiva Crónica: generalmente asociada con enfisema y bronquitis crónica. La causa principal, sobre el 90%, se debe al tabaquismo y a la exposición domiciliar al humo por combustión de carbón o leña.

La prevalencia de tabaquismo en la región del Maule es de 36% y los principales sistemas de calefacción en la población de menos recursos es el carbón y la leña, añadiéndose a esto las deficiencias en las viviendas de la población (hacinamiento y humedad), generan condiciones ideales para la aparición y mantención de casos de Enfermedad Obstructiva Crónica. Es decir las

determinantes sociales de salud juegan un rol fundamental en la prevención, control, y rehabilitación de estas patologías.

Neumonía: La tasa de mortalidad por neumonía (enfermedad infecciosa) que presenta la región, por sobre la tasa nacional, se debe a la presencia de factores de riesgo como: hacinamiento, tabaquismo; sobretodo madre fumadora (aumenta al doble el riesgo relativo de neumonías en lactante); contaminantes intra-domiciliarios por uso de combustibles para calefacción y cocina y baja escolaridad materna. En esta patología, al igual que la anterior los factores de riesgo son el tabaquismo (36%), uso de leña y carbón en calefacción o cocina. Además contribuyen a esta situación otros DSS como pobreza, calidad de la vivienda, nivel socioeconómico y educacional de la madre.

Tabla 7: Tasas de mortalidad por 100.000 hab. de las diez principales causas de muerte de Chile y Región del Maule según importancia, 2005

Causas de muerte	Maule	Chile
Enfermedades cerebrovasculares	56,8	48,7
Enfermedades isquémicas del corazón	53,4	47,4
Otras formas de enfermedades del corazón	26,7	24
Neumonía	23,9	17,5
Accidentes de tránsito de vehículo de motor	22	17,5
Diabetes Mellitus	21,6	13
Tumor maligno de estómago	21,3	20,9
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	19,9	19,1
Enfermedades hipertensivas	19,9	19,3
Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	19,3	19,5

Fuente: DEIS 2008.

Al analizar las causas de muerte por grupo etario aparecen otras causas de muerte, distintas a las de la Tabla 7, especialmente en los menores de 9 años, las cuales se explican a continuación. Además la mortalidad por causas externas se desagregó en sus componentes más importantes.

Las causas específicas de mortalidad del grupo de **causas externas** según la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE 10) son:

- Accidente del tránsito.
- Otras causas externas de traumatismos accidentales

- Caídas
- Exposición a fuerzas mecánicas inanimadas
- Exposición a fuerzas mecánicas animadas
- Ahogamiento y sumersión accidentales.
- Accidentes que obstruyen la respiración
- Exposición a la corriente eléctrica, radiación y temperatura y presión del aire ambientales extremas
- Exposición a humo, fuego y llamas
- Contacto con calor y sustancias calientes
- Contacto traumático con animales y plantas venenosas
- Exposición a la fuerza de la naturaleza
- Envenenamientos accidentales por, y exposición a sustancias nocivas
- Exceso de esfuerzo, viajes y privación
- Exposición accidental a otros factores y a los no especificados
- Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios).
- Agresiones (homicidios).
- Eventos de intención no determinada.
- Exposiciones a factores no especificados.

Las **malformaciones congénitas** se han producido históricamente en la Región y en el país, pero desde que la mortalidad por enfermedades infecciosas bajó, las malformaciones congénitas se hicieron más notorias y se les ha dado mayor importancia. En la región se pensó que la exposición a pesticidas de las embarazadas podía ser la causa para la producción de malformaciones, pero los últimos análisis del seguimiento de malformaciones congénitas que se realiza en Linares por el equipo de la Dra. Canessa no han podido verificar esta hipótesis.⁴ Los factores de riesgo de las malformaciones congénitas son el tabaquismo de la madre o la exposición al humo del tabaco de la madre y el consumo de alcohol. La malformación congénita más frecuente en la Región y Chile fueron las Malformaciones congénitas del sistema circulatorio (Q20-Q28) con una tasa de 28.37 y 20.28 defunciones por 100.000 habitantes respectivamente.

Los **trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos** del período perinatal constituyen la tercera causa de muerte en los menores de 4 años. El período perinatal abarca entre las 22 semanas de gestación y los primeros 28 días de vida. Los factores de riesgo para este grupo de enfermedades es la exposición al tabaco de la madre durante el embarazo, el uso de drogas, consumo de alcohol (cualquier dosis), retardo del crecimiento intrauterino, partos prematuros, a su vez éstos factores de riesgo están influenciados por la educación de la madre, la edad de la madre, siendo las adolescentes las que tienen mayor riesgo por diversas razones, por ejemplo: baja escolaridad, embarazo no deseado y pocos controles prenatales y pobreza. Los trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del período perinatal también pueden producirse por

⁴ Conversación personal con Dra. Canessa.

un trabajo de parto prolongado, es decir el acceso y la oportunidad de la atención médica también influye en estas patologías.

La mortalidad por neumonía es una causa evitable de muerte. La neumonía es una infección de los pulmones, los cuales se llenan de líquido y la respiración se hace difícil. La infección puede ser causada por distintos tipos de microorganismos: bacterias, virus, hongos y micoplasmas. La neumonía generalmente es viral. La neumonía bacteriana puede ocurrir a cualquier edad y frecuentemente en personas que tienen su sistema inmune deprimido por el alcoholismo, problemas pulmonares, cirugías recientes u otras enfermedades. Existe una vacuna disponible para este tipo de enfermedad, que es recomendada para adultos mayores de 65 años y niños prematuros, pero protege sólo de las neumonías Bacterianas. Algunos factores de riesgo para la neumonía en niños son: la edad de la madre, las madres adolescentes consultan tardíamente lo que puede ocasionar la muerte del niño/a, la ruralidad también es un factor de riesgo ya que tienen mayor dificultad para acceder a la atención médica oportuna, la educación de la madre es un factor de riesgo, madres con menor educación tienen mayor dificultad para proporcionar los cuidados necesarios a los niños. Los niños prematuros tienen un mayor riesgo de desarrollar neumonía ya que su sistema respiratorio es inmaduro. Los determinantes sociales también juegan un rol importante en la mortalidad por neumonía en los menores de cuatro años.

En el grupo etario de 5 -9 años, la primera causa de muerte, **accidentes de tránsito** (6 casos), ya fue abordada anteriormente. Es importante considerar que el número de defunciones es bajo para cada causa en este grupo etario. La segunda causa de muerte, **Traumatismos de la cabeza** (4 casos) (como consecuencia de causa externa) y la tercera causa es **otros efectos y los no especificados de causas externas** (2 casos) pueden estar mal clasificados, porque el traumatismo de cabeza o los otros efectos de causas externas pueden deberse a una caída, a un accidente de tránsito u otra causa externa, pero no lo sabemos. Esto puede ser más bien un error en el certificado de defunción donde no se consignó a cuál de las categorías de causa externa pertenecen. En el tercer lugar se encuentran también los **trastornos metabólicos** (2 casos) donde la genética juega un rol y **tumor benignos in situ y de comportamiento incierto** (2 casos), que a pesar de ser benigno su localización haya sido lo que originó la muerte.

Para este grupo etario sería necesario realizar estudios donde se agregaran años y ver cuáles son las principales causas de muerte ya que pudieran cambiar año a año, especialmente de la segunda causa de muerte en adelante. Lo que si está claro es que los accidentes son la primera causa de muerte a nivel local y nacional en este grupo etario.

En el grupo de 10 a 19 años aparece como tercera causa de muerte los **suicidios** y en el grupo de 20-44 años los suicidios son la segunda causa de muerte.

La adolescencia es un período del desarrollo de mucho estrés lleno de cambios muy importantes: cambios en el cuerpo, cambios en las ideas y cambios en los sentimientos. El intenso estrés, confusión, miedo e incertidumbre, así como la presión por el éxito y la capacidad de pensar acerca de las cosas desde un nuevo punto de vista influyen en las capacidades del adolescente para resolver problemas y tomar decisiones. Para algunos adolescentes, los cambios normales del desarrollo, a veces acompañados por otros hechos o cambios en la familia como el divorcio, cambios de amistades, dificultades en la escuela u otras pérdidas, pueden causar gran perturbación y resultar abrumadores. Los problemas pueden apreciarse como demasiado violentos o difíciles de sobrellevar.

Los factores de riesgo del suicidio varían de acuerdo con la edad, el sexo y las influencias culturales y sociales, y pueden modificarse a lo largo del tiempo. Por lo general, los factores de riesgo del suicidio se presentan combinados. A continuación, se incluyen algunos de los factores de riesgo que pueden presentarse:

- Uno o más trastornos mentales diagnosticables o trastornos de abuso de sustancias
- Comportamientos impulsivos
- Acontecimientos de la vida no deseados o pérdidas recientes (por ejemplo, el divorcio de los padres)
- Antecedentes familiares de trastornos mentales o abuso de sustancias
- Antecedentes familiares de suicidio
- Violencia familiar, incluido el abuso físico, sexual o verbal/emocional
- Intento de suicidio previo
- Presencia de armas de fuego en el hogar
- Encarcelación
- Exposición a comportamientos suicidas de otras personas, incluyendo la familia, los amigos, en las noticias o en historias de ficción
- Depresión

La tasa de suicidio de los adolescentes de la región es similar a la nacional, aunque para Chile el suicidio es la primera causa de muerte en adolescentes y en la región el suicidio es la tercera causa de muerte en adolescentes. En el grupo de 20 a 44 años la tasa de suicidio es levemente mayor que la nacional, probablemente asociada a la depresión de la población, la cual se ve favorecida por la falta de oportunidades y el desempleo, pero es algo que no ha sido estudiado. Aunque en la región la prevalencia de depresión es similar a la nacional, los hombres de la región tienen más depresión que los hombres de Chile, según la Encuesta Nacional de Salud 2003.

Las **agresiones** son la tercera causa de muerte en la población de 20-44 años y su tasa es levemente menor a la nacional. Esta causa de muerte es más frecuente en los hombres, pero las mujeres también son afectadas. Las agresiones pueden verse incrementadas con el uso de alcohol y drogas y la mayor violencia que experimenta la sociedad en la actualidad. Desde pequeños los niños son expuestos a programas violentos y juegos infantiles que son violentos, donde el matar es

parte del juego. Las conductas agresivas también pueden estar influenciadas por alteraciones psicológicas o psiquiátricas de los individuos.

En los otros grupos etarios se repiten las patologías que ya fueron explicadas.

5.4. Recursos Humanos de la Red Asistencial de la Región del Maule

En la Región, 88,1% de la población es beneficiaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA) la más alta a nivel nacional; 1,8% es beneficiario de las Fuerzas Armadas y de Orden, 4,5% de las Instituciones de Salud Provisional (ISAPRES) y 5,8% tiene otra previsión o simplemente no tiene (DEIS, 2008). Debido al alto porcentaje de población beneficiaria de FONASA se realizará la descripción de los recursos humanos con que cuenta la Red Pública de Salud de la Región.

Un estudio realizado reveló que en el año 2004 habían 25.542 médicos en los servicios del país, de los cuales 2.276 fueron formados en el extranjero y reconocidos directamente por el Ministerio de Relaciones Exteriores y 963 fueron inmigrantes que revalidaron su título en el país, destaca Ecuador como el país que ha proporcionado el mayor número de profesionales reconocidos por convenio y Cuba por el mayor número de revalidaciones. El 56% de los médicos, es decir 14.306, eran médicos especialistas. La relación médico habitante ha aumentado de 1 médico por 921 habitantes en el año 1998 a 1 por 612 en el 2004. En relación a los beneficiarios FONASA, existen 8,45 médicos por 10.000 beneficiarios, siendo de 2,3 para médicos generales y 4,9 para especialistas. Esto presenta variaciones regionales que van de seis a 16 médicos por 10.000 habitantes. La Región del Maule se sitúa cercana a 6 médicos por 10.000 habitantes, la segunda más bajas del país después de la Región del O' Higgins. Del total de de médicos habilitados para ejercer, 42,3% lo hace en el SNSS y en su mayoría (61%) corresponde a médicos especialistas y de los que trabajan en el sector pública, 13% lo hace en las municipalidades (Román, 2006).

En un estudio de las especialidades médicas de los servicios públicos no municipalizados se vio que el número total de horas contratadas y la cifra de médicos 44 hrs./eq en los servicios de salud son proporcionales a la densidad de población de las distintas regiones del país, sin embargo, tanto la proporción de médicos generales como especialistas en relación a la población beneficiaria FONASA es inferior a los estándares extranjeros. Por otra parte, las horas de especialidades básicas (pediatría, cirugía, medicina interna, obstetricia y ginecología y psiquiatría) corresponden al 56% del total, seguida por las especialidades primarias (que no derivan de las especialidades básicas) con 33,5%. Este estudio vio además que 76% de las especialidades médicas esta acreditada (Román, 2008).

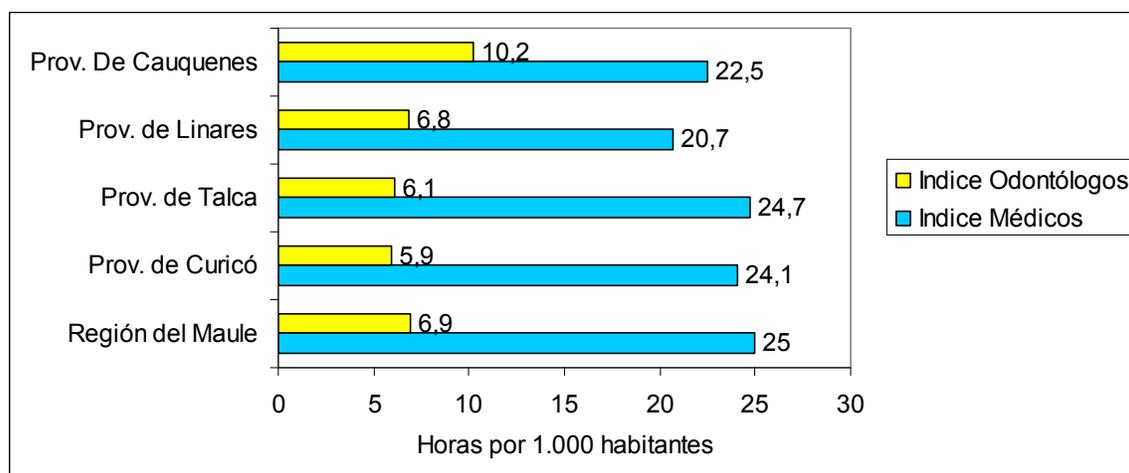
El MINSAL realizó un estudio para determinar, entre otras cosas, el número de horas especialistas que se requiere para atender las patologías GES (Garantías explícitas en salud). La demanda de horas especialistas y médicos 44 hrs./eq en relación a la oferta contratada mostró una brecha a nivel nacional, cercana al 30%, lo que se traduce en un déficit de 800 médicos. Este estudio estimuló al MINSAL a expandir los cargos médicos en 258 entre 2004 y 2006 (MINSAL, 2006).

Producto de los cambios derivados de la reforma de la salud (ley 19.937), es en el MINSAL, en conjunto con el Ministerio de Educación, donde recae la responsabilidad de establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales. La Superintendencia de Salud esta a cargo de la fiscalización de todos los prestadores del sistema público y privado, por lo cual ésta deberá establecer un registro nacional de las entidades certificadoras (OPS, 2007).

En cuanto a la dotación de enfermeras/os, de los 18.000 profesionales que se encuentran en el país, se estima que 8.000 trabajan en el sector público. En el año 2004 se estimaba que había un enfermero/a por cada tres médicos. Aunque a nivel nacional entre 1999 y 2000 hubo un incremento de 5.000 médicos y de 1.000 enfermeros/as, todavía persiste la falta de enfermeros/as y médicos (OPS; 2007). De acuerdo a cifras entregadas por el Colegio de Enfermeras, en el año 2006 el déficit de enfermeras en el sistema público de salud era de 48%. En el año 2005 había un total en 10.534 enfermeras/os en el país de las cuales 15,5% se desempeñada en la atención primaria, 46,5% en la atención secundaria y 37,9% en la atención privada (Clínicas y entidades de salud privada A.G. (C & E), 2008).

La escasez de enfermeras es un problema mundial que tiene múltiples causas tales como: mayores tasas de envejecimiento de la población, lo cual genera una mayor carga de enfermedades crónicas. Por otra parte, la amplitud del ámbito de trabajo de estos profesionales ha permitido que su desarrollo profesional no se limite a la atención clínica en establecimientos de salud, sino que también abarca labores en ISAPRES, laboratorios, casas de reposo, atención domiciliaria, además de trabajos de tipo gerencial y de gestión en salud (C & E, 2008).

A nivel Regional el número de horas de profesionales por 1.000 habitantes es bajo (Figura 13). Existen 6,9 horas odontólogo por cada 1.000 habitantes, el cual varía de un mínimo de 2,4 en Sagrada Familia a un máximo de 10,6 en Cauquenes. Este índice para los médicos es de 25 horas por 1.000 habitantes, observándose variaciones de 3,1 en Villa Alegre a 35,3 en Curico (S.S. Maule, 2006). Desafortunadamente el índice de horas profesionales por habitantes esta disponible sólo para médicos y dentistas no para otro tipo de profesionales.



Fuente: Anuario S.S. Maule 2006

Figura 13: Recursos Médicos y Odontólogos por mil habitantes, Región del Maule, 2006

Si se consideran los funcionarios de Hospitales y Dirección Servicio de Salud del Maule y de los Departamentos de Salud de la Región del Maule, se dispone de 7.345 funcionarios, donde la mayor proporción corresponde a auxiliares paramédicos (2.502) y auxiliares de servicio (1.141) (S.S. Maule, 2006) Tabla 8. Es importante tener presente que los profesionales de la salud no siempre están contratados por 44 horas, muchos tienen contratos parciales por 11, 22 y 33 horas, por lo cual el número de profesionales debe ser considerado con cautela (Román, 2008).

Tabla 8: Funcionarios de Hospitales y Dirección S.S. del Maule y de los Departamentos de Salud de la Región del Maule, 2006

Funcionarios	Frecuencia
Médicos	826
Odontólogos	186
Planta directiva	118
Enfermeras	446
Matronas	261
Nutricionistas	132
Kinesiólogos	89
Tec. Médicos	99
Asistente. Social	103
Psicólogos	59
Químico farmacéutico	17
Otros Prof.	158
Téc. Paramédico.	2.502
Administrativos	979
Auxiliar de Servicio	1.141
Otros	229
Total Funcionarios	7.345

Si se realiza una comparación de la tasa de funcionarios por población se puede hacer una comparación con el país. Sin embargo, esta información se encuentra disponible para los profesionales que se desempeñaban el año 2004 y hasta la fecha se han incorporados nuevos profesionales. No obstante estas limitaciones la Figura 14 muestra el déficit de médicos, Kinesiólogos, otros profesionales técnicos y administrativos. Aunque el gráfico no lo muestra por que los valores son inferiores a la unidad, la tasa de terapeutas ocupacionales es inferior a la nacional y si se considera que en la Región la quinta causa de muerte es por causa de accidentes, y que la discapacidad es la más elevada en el país, la Región debería contar con un mayor número de estos profesionales.

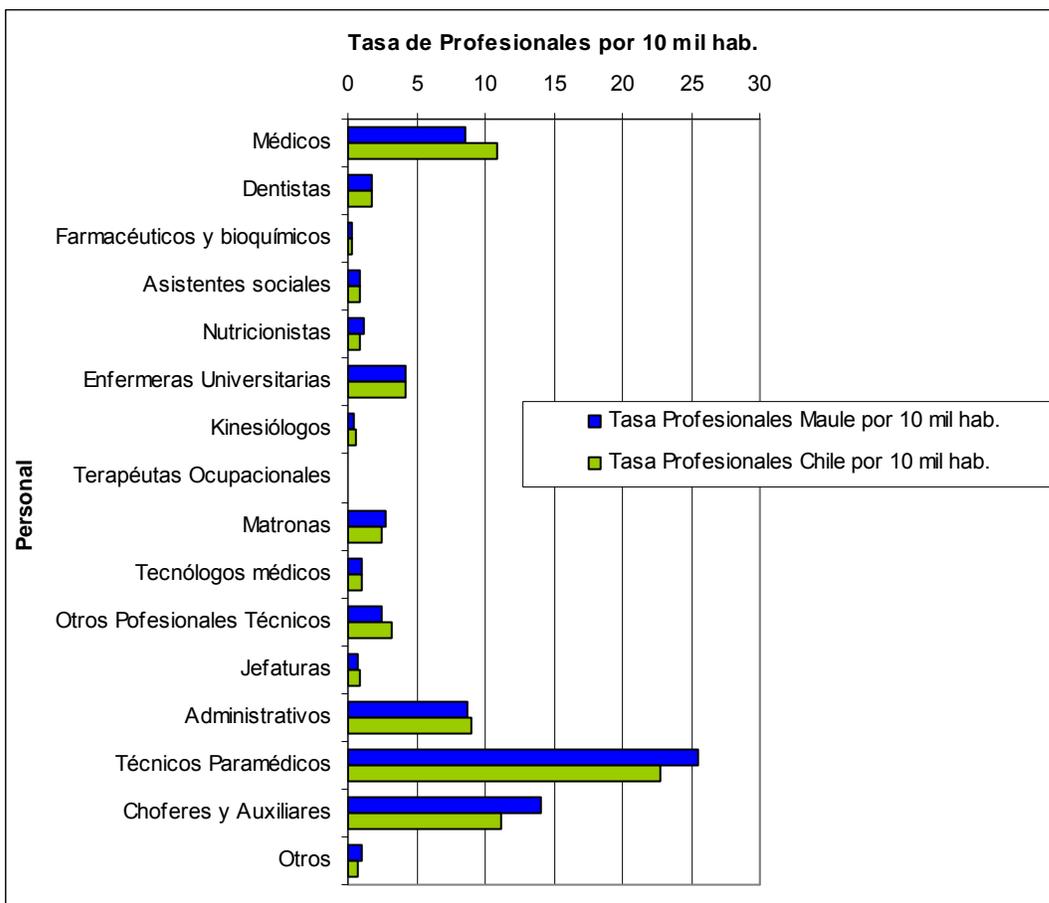


Figura 14: Tasa de profesionales por 10 mil habitantes, Maule y Chile 2004

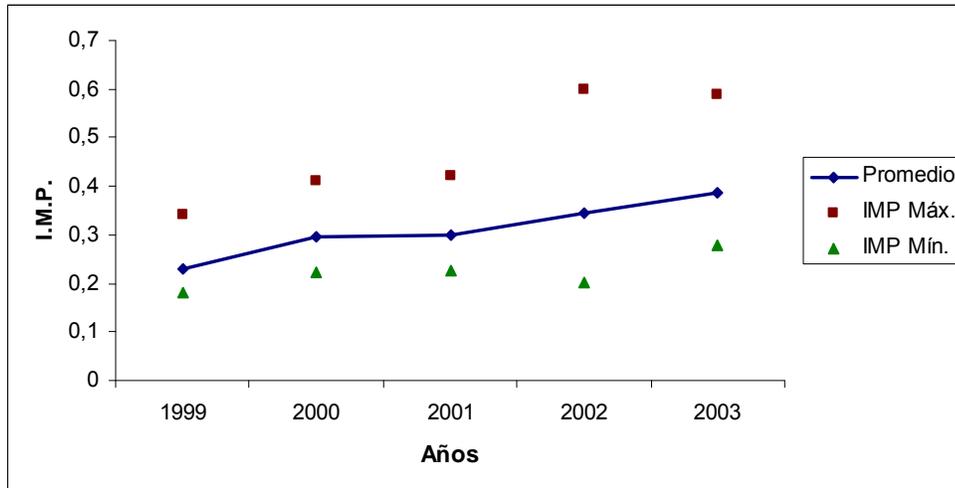
Si se considera el rol de la SEREMI de Salud de la Región, el cual esta focalizado en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la fiscalización sanitaria medioambiental y laboral, todas funciones importantes para preservar la salud de la población es fundamental considerar a su personal dentro de los recursos humanos disponibles en la Región para abordar la salud de la población. A la fecha no existen estándares nacionales en cuanto al número de profesionales para

cumplir todas las funciones llamados a realizar por el personal de la SEREMI de Salud, pero queda en evidencia la falta de personal en el documento de PRSP 2007, que en el área de salud ocupacional no alcanzan a fiscalizar a todas las industrias que presentan riesgo, dejando un total de 16.818 industrias sin fiscalizar, es decir el 83,7% de las industrias (PRSP, 2007). Si se considera además las características nacionales, de historia de desastres naturales es conveniente tener el personal suficiente para abordar los problemas endémicos, a la vez de estar preparados para posibles desastres. La Región tuvo emergencias sanitarias importantes en el último tiempo, como la contaminación de Río Mataquito y el desborde del mismo río.

5.5. Actividades Preventivas realizadas en la Región del Maule

Los programas preventivos producen mejorías en el nivel de salud de la población a un bajo costo social, esta premisa ha sido corroborada por la evidencia científica. Dentro del área de la salud pública, la medicina preventiva se preocupa de mantener a la población sana y de pesquisar en forma precoz a las personas enfermas, especialmente aquellos asintomáticos. La medición de los programas preventivos se realiza midiendo la cobertura de éstos de forma aislada. Esta medición equivale a la proporción de personas adscritas a un programa, en referencia al total de sujetos potencialmente beneficiarios. En el año 2007 se publicó el Índice de Medicina Preventiva (IMP) (Beachler, 2007) con el objetivo de tener “una medida que integre matemáticamente, la cobertura de las actividades preventivas que se otorgan a los diferentes grupos etarios en el Sistema Nacional de Servicio de Salud en Chile” (Beachler, 2007). Los componentes de este índice son:

- Control salud menor 6 años
- Control salud escolar 6-10 años
- Control de salud adolescente 10-19
- Examen preventivo del adulto 20-64 años
- Control ginecológico preventivo 25-64 años
- Control de salud adulto mayor en >65 años



Fuente: Baechler et. Al. 2007

Figura 15: Índice de Medicina Preventiva, Sistema Público de Salud, Región del Maule, años 1999-2003.

En la Región este índice tuvo un incremento de 61% entre 1999 y 2003 (Figura 15), observándose grandes variaciones a nivel comunal. Durante el período 1999-2003 se observó un aumento de la proporción de la población que tiene acceso a las actividades preventivas. Sin embargo, las cifras del año 2003, con un IMP de 0,37, la mayor del período, está lejos de lo satisfactorio, ya que deja al 67% de la población de la Región sin acceso a prestaciones preventivas. Por otra parte, se aprecia que los mínimos observados no presentan grandes variaciones en el período. Los resultados evidencian desigualdades comunales importantes. Por ejemplo, en el año 2003 en la comuna de Maule 72.3% de la población beneficiaria no tuvo acceso a medidas preventivas; en la comuna de Vichuquen en cambio 46% de la población beneficiaria no tuvo acceso a medidas preventivas (Baechler, 200). Lo interesante del IMP es que cuantifica las acciones preventivas y las agrupa formando un solo indicador, lo que permite monitorear sus avances. Importante será también, estudiar a futuro la calidad de las acciones preventivas, para que éstas tengan los efectos deseados en la salud de la población. Finalmente, el acceso de la población de la Región del Maule a las actividades preventivas es bajo, privando a la mayoría de la población, de todas las edades, de actividades de prevención de enfermedades.

5.6. Selección de variables claves para el desarrollo Regional

Las variables seleccionadas por el grupo de expertos entrevistados y otros con los cuales se realizó un taller son las siguientes:

- Atención integral de la salud
- Equipo de salud
- Infraestructura y equipamiento
- Prevención de enfermedades
- Promoción de la salud

Estas variables fueron desarrolladas en distintos aspectos, en este desarrollo participaron profesionales que se desempeñan en la Región de Maule.

Se definieron para cada variable lineamientos estratégicos, los cuales son complementarios con el Plan Regional de Salud Pública 2008, emanada de la SEREMI de Salud de la Región del Maule. En el Plan de la SEREMI se priorizan los problemas de salud de la Región a ser abordados con mayor énfasis y se establecen los Indicadores Regionales de Impacto, estos son: mortalidad por enfermedades cardiovasculares, mortalidad por tumores malignos y mortalidad por causas externas. Las variables seleccionadas pueden ser focalizadas a estos problemas de salud.

El Plan Regional de Salud Pública propone además, que para la adecuada implementación del plan exista una mirada integradora de las causa y efectos de cada uno de los problemas de salud, considerando tres componentes transversales: (1) determinantes sociales de salud, (2) participación social en salud e intersectorialidad y (3) capacitación de la fuerza de trabajo en Salud Pública. Estos componentes están considerados en los lineamientos estratégicos de las variables seleccionadas.

5.6.1. Variables claves para el desarrollo Regional

Título de la variable	Atención integral en el proceso salud -enfermedad
Tipo de variable	Sanitaria
Definición	Conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige a las personas consideradas en su integridad física, mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural (MINSAL, 2004)
Relevancia en la temática	La atención del equipo en forma oportuna y la resolución de los problemas de salud desde la perspectiva de la integralidad mira al usuario como un ser biopsicosocial, centra su atención en la persona y no en la enfermedad, aborda los problemas de salud desde el contexto personal, familiar y social, ofreciendo una atención continua a los miembros de la familia en todo el ciclo vital. La atención realizada en forma integral evita las consultas médicas innecesarias y repetidas en un corto periodo de tiempo y también evita la insatisfacción usuaria por la no resolución oportuna de los problemas de salud. Además la atención del equipo se preocupa de la promoción y prevención en salud concentrándose en el individuo no como un ser aislado, sino formando parte de una familia y que ésta interactúa con una comunidad.
Situación actual	<p>Aún existen centros de Salud en la región donde se aplica el modelo biomédico, y el usuario es policonsultante debido a que sus problemas de salud, se le resuelven parcialmente, varias son las razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El individuo es visto en forma segmentada, no en forma holística, se trata la enfermedad y no la persona. En muchas ocasiones se observa que la actitud del equipo de salud es paternalista y que no promueve un rol activo en el autocuidado del usuario. • El usuario no es atendido por un equipo de salud articulado en el nivel Primario ni tampoco con los otros niveles de Atención. Esto tiene varias explicaciones, una de ellas es que existe una desvalorización del rol de la Atención Primaria en Salud (APS) en la red asistencial desde los niveles más complejos, también hay un desconocimiento de las prestaciones que ofrece la APS; aquí es importante la definición de la cartera de servicios de cada nivel y su difusión para que los otros actores de la red sepan con que se cuenta (y se evite el ir y venir de la gente en hospitales más complejos cuando se podrían resolver más cerca del hogar ej. Solicitud de exámenes de laboratorio) y para que la población sepa que le ofrece su consultorio u hospital y no tenga falsas expectativas de lo que puede encontrar. • Existe dificultad para intervenir en todas las etapas de la historia natural de la enfermedad observándose inoportuno tratamiento, prolongando tiempos de reposo, secuelas por mal manejo; rehabilitación ausente o insuficiente, lo que empeora el pronóstico y genera mayor sufrimiento a la persona afectada y su familia, además del incremento en el gasto social. Lo anterior puede justificar la alta tasa de discapacidad general de la región sumado a la alta prevalencia de accidentes/traumatismos y secuelas de patologías crónicas

- Existe una discordancia entre las exigencias ministeriales: en lo que se refiere a metas a cumplir, lo que se traducen en un gran número de acciones de una determinada actividad (Ejem realización de EMP) y la atención con la mirada biospsicosocial, habitualmente las metas son netamente biomédicas y van asociadas a un incentivo económico tanto para el recurso humano como para la organización, lo que trae como consecuencia que el trabajo de los equipos se oriente a ese fin. También existe una divergencia dada por el cumplimiento de GES por patologías del plan AUGE y la atención integral con enfoque familiar.
- Actualmente los Consultorios o CES tienen más población inscrita que la requerida para brindar una atención integral o aplicar correctamente el modelo de la Salud Familiar, habitualmente los sectores poseen más de cinco mil habitantes, esto hace imposible que los equipos de cabecera puedan siquiera intentar un conocimiento acabado de sus usuarios, de sus familia y de sus comunidades, aún considerando que cada equipo está formado por un solo profesional de cada disciplina (un médico, una enfermera, una matrona, etc.). Además muchas horas de profesionales especialmente de enfermería se ocupan en labores administrativas de registros y estadísticas, por falta o insuficiente implementación de equipos computacionales, lo que lleva a registrar y cuantificar prestaciones o estadísticas en forma manual.
- Por otro lado, existe un déficit en el mercado de profesionales claves para la instalación del modelo como enfermeras y médicos y una alta movilidad de profesionales médicos, lo que dificulta la coordinación y el trabajo articulado de los equipos de salud, no lográndose desarrollar en los profesionales la pertenencia a la comunidad o al proceso de cambios perdiéndose también la continuidad con los usuarios.
- Además se agrega, el inconveniente de tener plantas físicas inadecuadas, con boxes insuficientes para satisfacer las demandas del número de personal, que por otro lado, también es aún insuficiente, es imposible brindar atención de calidad ya que estos hechos atentan contra parámetros como la dignidad, autonomía, confidencialidad y oportunidad en la atención.
- La pertinencia de la referencia desde la atención primaria a la secundaria no siempre cumple con las exigencias y protocolos establecidos por las especialidades lo que provoca una mala asignación de los cupos de especialidad y listas de esperas difíciles de cumplir.
- La contrarreferencia desde la atención secundaria es casi nula, ya que los pacientes no son derivados con respuestas en forma oportuna desde atención secundaria a la primaria lo que provoca una mala utilización de especialistas y nula información en atención primaria del estado y tratamiento del paciente.

Escenario tendencial

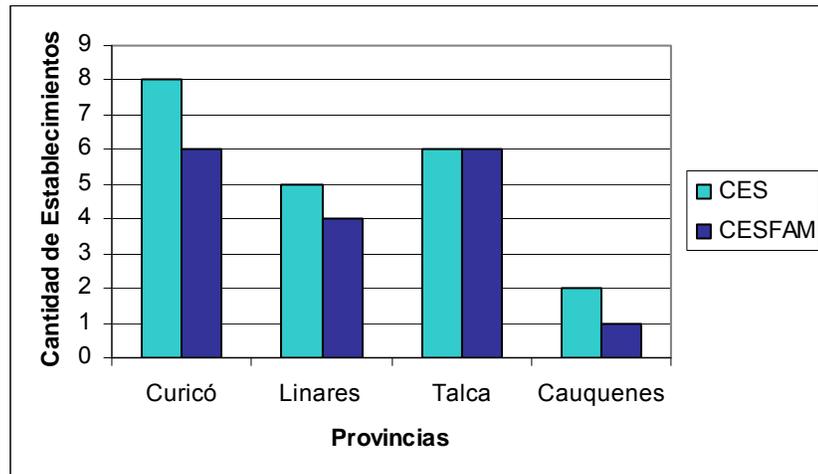
Es probable que la mayoría o la totalidad de los consultorios adopten el nuevo modelo, pero sin el número mínimo de persona, ya que hasta el momento no se ha incrementado el recurso humano lo suficiente para satisfacer demandas del modelo.

También se debe considerar que los equipos están formados en el modelo biomédico, por lo cual el cambio de paradigma es difícil y requiere de capacitaciones formales, periódica con sistemas metodológicos y evaluativos con la expertiz de instituciones de educación superior.

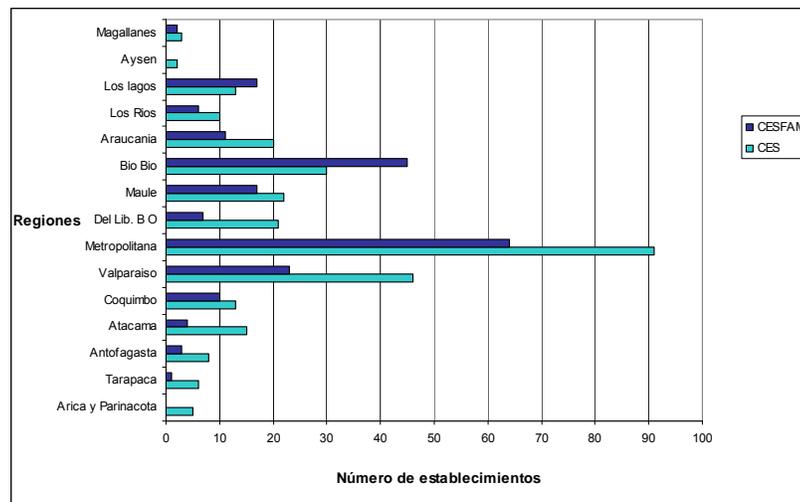
Además las Universidades que imparten carreras del área de la salud debiese ser sometidas por los Ministerios pertinentes a evaluación sobre oferta y demanda de las diferentes profesiones que tienen el mercado, también debiese ser analizado el rol de la universidad en fortalecer la formación de pregrado de los profesionales y técnicos en el modelo de salud en vigencia, cautelar que se estén formando los profesionales que la región o el país necesita y con las competencias necesarias para enfrentar los desafíos que el nuevo modelo de salud impone.

Es difícil presumir que en una década se va a construir o adecuar completamente 24 consultorios o CES para ser establecimientos de Salud Familiar. A nivel país aún existen un número no menor de CES o consultorios.

Establecimientos de salud de la Región de Maule, 2005



Establecimientos de salud del Chile, 2005



Es probable que dada las razones antes mencionadas, la atención integral en la próxima década sea aún un ideal, y sólo existan avances y esfuerzos locales en este camino, mientras no se implemente el modelo en los términos de recurso humano, infraestructura y equipamiento necesario. Todas estas limitantes generan insatisfacción usuaria permanente, porque hablamos del cambio del modelo con todos sus nuevos enfoques pero en la práctica es poco real, porque siguen los mismos rendimientos, la misma mirada y la escasez de profesionales altamente demandados por la población, la que empieza a atribuir al modelo de salud la culpa de todos estos problemas, por lo tanto se generan desconfianzas y un rechazo a la instalación de este nuevo modelo.

Además se seguirán produciendo tardanza en el tratamiento, recuperación y rehabilitación de los usuarios en centros de mediana y alta complejidad lo que repercute directamente en la población productiva de la región.

Escenario deseado

A fines de la próxima década el 100% de los establecimientos de Salud debiesen estar transformados en CESFAM (planta física adecuada y el equipo de salud aplicando en su totalidad el modelo de Salud Familiar ya que debiesen haber implementado el modelo de Salud familiar en la región del Maule.

También, es relevante que los problemas de salud de la población se aborden oportunamente, lo que mejora el pronóstico y evita sufrimiento y gasto. Los establecimientos de atención primaria y de mediana y alta complejidad deben mejorar su articulación para proporcionar atención oportuna a lo largo de la historia natural del proceso salud-enfermedad, idealmente evitando la enfermedad, pero si no es así en el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación, para lograr la recuperación de los usuarios.

Sería deseable que el equipo de salud estuviese involucrado con el modelo biopsicosocial, trabajando desde esa perspectiva, que se mirara el individuo y no la enfermedad, un equipo articulado interna y externamente con la red de salud. Que el usuario hubiese internalizado el modelo de salud con enfoque familiar, lograra manejarse en toda la dinámica que exige este modelo, sea además un crítico y este empoderado, para que el autocuidado sea una realidad.

	<p>Seria positivo incorporar medicinas complementarias, especialmente en patologías de pronósticos inciertos, a la terapéutica alópata convencional.</p>
<p>Restricciones existentes en la realidad regional que dificultarían alcanzar el estado futuro deseado, principales limitantes en la disminución de la brecha</p>	<p>En la región del Maule existen en funcionamiento apenas 16 CESFAM (los otros 24 establecimientos están en la categoría CES o simplemente consultorios); esto en gran medida impide la implementación completa del modelo de Salud Familiar.</p> <p>Existen diversas razones para que los Establecimientos continúen como Centros de Salud,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Requisitos de tipo administrativo (Ejem. Falta de organigrama del Establecimiento, manuales de funciones de Jefaturas de Programa y de Coordinadores de Sector, sectorización con respectivo diagnóstico de salud, planta física adecuada a equipos por sector, entre otros). • La población que es atendida en los consultorios es mucho mayor a la estipulada para un CESFAM (que debiese tener no más de cinco mil personas inscritas por sector), el atender a un gran número de usuarios impide en alguna medida la integralidad de la atención. • Financiamiento insuficiente para la aplicación del modelo de atención integral • Modificación anual con mayores exigencias de las metas para salud tanto de incentivo a la Atención Primaria como metas sanitarias. • Por otro lado, se hace difícil sensibilizar a algunos profesionales en otorgar una atención bajo una mirada biopsicosocial, especialmente aquellos en que el rendimiento es bajo, como el caso de la morbilidad (cinco usuarios en una hora), o en otros profesionales en que la atención se centra en procedimientos o acciones clínicas, exigido por Normas Ministeriales vigentes, GES. • Otra gran dificultad es que las plantas físicas en muchos establecimientos son inadecuadas a las actuales exigencias o simplemente insuficientes, existiendo aun situaciones en que por déficit de planta física realizan atención dos o más profesionales en un mismo box, sin duda esta situación es desfavorable para una atención integral, y con la privacidad que el usuario requiere. • También no es infrecuente el déficit de insumos y de equipos mínimos para brindar una atención de calidad, no es raro observar la falta de material de escritorios, hojas de registros básicos, equipos e insumos médicos (aparatos de toma de presión arterial, electrocardiógrafo, insumos de clínica de curaciones, entre otros). • Además en algunos establecimientos es insuficiente el número de profesionales o inexistente, esta situación conlleva a atender en alto número de usuario en forma de poli de choque, solamente con una mirada biomédica, se mira la enfermedad y no la persona, esto es en casos donde existe alta demanda usuaria. • También en otros casos en que simplemente las capacitaciones acerca de la implementación del modelo biopsicosocial han sido insuficientes, deficientes o simplemente los funcionarios no están sensibilizados en el cambio de modelo, del biomédico al biosicosocial, y prefieren la atención centrada en la enfermedad y no

	<p>en la persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> No existe una función administrativa en atención secundaria que se haga cargo de elaborar la contrarreferencia.
Objetivo	<p>Implementar y consolidar del modelo de salud familiar según estándares de calidad, de modo tal que se brinde una atención integral a los usuarios de la región.</p>
Lineamientos estratégicos que apunten a la superación restricciones detectadas	<ol style="list-style-type: none"> Adecuar, previo estudio arquitectónico, las plantas físicas de los establecimientos de Salud de acuerdo al modelo de Salud Familiar. Capacitar a los usuarios y a los equipos de salud en el cambio de modelo y sus implicancias, con metodologías educativas y sistemas de evaluación entregados por instituciones académicas de educación superior basado en modelo de gestión por competencias. Integrar conocimientos de salud familiar en las mallas curriculares de las carreras técnicas y profesionales del área de salud Los Centros de salud deben prestar sus atenciones de acuerdo a la población estudiada para poder satisfacer el modelo (un máximo de cinco mil personas por sector). Esto también de acuerdo al diagnóstico de salud local no sólo considerar como criterio un número determinado de población sino también las características sociodemográficas y epidemiológicas del sector, ya que no es igual tener un sector de 5.000 personas con alto grado de envejecimiento y carga de enfermedades crónicas que otro con población más joven-adolescentes-con más embarazadas, etc....los riesgos son distintos y los requerimientos de atención también, es clave conocer la población a intervenir. Construir establecimientos de salud según exigencias del nuevo modelo. Proveer a los establecimientos de salud del número de profesionales competentes en el modelo de la integralidad y suficientes para aplicar el modelo de salud familiar; desarrollando políticas de incentivos integrales para la permanencia de profesionales calificados. Proveer de recursos materiales, insumos y equipamiento necesario para cubrir las necesidades de acuerdo al diagnóstico y planificación local, comunal y regional. Sensibilizar y empoderar a la comunidad organizada, a los usuarios en los derechos y deberes que se deben considerar en la aplicación del Modelo de salud Familiar. Además, desarrollar una política regional de difusión y educación masiva a la población. Mejorar la articulación interna en el equipo de salud y con los otros niveles de atención para asegurar la resolución de los problemas de salud de aquellos usuarios que efectivamente, por su patología, requieran de niveles especializados, de manera tal que se atienda oportunamente para asegurar su recuperación. Incentivar y fortalecer en los especialistas la contra-referencia de los pacientes a la atención primaria e incluirlos en el modelo de atención integral de salud familiar

Título de la variable	Equipos de salud																																																										
Tipo de variable	Sanitaria																																																										
Definición	Conjunto de personas que debe depender de la colaboración del grupo para que cada uno de los miembros experimente el éxito óptimo y se alcancen las metas (Dyer, 1988).																																																										
Relevancia en la temática	<p>“Ninguno de nosotros es tan importante como todos nosotros” (Proverbio Japonés)</p> <p>En el ámbito de la salud, las personas pasan a ser ejes centrales en el logro de los objetivos. Los Recursos Humanos en salud son, en definitiva quienes se responsabilizan por llevar a la práctica los objetivos sanitarios del país; lo que hace evidente la relevancia que toma la conformación de Equipos Humanos de Salud con las competencias necesarias para asumir este rol.</p> <p>El nuevo Modelo de Atención se centra en la existencia de Equipos de Cabecera en la Atención Primaria, que sean capaces de acompañar el Ciclo Vital de las Familias a su cargo (Aguilera, 2006). Junto con la importancia, no solo de las capacidades de los Recursos Humanos, sino la cantidad de ellos para enfrentar adecuadamente el modelo, el indicador de estructura que no tiene una clara definición aun:</p> <p>1.- De acuerdo a lo sugerido por el Documento “El Modelo de Atención-Atención Primaria-1998” de la División de Salud de las Personas y el Departamento de Atención Primaria del MINSAL. Esta es sólo una información referencial de acuerdo a las actividades con enfoque familiar propuestas en el Plan de Salud Familiar 2.</p> <p>La estimación de requerimiento de recursos humanos para sectores de 6.500 o 13.000 inscritos (aproximadamente 1.500 a 3000 familias), que se presenta a continuación, corresponde a un ejercicio realizado a partir del módulo de 10.000 habitantes utilizado para el costeo del PSF 2, sólo se presenta como dato referencial para las estimaciones locales.</p>																																																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="3">Dotación estimada según población inscrita (horas diarias)</th> </tr> <tr> <th>RRHH</th> <th>10.000 habts.</th> <th>6.500 habts.</th> <th>13.000 habts.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médico</td> <td>12.99</td> <td>8.44</td> <td>16.88</td> </tr> <tr> <td>Enfermera</td> <td>16.10</td> <td>10.46</td> <td>20.93</td> </tr> <tr> <td>Asistente Social</td> <td>10.13</td> <td>6.58</td> <td>13.16</td> </tr> <tr> <td>Matrona</td> <td>8.27</td> <td>5.37</td> <td>10.74</td> </tr> <tr> <td>Nutricionista</td> <td>7.09</td> <td>4.61</td> <td>9.21</td> </tr> <tr> <td>Psicólogo</td> <td>4.92</td> <td>3.20</td> <td>6.39</td> </tr> <tr> <td>Téc. Paramédico</td> <td>12.35</td> <td>8.03</td> <td>16.05</td> </tr> <tr> <td>Odontólogo</td> <td>10.04</td> <td>6.76</td> <td>13.52</td> </tr> <tr> <td>Kinesiólogo</td> <td>3.35</td> <td>2.18</td> <td>4.35</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>75.20</td> <td>55.64</td> <td>111.28</td> </tr> </tbody> </table> <p>El cálculo anterior equivale aproximadamente a:</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Médico</td> <td>1 por 6.500 inscritos</td> </tr> <tr> <td>Enfermera</td> <td>1 por 6.200 inscritos</td> </tr> <tr> <td>Asistente Social</td> <td>1 por 12.000 inscritos</td> </tr> <tr> <td>Nutricionista</td> <td>1 por 14.000 inscritos</td> </tr> </tbody> </table>					Dotación estimada según población inscrita (horas diarias)			RRHH	10.000 habts.	6.500 habts.	13.000 habts.	Médico	12.99	8.44	16.88	Enfermera	16.10	10.46	20.93	Asistente Social	10.13	6.58	13.16	Matrona	8.27	5.37	10.74	Nutricionista	7.09	4.61	9.21	Psicólogo	4.92	3.20	6.39	Téc. Paramédico	12.35	8.03	16.05	Odontólogo	10.04	6.76	13.52	Kinesiólogo	3.35	2.18	4.35	Total	75.20	55.64	111.28	Médico	1 por 6.500 inscritos	Enfermera	1 por 6.200 inscritos	Asistente Social	1 por 12.000 inscritos	Nutricionista
	Dotación estimada según población inscrita (horas diarias)																																																										
RRHH	10.000 habts.	6.500 habts.	13.000 habts.																																																								
Médico	12.99	8.44	16.88																																																								
Enfermera	16.10	10.46	20.93																																																								
Asistente Social	10.13	6.58	13.16																																																								
Matrona	8.27	5.37	10.74																																																								
Nutricionista	7.09	4.61	9.21																																																								
Psicólogo	4.92	3.20	6.39																																																								
Téc. Paramédico	12.35	8.03	16.05																																																								
Odontólogo	10.04	6.76	13.52																																																								
Kinesiólogo	3.35	2.18	4.35																																																								
Total	75.20	55.64	111.28																																																								
Médico	1 por 6.500 inscritos																																																										
Enfermera	1 por 6.200 inscritos																																																										
Asistente Social	1 por 12.000 inscritos																																																										
Nutricionista	1 por 14.000 inscritos																																																										

Psicólogo	1 por 20.000 inscritos
Téc. Paramédico	1 por 8.000 inscritos
Odontólogo	1 por 9.600 inscritos
Kinesiólogo	1 por 29.800 inscritos

2.- De acuerdo a una propuesta formulada por el Programa de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en su documento “Modelo de Atención en Salud Familiar – Una propuesta para contribuir al cambio” Santiago, Abril 2001, dice:

El equipo debería estar conformado por personas pertenecientes a distintas disciplinas, que sean especializadas; es decir, con formación específica en el área de la atención primaria. Esto es especialmente importante, en relación con los profesionales. En este sentido, es necesario que el centro cuente con médicos especialistas en medicina familiar, en cantidad o proporción adecuada (al menos uno en cada equipo), para aumentar la resolutivez y eficiencia de los equipos de salud. Asimismo, es recomendable la existencia de especialización de los otros miembros que los conforman (enfermera, matrona, nutricionista, odontólogos, asistente social, técnicos paramédicos y administrativos).

El equipo de salud debería ser claramente identificable por sus usuarios. Para ello, es necesario que exista un espacio físico definido para cada equipo.

La composición de los equipos de salud deberá definirse en el nivel local, de acuerdo con las necesidades, prioridades y objetivos de salud.

El tamaño del grupo de usuarios que se debería relacionar con cada equipo, es variable. Dependerá de las condiciones del centro, del espacio disponible y de las personas que componen el equipo. En un Centro de Salud que atiende 20.000 personas, deberían existir entre 3 y 4 equipos de salud.

Cada equipo debería contar con un médico por cada 2.000 habitantes. Esta cifra se basa en una tasa de consulta anual de 3 por habitante, y un rendimiento en la atención de 4 consultas por hora; destinando además, un 20% de la jornada laboral a actividades de gestión clínica, trabajo en equipo y otras labores de atención, no contempladas en la consulta (visitas domiciliarias, trabajo comunitario, etc.). La relación entre número de usuarios y otros miembros del equipo debería, también, ser mejorada, en relación con los estándares actuales.

(La cuantificación de la proporción médico/usuario se realizó a través del siguiente cálculo:

1 jornada médico: 240 días x 8,3 horas = 1.992 horas/año
 Vacaciones y capacitación (1 mes) = 1.826 horas = 7.304 consultas
 (rendimiento 4/hora) – 20% horas de gestión clínica = 5.843 consultas, si
 tasa de 3 consultas/año = 1.947 usuarios por Jornada médico).

En este Modelo, la toma de decisiones clínicas debe ser reflexiva y racional, basada en criterios comunes, sean estos científicamente probados o, bien, convenidos (apoyándose en la metodología de Cuidados de Salud basado en evidencia). Este proceso significa un

	<p>cambio permanente en el “rendimiento” de los recursos humanos: no existe posibilidad de gestión clínica, sin la oportunidad de evaluar el camino recorrido y planificar el futuro. En este Modelo, se plantea que, al menos, el 20% del tiempo de un profesional, especialmente del médico, debería ser dedicado a actividades de gestión clínica. Por lo tanto, debe existir formación permanente en esta área, culturalmente menospreciada por los Médicos Clínicos.</p> <p>La Reforma de la Salud estableció como eje fundamental el cambio del actual modelo de atención a uno más integral, enfatizando un conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención con mayor eficiencia, eficacia y oportunidad. Que se dirija más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integridad física y mental, como seres pertenecientes a diferentes familias, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.</p> <p>Con este propósito, el MINSAL ha desarrollado iniciativas para fortalecer la estrategia de atención primaria como soporte de este modelo integral, que consiste en promover la vida saludable, prevenir la enfermedad y, en caso de que ocurra, enfrentarla tempranamente. El modelo de salud familiar se centra en un equipo de profesionales que cuenta con médico, enfermera y matrona, superando la idea del médico de cabecera, dado que permite desarrollar un concepto interdisciplinario, apuntando a la promoción de estilos de vida más saludables, y no tan sólo a curar la enfermedad.</p> <p>Esto implica poner en el centro de la Reforma del sector salud, al Recurso Humano; pero no a nivel individual; sino con la capacidad de formar equipos de jerarquía transversal, de trabajo interdisciplinario, comprometidos con las metas colectivas y con la salud de la comunidad a su cargo; con énfasis en lograr empoderar a la población y fomentar el logro de comunidades saludables a la luz de sus Centros y Equipos de Salud de Cabecera.</p> <p>Finalmente, podemos afirmar que ningún Gobierno podrá esperar resultados auspiciosos de la planificación de salud, si no vuelve su preocupación hacia los recursos humanos disponibles y en formación. Asimismo, debemos señalar la conveniencia que los administradores de salud aprendan el lenguaje de los economistas para poder presentar sus problemas en términos tales que puedan convencer a los planificadores económicos, para obtener los recursos necesarios. Esta es una situación conocida y repetida, año a año, en la negociación de los presupuestos que los equipos técnicos ministeriales tienen con Hacienda, con resultados desfavorables para el sector salud, por la falta de información que convenza a dicha repartición de las falencias crónicas en Recurso Humano, especialmente en nuestra Región.</p>
<p>Situación actual</p>	<p>Actualmente, se reconoce en la Evaluación de los avances de la reforma, como uno de los puntos en deuda; el Desarrollo de Recurso Humano del Sector Salud. Por otro lado, la atención primaria en pleno proceso de</p>

transformación al Modelo de Atención Integral con enfoque Familiar; intenta consolidar equipos de cabecera que, lamentablemente no poseen las competencias requeridas por el Modelo.

Así se enfrenta el gran desafío de cambio de modelo de atención con equipos poco capacitados, con pocas instancias de trabajo en equipo, realizando sus acciones parceladas por programas de salud y eminentemente intramuros, sumándose el hecho objetivo que la Atención primaria depende administrativamente del Alcalde, y las variaciones respecto el apoyo que la atención primaria requiere es muy variable en la Región.

Este problema, se exagera en el nivel secundario y terciario de salud; donde la reforma pone énfasis en la autogestión de los centros; y no en el desarrollo del recurso humano, en la formación de equipos de trabajo interdisciplinarios y en llevar a la práctica de manera efectiva la visión del Servicio de Salud del Maule que cita: “Trabajando en Red por una región saludable”.

Si bien hay esfuerzos en la capacitación del Recurso Humano; estos han estado centrados en los elementos funcionales del Modelo de Atención; no así en el trabajo en equipo, la intervención comunitaria efectiva y la capacidad de los integrantes de los equipos de salud de interactuar con sus pares reconociendo una oportunidad, más que una amenaza en el trabajo en conjunto. Además está demostrado que los Médicos no tienen la cultura del trabajo en equipo. Están formados y entrenados en pre y post grado (desde el punto de vista técnico) en la toma de decisiones individual y, a lo más, consideran la discusión de casos clínicos y la interconsulta como la máxima interacción entre pares. No hay una relación equilibrada con el resto de los profesionales y personal paramédico y, en general, los consideran de apoyo a la acción de su propio trabajo técnico y no como colaboradores en su mismo nivel profesional. Aquí hay un elemento cultural muy duro de resolver y que está presente en la gestión diaria.

Por otro lado, los incentivos existentes en el sector, si bien consideran como concepto las “Metas de Desempeño Colectivo”; estas se traducen en alcanzar logros cuantitativos, que dependen de esfuerzos individuales (por programa de atención principalmente) y no incentivan realmente el compromiso común real con los objetivos institucionales. En los Médicos los montos financieros involucrados son considerados marginales, por lo tanto no funcionan como un incentivo real y no son un elemento estimulador para lograr resultados como equipo global.

Otro problema transversal a los niveles de atención e instancias de la red regional de salud, es el sistema de referencia y contrarreferencia; principalmente en el sentido de la “protección” del paciente a la hora de transitar por los distintos niveles de la red.

El cambio de modelo sitúa a los recursos humanos en otra perspectiva y con nuevos desafíos como: gerenciar redes asistenciales, desarrollar el trabajo en equipo, liderar el proceso de cambios, incorporar el enfoque

	<p>familiar, gestionar incorporando los procesos de modernización del Estado entre otros, lo que requiere incorporar nuevos conocimientos, habilidades y destrezas.</p> <p>El Ministerio de Salud apoyará diferentes modalidades formativas: Diplomados en Atención Primaria y Salud Familiar, Cursos de capacitación para funcionarios no profesionales, Pasantías Nacionales, Educación a Distancia e Iniciativa para Fortalecimiento del Modelo de Salud Familiar. Su propósito es continuar generando una masa crítica de funcionarios entrenados y capacitados en los aspectos centrales de la Estrategia de Atención Primaria y en particular de su Enfoque de Salud Familiar, como una forma efectiva de contribuir a la mejoría de la atención de salud en este nivel y a lo largo de la red asistencial. En este sentido, las líneas señaladas complementan otras iniciativas en curso, como son las Pasantías Internacionales y el Programa de Becas en Medicina Familiar.</p>
<p>Escenario tendencial</p>	<p>El Modelo de Atención impulsado por la Reforma requiere de una organización que sepa responder permanentemente a las necesidades y expectativas de las personas; más abierta al entorno y más posicionada en el territorio en que está emplazada; enfocada en procesos y resultados, más flexible; que potencie, comparta y canalice el conocimiento de quienes trabajan en la organización; que se base en el Trabajo en Equipo; con tareas flexibles y dinámicas; con relaciones más horizontales y decisiones más participativas, en donde se valore y estimule la creatividad y la diversidad (Acevedo, 2006; Aguilera, 2006).</p> <p>Hoy se reconocen como ejes del cambio en el modelo de atención en el ámbito organizacional la existencia de Equipos de Trabajo, con estructura y roles claro, con desarrollo de procesos de liderazgo y población a cargo.</p> <p>En suma, existe un escenario favorable para la formación de equipos humanos con las competencias necesarias para enfrentar la etapa de consolidación de la reforma del sector salud, por lo que depende de las orientaciones en el ámbito de la formación continua, los incentivos al trabajo de los equipos de salud y las instancias y metodologías de evaluación del desempeño profesional y dentro de los equipos, si se logrará tener el recurso humano óptimo, tanto en sus competencias y cantidad, para los desafíos que presenta el sector salud.</p> <p>Se deben cerrar las brechas del déficit de Recursos Humanos de la Región del Maule, cuantificadas y comparadas con el resto de los Servicios de Salud lo que está en conocimiento de las autoridades ministeriales de salud desde el año 2001. Esto es un elemento clave para que los establecimientos hospitalarios funcionen correctamente como Autogestionados en red.</p>
<p>Escenario deseado</p>	<p>EL escenario deseado es contar con equipos humanos que (Acevedo, 2006):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tengan una mirada hacia un objetivo o meta en común ▪ Estén comprometidos con esa convocatoria ▪ Tengan vocación de trabajar en forma asertiva y colaborativa ▪ Tengan la capacidad de construir de un espacio para el saber-hacer colectivo

- Se comuniquen de manera fluida entre sus miembros y con el entorno
- Sean una instancia efectiva para la toma de decisiones
- Generen una red de conversaciones, comunicaciones e intercambios

Además es necesario continuar con la formación de profesionales a nivel de la Atención Primaria, entrenados y capacitados en los aspectos centrales del Modelo de Salud Familiar Comunitario, con enfoque de redes, que sean capaces de consolidar el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral y liderar su expansión en todos los establecimientos de la Región. Asimismo, generar aprendizaje a través de conocer las experiencias y el desarrollo teórico de los Centros de Salud Familiar, que tienen el proceso de implementación del modelo de Salud Familiar y Comunitaria más avanzado.

Es importante conocer las brechas de horas requeridas, según estamento, y optimizada según indicadores de demanda, para luego realizar el cálculo de horas requeridas según situación optimizada. También es necesario conocer la demanda, según complejidad de los usuarios y carga de trabajo, para de esta forma cerrar las brechas de Recursos Humanos, para satisfacer la demanda de acuerdo a estándares conocidos de tiempos de atención y de calidad.

Por otra parte es importante el cambio del eje organizacional, basado en los funcionarios, hacia el eje centrado en el usuario, donde la orientación sea a la satisfacción de los usuarios, con énfasis en cambios de culturas organizacionales reticentes al cambio. De esta forma se puede lograr una integración real (y no nominal) a la comunidad organizada en las instancias de toma de decisiones de la organización (Consejo Técnico-Administrativo, Consejo de Jefes de Servicio, etc.).

Es deseable que el equipo sea eficiente en la gestión clínica-técnica con énfasis en la importancia del trabajo en red, además de lograr comunicarse efectivamente con los usuarios, sus familias, la comunidad y los medios.

Una autoridad sanitaria preocupada por sus recursos humanos, con una real estrategia de desarrollo que potencie sus capacidades, que dé instancias de retroalimentación y que considere sus potencialidades y conocimiento de la comunidad a su cargo, a la hora de la toma de decisiones. Junto a esto, una estrategia de inversión en relación a dotar a los Equipos de salud de los recursos humanos necesarios para permitir los tiempos óptimos para las instancias de trabajo común, para el desempeño en la comunidad y fuera de los establecimientos y para poder desarrollar adecuadamente su función en el ámbito de la promoción de la salud, el empoderamiento de sus comunidades y la prevención de las enfermedades que aquejan a la población, sin olvidar un sistema de evaluación e incentivos equitativo, que permita la superación constante y el compromiso de los equipos con las metas del sector.

	<p>Se requiere una estructura clara de la red regional tanto en lo clínico como administrativo y de gestión, con canales claros de apoyo y comunicación, que permitan optimizar los recursos en función del bienestar de la comunidad.</p>
<p>Restricciones existentes en la realidad regional que dificultarían alcanzar el estado futuro deseado, principales limitantes en la disminución de la brecha</p>	<p>Falta una definición clara respecto al número necesarios de profesionales para atender a la población de acuerdo a sus características epidemiológicas y demográficas, también no se cuenta con el requerimiento en capacidades explícitas, es decir, qué tipo de capacitación y para que tipo de profesional o técnico.</p> <p>La falta de convicción de las autoridades regionales respecto el déficit real de Recurso Humano.</p> <p>La dependencia política de las autoridades regionales, provinciales y comunales por parte del nivel central, impide solicitar con más fuerza los recursos que se requieren.</p> <p>El desconocimiento de estándares, con el fin de conocer la relación óptima de recursos, especialmente en el indicador demanda esperada/recurso disponible.</p> <p>Ha existido incapacidad de la Región, especialmente de Maule Sur para atraer Profesionales capacitados (médicos especialistas), que no depende exactamente de los recursos de salud, sino de lo que ofrece la ciudad a la familia del profesional (recreación, colegios ,salud ,etc.). También se aprecia la falta de políticas asociativas y no competitivas de los municipios para atraer y retener a sus profesionales.</p> <p>(casas del FNDR, etc)</p>
<p>Objetivo</p>	<p>Fortalecer el equipo de salud tanto en cantidad como en sus competencias para adecuarse al nuevo modelo de salud y de gestión de ésta.</p>
<p>Lineamientos estratégicos que apunten a la superación de las restricciones detectadas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definir estándares, tanto cuantitativos como cualitativos, para dotación de Recurso Humano tanto en la red asistencial como en la red sanitaria, aplicables al servicio público como al privado. 2. Dotar las plantas de Recursos Humanos de los Centros de Salud, Departamentos de Salud, Hospitales y de las oficinas de la red sanitaria, conforme a los estándares definidos. 3. Realizar vigilancia activa respecto el cumplimiento de los estándares. 4. Capacitar en forma permanente y continua, con metodologías efectivas, al equipo de salud en temas de trabajo colaborativo en red. 5. Crear incentivos para el trabajo en red entre los niveles de atención de salud. 6. Crear un sistema de cargos concursables para gestión de la salud donde prevalezcan las capacidades técnicas y no políticas. 7. Crear políticas asociativas entre comunas para atraer profesionales. 8. Generar desde el nivel regional incentivos o estímulos que permitan atraer profesionales o evitar la fuga de aquellos que están especializados y son competentes en la resolución de los problemas de salud que se generan en la aplicación del modelo de salud

	<p>familiar.</p> <p>9. Evaluar a través de un estudio el impacto de las pasantías al extranjero de los profesionales de la Atención Primaria en la atención de salud</p> <p>10. Crear alianzas activas con universidades calificadas y reconocidas por el MINSAL, para la formulación y ejecución de programas de perfeccionamiento continuo de los profesionales de la red asistencial y sanitaria, acorde a la atención de salud que requiere la población según su proyección demográfica y su perfil epidemiológico</p>
--	---

Título de la variable	Infraestructura y tecnología
Tipo de variable	Arquitectónica y tecnológica
Definición	<p>Infraestructura se define como un conjunto de elementos o servicios que se consideran necesarios para la creación y funcionamiento de una organización cualquiera (Diccionario de la lengua española - vigésima segunda edición, 2008).</p> <p>La tecnología puede definirse como la aplicación del conocimiento científico a la solución de problemas prácticos y la obtención de metas humanas, conformando un cuerpo de conocimientos desarrollados por una cultura que provee métodos o medios para controlar el entorno, producción de bienes y servicios, así como mejorar las condiciones de vida (Guerrero, 2004).</p>
Relevancia en la temática	<p>Indudablemente la infraestructura, desagregada principalmente en instalaciones físicas y mantenimiento, y recursos humanos necesarios para el cumplimiento de objetivos sanitarios previamente definidos, deben ir en estrecha relación con la aplicación de innovaciones tecnológicas modernas (CIDAD, 2008).</p> <p>El fortalecimiento de los recursos humanos, mejoramiento de la gestión, inversión en infraestructura y tecnología, permitirá incrementar la oferta de servicios de acuerdo a las necesidades de atención en salud de la población, con crecientes garantías de acceso, calidad, oportunidad y cobertura financiera (MINSAL, 2007).</p> <p>La infraestructura requerida, debe permitir el desarrollo de un trabajo eficiente y dinámico del personal de salud y debe estar estructurado de acuerdo a las características propias de los usuarios de la Región, vale decir, características epidemiológicas y demográficas, y sobretodo cantidad de población asignada a cada centro sanitario manteniendo la relación profesional/número de habitantes a su cargo de acuerdo a normas establecidas por el Ministerio de Salud.</p> <p>La implementación de nuevas tecnologías médicas de incuestionable eficacia terapéutica o diagnóstica, deben incorporarse progresivamente a los servicios sanitarios y esta aplicación debe ir en estrecha relación con el capital humano disponible, ya sea en número como en capacitación. Importante función es la adquisición de conocimiento científico realizado por Instituciones de nivel superior con formación especializada en el tema, acreditadas por el Ministerio de Educación (Guerrero, 2004; Jiménez, 2005)</p>

	<p>De esta manera la inversión en la red pública de salud, constituye la base indispensable para alcanzar los objetivos sanitarios: salud para todos, resolutivez, eficiencia, acogida y cercanía, de manera de ir disminuyendo las brechas de infraestructura (recursos físicos) y tecnología que existen actualmente (MINSAL, 2008).</p> <p>El disponer de la infraestructura necesaria y acorde con el nuevo modelo de atención de salud, igualmente con la tecnología necesaria para brindar una atención de calidad e integral al usuario, contribuye a brindar un mejor servicio para restaurar la salud o limitar los daños y a proporcionar al equipo de salud las condiciones óptimas para desempeñar sus funciones.</p>
<p>Situación actual</p>	<p>Las orientaciones estratégicas presentadas en el Anteproyecto Regional de Inversiones (ARI) y el Programa Público de Inversión Regional (PROPIR), para el sector Salud, bajo el punto desarrollo social, establece como objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejoramiento del acceso, calidad y oportunidad de la atención de salud de baja, mediana y alta complejidad con condiciones de equidad para la población de toda la región. • Continuar el proceso de mejoramiento y desarrollo de la infraestructura de la región. • Implementación plena del Plan AUGE y Reforma de salud. <p>Así el informe destaca que las principales intervenciones a financiar se inician con la construcción del consultorio de especialidades CDT, que en la actualidad se encuentra en pleno funcionamiento. Además se continuará con una fuerte inversión en equipamiento de hospitales y consultorios rurales de la región, con el objetivo de mejorar la atención primaria y hospitalaria.</p> <p>Reposición del Hospital de Curepto, entregado al servicio de la comunidad, el primer semestre del año en curso (PROPIR, 2007)</p> <p>Por su parte, el Ministerio de Salud dentro de los objetivos sanitarios ha establecido como estrategias para el mejoramiento de la calidad de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autorización Sanitaria con requisitos estandarizados y obligatorios para arquitectura, construcción, recursos humanos y organización de los sistemas sanitarios. • La Autorización Sanitaria es el acto por medio del cual la Autoridad Sanitaria Regional (Secretario Regional Ministerial de Salud) permite el funcionamiento de los Prestadores Institucionales de Salud tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, para otorgar atenciones de Salud cumpliendo requerimientos de estructura y organización, que permitan garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad del usuario (Propuesta de Pautas de Requisitos de Autorización Sanitaria de Prestadores Institucionales de Salud, 200x).

- Acreditación externa que evalúen cumplimiento de procesos de atención más adecuada que generen premiación con incentivos.

Las estrategias descritas tienen como objetivo la existencia de estructuras mínimas para garantizar la seguridad de la atención y la existencia de procesos adecuados de acuerdo a la mejor información científico-técnica disponible, pero no incluyen directamente estrategias específicas para la evaluación de resultados (MINSAL, 2007).

La Reforma de la Salud tiene objetivos y estrategias con alcances profundos pues abarcan la totalidad de la organización y actividad del sector, dado que considera la renovación de las orientaciones sanitarias. Dentro de éstas se encuentra el desarrollo de tecnología digital (TD) que constituye una herramienta fundamental e indispensable para llevar adelante las reformas que requiere nuestro sistema de salud (Proyecto El libro Azul, 2006).

Se ha desarrollado una infraestructura robusta para soportar los futuros sistemas de información:

- Red de Telecomunicaciones de la Salud
- Disminución de la brecha de equipamiento complejidad menor
- Centro de Procesamiento de datos del sector salud.

Que ha permitido implementar exitosamente los primeros sistemas de Información Sectoriales:

- Sistema de recursos humanos
- Sistema de gestión Financiera
- Sistema de Gestión de Garantías (AUGE)
- Centro de contacto Salud Responde
- Uso masivo de Chilecompras
- Intranet sectorial
- Ventanilla única de empresas (autorizaciones sanitarias, fiscalización)
- Registro electrónico de productos farmacéuticos - GICONA (ISP).

Lo que gradualmente permitirá (MINSAL, 2007):

- Plataforma de Integración
- Sistema de Referencia y Contra referencia
- Sistema de Vigilancia Epidemiológico
- Sistema de Control de Calidad de Hospitales
- Sistema de Abastecimiento y Farmacias
- Sistema de costeo de la producción
- “Consultorios sin papeles”
- Sistemas de Información Hospitalarios
- Registro de prestadores
- Seguridad/firma electrónica

La normalización de la infraestructura y tecnología en Salud se enfoca a la normalización de la Atención Primaria y Hospitalaria, de acuerdo a las normas establecidas por la Autorización Sanitaria. Código Sanitario, Ministerio de Salud, artículo único de la ley N° 18.498 y por la letra a), del

	<p>artículo 10, de la ley N° 18.796. DFL N° 1 21 Febrero 1990.</p> <p>La normalización de la infraestructura se realiza a través de proyectos, principalmente a dos instancias de financiamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convenio de programación entre el Ministerio de Salud y el Gobierno Regional denominado Inversión En Infraestructura Del Sistema Integrado De Salud Región Del Maule (2007-2012). • Postulación de proyectos al Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR). <p>Actualmente la Atención Primaria de la Región del Maule cuenta con los siguientes Centros de Salud Familiar acreditados con autorización sanitaria: CESFAM “Las Américas” de Talca, CESFAM “San Clemente” de San Clemente, y próximamente a entregar CESFAM en la ciudad de Parral, San Javier y Maule.</p> <p>En fase de diseño se encuentran CESFAM de Talca, Curico y Constitución.</p> <p>Dentro del convenio de programación 2007 – 2012 se encuentran proyectados 10 CESFAM para la Región del Maule, 11 postas de Salud Rural que se encuentran en fase de postulación a financiamiento al FNDR.</p> <p>La normalización de la red hospitalaria de la Región del Maule ha comenzado por el hospital regional de Talca, que se encuentra en la fase de diseño hospitalario (Estudio preinversional), de acuerdo a las normas de autorización sanitaria.</p> <p>Los hospitales de Curicó, Parral, Cauquenes y Constitución, se encuentran en fase de estudio de la infraestructura y tecnología, para identificar y evaluar las brechas existentes frente a las nuevas políticas de salud.</p> <p>Además se esta realizando el estudio de brechas de otros establecimientos de salud regionales para realizar proyectos de: Reposición, Normalización y Obtención de la acreditación y autorización sanitaria. No obstante existe discrepancia entre los programas implementados por el Ministerio de Salud y la infraestructura y tecnología necesaria para el desarrollo de los programas.</p>
<p>Escenario tendencial</p>	<p>Seguirá existiendo una percepción opuesta entre los servicios de atención y las autoridades de salud respecto a la disponibilidad de recursos para infraestructura y tecnología, debido a que las autoridades dicen que los recursos están y lo que se requiere es mejorar la gestión de éstos.</p> <p>Para la Atención Primaria el no realizar un diagnóstico claro de la brecha existente dificultará la existencia de una infraestructura adecuada. Se seguirá otorgando atención en lugares inadecuados tanto para los usuarios internos como externos, lo que demorará el avance en las etapas de implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario.</p>

	<p>Se prevé que continuará la discrepancia en la formulación de políticas de salud y habilitación de la infraestructura y tecnología necesarias para el desarrollo de los programas ministeriales en los centros de salud. Al seguir realizando inversión a este ritmo: un establecimiento por comuna cada uno o dos años, se tardará muchos años en adecuar la infraestructura y tecnología a las necesidades locales, además en estos proyectos no se consideran las direcciones comunales de salud, que requieren espacios físicos para sus equipos, bodegas de insumos y fármacos, bodegas generales, bodegas de leche, etc.</p> <p>Las comunas que tienen solamente postas de salud rural no han tenido igual acceso a la tecnología.</p> <p>Si bien es cierto existen fuentes de financiamiento, programas y objetivos relacionados con la infraestructura, esto es insuficiente, habitualmente una comuna de la región tiene la posibilidad que le aprueben y financien un proyecto de reposición al año, el cual tiene dos etapas diseño y ejecución, por lo tanto lo real es que esto demore tres años (año1 diseño, año 2 ejecución, año 3 entrega e inicio de funcionamiento).</p> <p>La aplicación de la tecnología generalmente no ha sido implementada de manera uniforme, por lo tanto la brecha es dispar de una comuna a otra, han funcionado como proyectos o convenio, por lo tanto no tienen acceso todas las comunas, son soluciones parciales y no integrales. Además, no existe la misma capacidad, en las comunas o departamentos de salud, para realizar la mantención y el soporte de la tecnología, lo que se suma a la insuficiente e inadecuada capacitación del recurso humano.</p> <p>Existirá un financiamiento insuficiente en los municipios para inversiones, generalmente no es presupuestado o corresponde a un porcentaje bajísimo del gasto total.</p> <p>Por otra parte, no existe claridad en las pautas de autorización sanitaria y acreditación para los establecimientos de atención primaria, aún son documentos en estudio o elaboración.</p>
<p>Escenario deseado</p>	<p>Elaboración, implementación y evaluación de un plan integral de infraestructura y tecnología, a través de una medicina basada en la evidencia.</p> <p>Proporcionar a la Atención primaria, eje principal del sistema sanitario nacional, de la infraestructura física y tecnológica necesaria y adecuada para la implementación del Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario y dar cumplimiento, de manera conjunta con niveles secundarios y terciarios, a las Garantías Explícitas en Salud.</p> <p>Proporcionar a todos los centros de nivel secundario y terciario de la Región del Maule del recurso humano e infraestructura física necesaria para atención integral y oportuna de los pacientes derivados de la atención primaria.</p> <p>El Servicio de Salud del Maule y la SEREMI de Salud deben realizar una función integradora de los diferentes niveles de atención existentes en la región, tanto pública como privada, de manera de lograr redes asistenciales oportunas, en el caso de que no existan posibilidades,</p>

	<p>habilitar infraestructura y tecnología en los centros existentes.</p> <p>Se deberían implementar mecanismos de financiamiento oportunos para solucionar la brecha de infraestructura y tecnología.</p> <p>También se debería crear un fondo de apoyo extraordinario a los Departamentos de Salud cuando tienen que enfrentar reposición de establecimiento, ya que deben realizar gastos para funcionar en lugares provisorios mientras dura la obra.</p>
<p>Restricciones existentes en la realidad regional que dificultarían alcanzar el estado futuro deseado, principales limitantes en la disminución de la brecha</p>	<p>Financiamiento insuficiente, habitualmente no se aprueba más de un proyecto de reposición de infraestructura por comuna al año.</p> <p>El tiempo transcurrido desde la postulación de proyectos a la realización de éstos demora actualizar la infraestructura y tecnología.</p> <p>Poca disponibilidad presupuestaria de los municipios para inversión, no existe ítem para el desarrollo de infraestructura y equipamiento.</p> <p>No se dispone a nivel comunal de equipos especializados para la elaboración de proyectos de infraestructura y equipamiento.</p> <p>Faltan competencias a nivel comunal para la gestión de los proyectos, debido a que algunos centros que han sido entregados no funcionan en óptimas condiciones lo que hace difícil la atención de la población, lo que va en desmedro de su salud.</p>
<p>Objetivo</p>	<p>Normalizar la infraestructura y tecnología de la Red Asistencial y componentes del sistema de salud (administrativo-financiero-salud ambiental, ocupacional) con estándares de calidad (autorización y acreditación sanitaria).</p>
<p>Lineamientos estratégicos que apuntan a la superación de las restricciones detectadas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilizar a las autoridades comunales en la formulación de proyectos de salud de infraestructura y tecnología. 2. Capacitar a los Departamentos de Salud en la elaboración de proyectos de infraestructura y equipamiento. 3. Profesionalizar la gestión de proyectos, creación de unidad de proyectos acreditada por Ministerio de salud. 4. Incrementar el financiamiento para infraestructura y tecnología del sistema de salud regional, en concordancia al modelo de salud vigente. 5. Mejorar la gestión y evaluación de la administración del Sistema Regional de Salud. 6. Mejorar complementariedad Sistema de salud Público- privada. 7. Diseñar un plan quinquenal o decenal de infraestructura y equipamiento de la red asistencial según las necesidades de atención de salud que la población requiere, de acuerdo a las proyecciones demográficas y a su perfil epidemiológico 8. Triplicar la infraestructura para atender los problemas de salud mental en la región (hospitales de día, hogares protegidos, centros de atención diurnos, centros de acogida, otros) 9. Diseñar plan de infraestructura y equipamiento con el propósito de dar respuesta a la atención de urgencia que la población necesita acorde a su perfil epidemiológico (accidentes una de las tres principales causas de muerte)

Título de la variable	Prevención de enfermedades
Tipo de variable	Sanitaria
Definición	Son medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad tales como la reducción de los factores de riesgo si no también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas (OMS, 1998).
Relevancia en la temática	<p>El impacto de las enfermedades crónicas está creciendo de forma sostenida en numerosos países tanto desarrollados como de ingresos bajos y medios. La necesidad de prever y comprender la relevancia de las enfermedades no transmisibles (ENTs) y de intervenirlas urgentemente es una cuestión cada vez más importante. Para ello es preciso que las autoridades que están en condiciones de reforzar las actividades de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, así como la comunidad de salud pública, adopten un nuevo enfoque. Como primer paso, es fundamental comunicar los conocimientos y la información más reciente y precisa a los profesionales sanitarios de atención directa y al público en general (OMS, 2008).</p> <p>Las personas, familias y comunidades están siendo afectadas por enfermedades no transmisibles que van en aumento, esta amenaza creciente requiere de abordajes multidisciplinarios e intersectoriales.</p> <p>Entre las enfermedades no transmisibles destacan cardiopatías isquémicas, enfermedades cerebrovasculares, cáncer, traumatismos y enfermedades respiratorias que representan una porción sustancial de la carga de mortalidad y morbilidad (MINSAL, 2000).</p> <p>Los niveles de prevención están dirigidos a evitar la aparición de una enfermedad, si falla, la prevención se encarga de evitar su desarrollo, para esto se debe detectar precozmente e indicar el tratamiento adecuado, a su vez se debe evitar o disminuir los casos de recidiva y el establecimiento de la cronicidad (MINSAL, 2006).</p> <p>Además, los esfuerzos preventivos deben dirigirse a evitar la aparición de los factores de riesgo que anteceden a la presentación de la enfermedad o a tratar dichos factores en forma oportuna. Dentro de este enfoque tienen un rol muy importante los determinantes psicosociales de los factores de riesgo: nivel educacional, ingresos, calidad de la vivienda, nivel de stress, etc. En consideración a lo anterior, se desprende que la lucha contra las ENTs no puede hacerse sólo dentro del sector salud, sino que requiere un esfuerzo intersectorial (OPS, 1997).</p> <p>No obstante la transición epidemiológica de Chile (CEPAL, 2007), en la Región del Maule persisten las enfermedades transmisibles, muchas de ellas relacionadas con el saneamiento ambiental y conductas de riesgo de la población (PRSP, 2007). Estas enfermedades generan morbilidad y mortalidad, especialmente en la población económicamente activa generando un gasto social.</p>

Situación actual

El Estudio de Carga Global de la Enfermedad realizado en Chile en 1995 mostró que las enfermedades no transmisibles eran el principal problema de salud, con un 73% del total de años de vida ajustados por discapacidad. (OPS, 1997; MINSAL, 1996).

Chile tiene implementado programas para el control y tratamiento de pacientes con hipertensión arterial y diabetes en el Sistema Nacional de Servicios de Salud desde hace 20 años los cuales se han desarrollado en la región desde entonces. A Diciembre de 2000, había 169.578 pacientes diabéticos y 524.294 hipertensos en dichos Programas, lo que representa una cobertura de la población diabética e hipertensa beneficiaria del sistema público de un 58,3% y 49,9%, respectivamente (Proyecto CARMEN). En la población mayor de 15 años en la Región hay una prevalencia estimada de Diabetes de un 5 % y de un 20% de Hipertensos. La cobertura de atención de diabéticos es de 80.4 y de Hipertensos es de 63.2 por mil habitantes en la población bajo control en el año 2006 (S. S. Maule, 2006).

El Programa Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión que el Ministerio de Salud puso en marcha en la Red Pública de Salud el año 2001, aumentó rápidamente su cobertura : 29.000 personas tratadas en el año 2002 (91.4% mujeres, promedio de edad 41 años; 8.6% hombres, promedio de edad de 39 años. Depresión leve, el 23 %; depresión moderada, el 69,6 % y depresión severa, el 7,4 %). En el año 2003, se trataron 63.067 personas; 110.373, en el 2004 y 140.808 personas, en el 2005. En todos estos años se ha encontrado una distribución bastante similar por sexo, edad y severidad (MINSAL; 2008).

En Chile en 1997, como parte del proceso de reforma programática en salud, la División de Salud de las Personas (DISAP) definió 16 prioridades de salud para el país, las que en su mayoría corresponden a ENTs: cardiovasculares, cáncer, diabetes mellitus, malnutrición, salud mental, tabaco, entre otras. Dentro de la estructura funcional de la DISAP existen aperturas programáticas en consistencia con las prioridades de salud país. El principal problema radica en la falta de un presupuesto específico que apoye el desarrollo de las iniciativas programáticas.

El Examen de Salud Preventivo del Adulto (ESPA), implementado desde 1995 y reformulado en 1999, es una de las pocas actividades que ha permitido integrar las acciones preventivas en este grupo etario (tabaquismo, obesidad, hipertensión, dislipidemia, salud mental, detección precoz de cáncer cervicouterino y mama), pero aún no alcanza una cobertura significativa a nivel nacional. Desde el año 2005 se denomina Examen de medicina Preventiva (EMP) y aborda la prevención en todo el ciclo vital individual (MINSAL, 2006).

Las ISAPRES también consideran controles preventivos de salud para su población beneficiaria.

Existe una discordancia entre las exigencias ministeriales: en lo que se refiere a metas a cumplir, lo que se traducen en un gran número de acciones de una determinada actividad (Ejemplo: realización de EMP) y la atención con la mirada biospsicosocial, habitualmente las metas son netamente biomédicas y van asociadas a dinero, lo que trae como consecuencia que el trabajo de los equipos se oriente a ese fin. También existe una divergencia dada por el cumplimiento de GES por patologías del plan AUGE y la atención integral con

	<p>enfoque familiar. No existe presupuesto para actividades preventivas ni de educación asociadas a los programas, el financiamiento es sólo para promoción, que funciona aparte.</p> <p>Por otra parte hay desconocimiento de las causas que generan ciertas condiciones en la región, por lo cual se dificulta la realización de prevención primaria, un ejemplo de esto es la discapacidad, que en la Región del Maule se presenta en mayor proporción que a nivel nacional, pero se desconoce cuales son las causas de la discapacidad existente en la región.</p>
<p>Escenario tendencial</p>	<p>La población regional seguirá envejeciendo y junto con esto existirá un aumento de la demanda de atención, sumado al aumento de algunos factores de riesgo, como tabaquismo (MINSAL, 2005 avance de objetivos sanitarios), es esperable que con estos antecedentes el daño sea aún mayor en la población que envejece, debido al mayor tiempo de exposición a los factores de riesgo. Un aspecto positivo es que la cobertura de atención de los programas de salud en la Región han ido aumentando (S. S. Maule, 2006; Beachler, 2007). Sin embargo, no se ha evaluado el impacto que tiene esto en la salud de la población, especialmente si se considera que los establecimientos de salud pública no cuentan con la infraestructura, personal y equipamiento suficientes, se esperaría que las acciones preventivas no tengan todo el impacto esperado en la población, sobretodo cuando hay más de un profesional por box de atención. En consecuencia, la población seguirá muriendo prematuramente, ya sea en accidentes de tránsito, por enfermedades cardiovasculares y por cáncer, todas estas enfermedades prevenibles. Además, la población seguirá adoptando estilos de vida dañinos para su salud y calidad de vida, producto que en muchas ocasiones la opción saludable es la más difícil de tomar, un ejemplo de esto es lo que ocurre en Talca con la oferta de verduras y fruta a menores precios se concentra en un solo sitio en la ciudad, el cual esta alejado de las poblaciones y aumenta los costos ya que se requiere locomoción para acceder a éste.</p>
<p>Escenario deseado</p>	<p>El escenario deseado es que la población aumente sus expectativas y calidad de vida en un ambiente confortable y seguro, donde se eviten las enfermedades y en caso de producirse, éstas sean diagnosticadas y tratadas precozmente, para así minimizar el daño. Es deseable también que la población adopte conductas saludables y que se generen las condiciones necesarias para que la opción saludable sea la más fácil de tomar. Por otro lado, es deseable que los establecimientos de la salud de la Región cuenten con infraestructura, personal y equipamiento suficientes, para preservar la salud y restaurarla oportunamente cuando sea necesario. A su vez, es importantes que la sociedad civil, reconozcan su importante rol en preservar y restaurar la salud y actúen en consecuencia.</p>
<p>Restricciones existentes en la realidad regional que dificultarían alcanzar el estado futuro deseado, principales limitantes en la disminución de la brecha</p>	<p>La región posee una población estimada de ruralidad de 32,9%; un quinto de la población vive en la capital regional (Talca) (INE, 2002). La ruralidad es una limitación poderosa para disminuir la brecha entre comunas, la comuna de Villa Alegre tiene 3.1 horas de atención médica por mil habitantes y en la comuna de Curico tiene 35.3 horas de atención médica por mil habitantes, la tasa máxima es 11 veces mayor que la mínima. En la atención odontológica se aprecia que en la Comuna de Sagrada Familia tiene un índice de 2.4 horas de atención por cada mil habitantes y la comuna de Cauquenes, 10.6, la tasa máxima es 4 veces mayor que la</p>

	<p>mínima (S.S. Maule, 2006). La falta de personal sanitario dificulta realizar prevención de las enfermedades en la región.</p> <p>Al señalar que el perfil de morbilidad y mortalidad de la población es el resultado de una exposición permanente y sostenida en el tiempo de factores de riesgos que actúan solos o en combinación, tales como el consumo de tabaco, ingesta de alcohol desmedida, uso de elementos de seguridad en el transporte y en trabajo, hábitos de alimentación y sedentarismo, consultas preventivas y para diagnóstico precoz. Este perfil de comportamiento de la población, que no siempre es la responsabilidad del sujeto afectado, nos limita a mejorar la salud, en la medida que mejore la conciencia y la capacidad de autocuidado.</p> <p>El desconocimiento de las causas que producen ciertas condiciones como la discapacidad, dificulta la prevención temprana y sólo permite limitar el daño en el mejor de los casos, lo cual incrementa el gasto social y sufrimiento del afectado y su familia.</p> <p>Las condiciones en que se realiza las prestaciones de salud, que en oportunidades se atiende dos profesionales por box, hace difícil que estas atenciones tengan un impacto positivo en la salud de la población y pueden desincentivar las consultas.</p> <p>Por otra parte, se desconoce lo que opinan los usuarios respecto de la prevención, no hay evidencia relativa a las creencias de éstos respecto a la trascendencia de las acciones preventivas, lo que puede dificultar el que ésta tenga los efectos deseados.</p> <p>No se asigna presupuesto para la prevención de enfermedades con actividades fuera de las dependencias de los centros de salud, tampoco existen políticas que incentiven la prevención en salud como prioritaria para evitar la aparición de las enfermedades que afectan la población de la Región en las fases tempranas de la historia natural de la enfermedad.</p> <p>Dada las condiciones actuales, en muchas ocasiones la opción saludable es la más difícil de tomar.</p>
<p>Objetivo</p>	<p>Potenciar la prevención de enfermedades que afectan a la población de la región, especialmente en las fases tempranas de la historia natural de la enfermedad.</p>
<p>Lineamientos estratégicos que apunten a la superación de restricciones detectadas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumentar cargos de profesionales de la salud en los centros de atención, destinados a actividades de prevención, especialmente para ejecución de Consejerías de acuerdo a las realidades individuales y familiares del afectado. 2. Crear incentivos para que los profesionales opten por trabajar con enfoque preventivo en zonas rurales. 3. Formular programas educativos intersectoriales y participativos que permitan disminuir la exposición a factores de riesgo tanto individuales como medioambientales y laborales. 4. Asignar recursos para la investigación de los problemas locales que faciliten la prevención de enfermedades prevalentes de la Región.

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Dotar a los establecimientos con la infraestructura, recurso humano y equipamiento suficiente para realizar acciones de prevención. 6. Crear alianzas con instituciones universitarias, para el desarrollo de investigación respecto a creencias, actitudes y barreras que la población tiene en relación a la prevención de enfermedades en nuestra región. 7. Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica de enfermedades no transmisibles especialmente de las que son las principales causa de muerte de la población en nuestra región 8. Asignar presupuesto para realizar actividades de prevención fuera del contexto de la atención clínica. 9. Crear las condiciones para que las conductas saludables sean las más fáciles de adoptar. 10. Asignar incentivos para actividades preventivas y promocionales dando las facilidades para su ejecución. 11. Elaborar programas educativos y comunicación social, que permitan cambios en la concepción de las personas respecto a la responsabilidad de su propia salud a nivel individual y colectivo
--	--

Título de la variable	Promoción de la Salud
Tipo de variable	Social
Definición	Proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su propia salud, y de esta forma mejorarla (Carta de Ottawa, 1986).
Relevancia en la temática	<p>Existen muchos argumentos para relevar la importancia de la Promoción de la Salud como estrategia central para el desarrollo a nivel local y global.</p> <p>Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud (Carta de Ottawa, 1986).</p> <p>Desde este precepto, se hace relevante el enfoque promocional en las acciones sanitarias e intersectoriales que debe abordar la autoridad sanitaria y la sociedad en su conjunto.</p> <p>La promoción de la salud desarrolla las potencialidades del individuo, aumenta sus habilidades y capacidades para conservar la salud y una buena calidad de vida, a nivel personal y de la mano de su entorno y comunidad.</p> <p>La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial</p>

	<p>(Carta de Ottawa, 1986).</p> <p>En el Contexto internacional, la promoción de la salud ha estado en el centro de las definiciones y orientaciones de futuro de la Salud Pública en el mundo. Así en 1988 el Institute of Medicine (USA) define como la Visión de la Salud Pública: “Personas Sanas en Comunidades Sanas” (Healthy People in Healthy communities), en 1997 luego de otros avances en este sentido; la OMS recomienda el desarrollo conceptual de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP); y al 1999 la OPS hace suyo este trabajo delineando la Iniciativa de Salud Pública en la Américas, en que se plantea el desarrollo de consenso regional en relación a las FESP, así como avanzar en metodologías de evaluación de las mismas. La Promoción de la Salud y Empoderamiento de la gente aparece como una de las FESP centrales a trabajar en el mundo y por tanto en la región (Muñoz, 2000).</p> <p>Finalmente es importante considerar que a través de la promoción de la Salud se reduce la carga de enfermedad y se aminora el impacto social y económico de las enfermedades. Existe consenso en la relación existente entre la promoción de la salud, la salud, y el desarrollo humano y económico (Muñoz, 2000).</p>
<p>Situación actual</p>	<p>En la región se han desarrollado acciones de promoción de la salud desde 1998 a través de Planes Comunales y Regionales de Promoción de la Salud en el marco de los objetivos sanitarios; realizándose acciones directas con las personas y el ambiente, destinadas a la mejoría de la calidad de vida de la población (MINSAL, 2002).</p> <p>Los planes de promoción de la salud se concibieron como instrumentos de planificación local participativa (MINSAL, 2006), sumando en ellos iniciativas locales o “proyectos de promoción de salud de la comunidad organizada”, para pasar luego a convertirse en Planes Comunales de Promoción de Salud.</p> <p>Actualmente, la estrategia de Promoción de Salud es de dependencia de la SEREMI de Salud; que entrega a las comunas las orientaciones emanadas del Plan Nacional de Salud Pública; en que se priorizan las condicionantes a abordar, orientadas a prevenir los principales problemas de salud de la población del país y de la Región. Luego son las comunas, a través de sus encargados de promoción; y de sus Comités VIDA CHILE quienes llevan estas orientaciones regionales y nacionales a la realidad local comunal en la forma de su Plan Comunal de Promoción de Salud SEREMI, 2008).</p> <p>En la práctica; estos Planes son desarrollados por los encargados de promoción de la salud comunal, y el programa contempla acciones aisladas de distintas organizaciones comunitarias que no trabajan colaborativamente ni coordinadas en promoción de la salud con una estructura definida desde el nivel central; sino más bien, de la manera en que cada comuna logre organizarse y cada Municipio quiera priorizar el trabajo en Promoción de Salud. A esto se suma que los encargados de</p>

	<p>promoción de la salud cumplen otros roles dentro de la organización de la comuna, por lo que el desempeño en este ámbito pasa muchas veces a ser una labor “extra” a sus responsabilidades como parte del equipo de salud local. Esta situación se genera debido a que la autoridad comunal no ha comprendido la importancia de la promoción de la salud y su influencia en la calidad de vida y salud de su población.</p> <p>Todo esto se traduce en la ejecución y financiamiento de pequeñas actividades, las cuales no son adecuadamente sistematizadas y evaluadas para medir sus resultados e impacto y poder proyectar este trabajo en el tiempo.</p> <p>Por otra parte, se presenta la problemática de la coordinación de los distintos actores que realizan promoción de la salud, debido a que los momentos de planificación no están coordinados de manera que las etapas de diagnóstico de salud, diagnósticos participativos y reuniones técnicas en que por ejemplo, se desarrollan los planes comunales de Salud; no coinciden con las etapas del año en que son solicitados los Planes de Promoción; lo que evidentemente genera problemas, considerando que la estrategia de promoción de salud debiese ser transversal a los Planes Comunales de Salud.</p> <p>Otra situación que ahonda el problema es que el aporte financiero para promoción, llega desde el Ministerio de Salud en forma tardía, aproximadamente a mediados de año, por lo cual la promoción se realiza en las comunas en el segundo semestre, cuando se debe comenzar también la planificación del año siguiente, además el financiamiento es inadecuado para la relevancia del tema. Por ejemplo, la comuna de Talca con 160.013 personas inscritas como usuarios, tuvo un convenio con la SEREMI de salud el año 2007 de \$6.900.000, vale decir \$43,12 por persona al año para la promoción de la salud.</p> <p>Finalmente, los sectores involucrados en la promoción de la salud, es decir los sectores cuyas acciones afectan la salud de la población regional (Ej.: trabajo, educación, vivienda, obras públicas, etc.) no están sensibilizados con la promoción de la salud, por lo cual sus acciones muchas veces van en detrimento de la salud de la población, lo que ocasiona que la promoción sea empujada sólo desde el sector salud, sector que por si solo no puede velar por la salud de la población.</p>
<p>Escenario tendencial</p>	<p>Se han definido nuevos énfasis para la consolidación de la promoción de la salud a nivel nacional basados en el enfoque de determinantes sociales de la salud y el reconocimiento de la pluriculturalidad existente en el territorio nacional (MINSAL, 2007). A nivel comunal se prevé que las acciones promocionales se seguirán desarrollando sin conocer sus resultados sobre las personas y comunidades. Es decir, desconociéndose si las actividades de promoción de la salud tienen un efecto en los conocimientos, actitudes o comportamientos relativos a salud de la población participante, menos aún su impacto en la salud. Además, los otros sectores seguirán sin considerar la salud en su quehacer diario y en la toma de decisiones, tampoco sin comprender de qué forma la salud</p>

	<p>afecta a su sector.</p> <p>Los recursos económicos para trabajar en promoción de la salud, a través del convenio entre los municipios y la SEREMI, aparentemente seguirán siendo reducidos respecto del gasto en salud; así mismo la importancia que atribuye cada entidad administradora municipal a la promoción, condicionará el aporte que otorgue para la ejecución de acciones de promoción.</p>
<p>Escenario deseado</p>	<p>El escenario futuro deseado es que se realice la planificación de la promoción de la salud de manera participativa, intersectorial y coordinada entre los distintos actores que realizan promoción. Además, se debe incorporar la evaluación de la promoción de la salud, tanto la evaluación formativa, de proceso y de resultado para asegurar su impacto en la salud de la población. De manera tal que las actividades que tengan efectos positivos a costos razonables en la población beneficiaria puedan replicarse en otras comunidades, para de esta forma mejorar la salud y calidad de vida de la población de la Región de Maule.</p> <p>A nivel central regional, es deseable que las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) cuyas acciones afectan la calidad de vida de las personas consideren la promoción de la salud de la población en la toma de decisiones. Los SEREMIS debieran recomendar a sus trabajadores participar en los comités Vida CHILE comunales y de esta forma respetar la promoción de la salud como política de estado, tal como esta definida.</p> <p>Los responsables de la promoción de la salud en los centros de salud deberían tener horas asignadas suficientes para articular el trabajo interno como con las redes sociales y el intersector, con equipamiento adecuado.</p> <p>Debería existir una legislación que regule algunos ámbitos de la promoción como por ejemplo la prohibición de la comercialización de algunos alimentos dañinos para la salud, especialmente a menores, restricción de publicidad, etc.</p>
<p>Restricciones existentes en la realidad regional que dificultarían alcanzar el estado futuro deseado, principales limitantes en la disminución de la brecha</p>	<p>No se comprende aún, a nivel político, el efecto de la promoción de la salud en el bienestar y economía de la población, es decir que invertir en promoción de la salud ahorra recursos a las autoridades y mejora la calidad de vida de las personas. Tampoco se comprende aún de que forma la salud afecta a cada sector por cuanto la salud es un componente del nivel de vida.</p> <p>Muchos de los profesionales que se desempeñan en la Red Asistencial fueron formados bajo el paradigma del Modelo biomédico, por lo cual la estrategia mundial de promoción de la salud no se puede llevar a cabo satisfactoriamente. Además, el intersector no comprende que tiene un rol que cumplir en promoción, lo que hace recaer la responsabilidad sólo en salud y dificulta formar alianzas para abordar la temática. Faltan capacidades para realizar la evaluación de la promoción de la salud en cuanto a sus resultados e impacto. Los recursos económicos otorgados para la promoción de la salud tanto en los equipos como en la comunidad son insuficientes. Se requieren leyes que regulen la oferta de productos</p>

	dañinos para la salud.
Objetivo	Incorporar la promoción de la salud en la toma de decisiones de los distintos sectores involucrados en la salud de la población regional.
Lineamientos estratégicos apuntan a la superación de restricciones detectadas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilizar a las autoridades regionales y comunales de la importancia de la promoción de la salud y de sus efectos en la población. 2. Planificar la promoción de la salud de manera participativa, intersectorial y coordinada entre los distintos actores que realizan promoción. 3. Evaluación formativa, de resultados y de impacto de las acciones de promoción de la salud. 4. Instalar el modelo de Atención Integral con enfoque familiar en la región. 5. Capacitar a la comunidad, actores políticos, autoridades gubernamentales y profesionales de todos los sectores en promoción de la salud. 6. Incorporar la promoción de la salud en los Planes de Desarrollo Comunal. 7. Financiar la promoción de la salud efectiva a mediano y largo plazo de manera tal de asegurar la continuidad en el tiempo de las iniciativas exitosas. 8. Reactivar el Consejo VIDA CHILE Regional gestionado por el Sr Intendente en conjunto con los SEREMIs , Directores de servicios firmantes del Acta de Compromiso 9. Fortalecer los Comités VIDA CHILE Comunales, gestionados por el Sr Alcalde con el apoyo de las Gobernaciones Provinciales. 10. Asignar horas suficientes a los encargados de promoción de la salud para coordinar la promoción con el equipo de salud e intersector. 11. Elaborar e implementar planes de difusión y comunicación social con temas inherentes a la promoción 12. Intensificar la participación ciudadana y de los sectores involucrados en la formulación, seguimiento y evaluación del Plan Regional de Salud Pública 13. Legislar sobre ámbitos específicos de la promoción 14. Avanzar en la instalación y legitimación de la Autoridad Sanitaria, en el rol asignado por ley y que dice relación con la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y en la fiscalización sanitaria medioambiental y laboral.

6. Conclusiones

Dentro de las 10 principales causas de muerte de la población de la Región del Maule se encuentran las enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares y cánceres, infecciosas como la neumonía y los accidentes de tránsito.

Los problemas de salud que afectan a los distintos grupos de población según edad son de carácter crónico e infeccioso. En los menores de un año las malformaciones congénitas ocupan una proporción importante en la mortalidad.

En la población adolescente la principal causa de muerte son por causas externas, donde los accidentes, suicidios y homicidios ocupan los tres primeros lugares, no obstante los problemas respiratorios ocupan el tercer lugar de los egresos hospitalarios.

Las tres principales causas de muerte en la población de 20 a 45 años son por causas externas donde los accidentes ocupan el primer lugar seguido por suicidios y homicidios.

En la población mayor de 45 años las principales causas de muerte las constituyen las enfermedades cardiovasculares, especialmente las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares.

Un gran porcentaje de las muertes y enfermedades de la población de la Región son prevenibles.

En población adulta existe un alto porcentaje de estilos de vida poco saludables como tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y obesidad.

En la población de 18 a 74 años destaca por su frecuencia y por que afectan la calidad de vida: la depresión, problemas de salud buco-dental, disminución de la agudeza visual y auditiva, artritis artrosis y síntomas respiratorios crónicos.

En esta Región se come menos pescado, menos verduras y frutas y se toma menos leche y se fuma más que el promedio del país.

En la Región se perciben muchas horas de trabajo, accidentes laborales, estrés y sobrecarga de tareas en la mujer, quienes tienen menor satisfacción con los distintos aspectos de su vida que los hombres.

Los recursos humanos en la Región son insuficientes para realizar las labores que le están encomendadas en cuanto a promover la salud, prevenir enfermedades y fiscalizar el medioambiente y las condiciones de trabajo.

La mayoría de la población de la Región no tiene acceso a programas preventivos para mantener su salud y evitar enfermedades.

Las variables claves, relativas a salud, para el desarrollo de la Región del Maule son:

- Atención integral de la salud

- Equipo de salud

- Infraestructura y equipamiento

- Prevención de enfermedades

- Promoción de la salud

7. Bibliografía

Anuario Estadísticas de Salud Región del Maule 2005. Servicio salud del Maule; subdirección de Gestión Asistencial, Departamento de Epidemiología e Información para la Gestión, Unidad de Bioestadística. 2005.

Anuario Estadísticas de Salud Región del Maule 2006. Servicio salud del Maule; subdirección de Gestión Asistencial, Departamento de Epidemiología e Información para la Gestión, Unidad de Bioestadística. 2006.

Astete Badilla, Maria Teresa, 2006. Evaluación de estado de salud bucal en niños de 12 años que asisten a establecimientos educacionales municipalizados de la ciudad de Talca. Tesis para optar al título de Cirujano Dentista, Universidad de Talca.

Baechler R, Roberto, Barra R, Marcela Y Soto P, Alex. Índice de medicina preventiva: Una medida integradora de la cobertura de los programas preventivos. *Rev. méd. Chile*, jun. 2007, vol.135, no.6, p.777-782. ISSN 0034-9887.

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional auspiciada por la OMS y la Asociación Canadiense de Salud Pública. Toronto, Canadá: OMS, Asociación; 1986.

<http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf> [Consultado 25 Abril 3008]

Censo de Población. Instituto Nacional de Estadísticas.

Censo Chile año 2002. Instituto Nacional de Estadística (INE). Comisión Nacional del XVII Censo de Población y VI de vivienda. Santiago de Chile Marzo 2003. Disponible en: www.ine.cl/cd2002/sintesis censal.pdf. [Consultado 22 abril 2008]

CEPAL, América Latina y el Caribe. Observatorio Demográfico N°3- Proyección de Población. “La Dinámica demográfica en América Latina”

Clínicas y entidades de salud privada A.G. Boletín informático N°6, Abril 2008. ¿Escasez de Recursos Humanos en Salud?. Disponible en: http://www.clinicasyentidades.cl/Boletin_informativo6.pdf. [Consultado 19 junio 2008]

Concha M, Agujera X, Guerrero A, Salas J, Chile V, Parra P. Metodologías de Apoyo a la priorización local de problemas de salud. Análisis regional de la carga de Enfermedad. 2003, Ministerio de Salud.

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, 2005. Sexto estudio Nacional de Drogas en población escolar de Chile,

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) 2006. Séptimo estudio Nacional de Drogas en población general de Chile.

Cuarta encuesta nacional de juventud, 2003. Instituto Nacional de la Juventud. Disponible en: <http://www.csmc.cl/cm1/MNGCSMC/IMGRECS/recs172.pdf> Fecha: Viernes 13 Junio 2008.

Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de Chile, 2008.

Dever A. 1991. Epidemiología y administración de servicios de salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud

Fondo Nacional de la Discapacidad. Encuesta nacional de la discapacidad en Chile. Endisc 2004. Ministerio de Planificación y Coordinación.

Fondo Nacional de la Discapacidad., Análisis de impacto 2007. Ministerio de Planificación.

Instituto Nacional de Estadística (INE) Índice de actividad económica Regional "INACER" Región del Maule cuarto trimestre 2005. Disponible en: www.ine.cl/canales/chile_estadistico/territorio/indicadores_regionales/pdf/in070405.pdf. [Consultado 30 de mayo 2008]

Instituto Nacional de estadística (INE), Encuesta suplementaria de ingresos de hogares y personas 2003. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/mercado_del_trabajo/encuestas_suplementarias/encuestas_suplementarias.php. [Consultado 30 de Mayo 2008]

John M. Last. Public Health and Human Ecology. Second Edition Appleton & Lange, 1997

Jóvenes en Chile, Instituto Nacional de Estadísticas, 2007. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2007/diciembre/not141207.php [Consultado 13 Junio 2008].

Lalonde, M. 1974 A new perspectiva on the health of canadiens a working document. Minister of Supply and Services Canada 1981. Cat. No H31-1374. ISBN 0-662-50019-9 Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pube-pubf/perintrod.htm> [Consultado 25 mayo 2008].

Luengo Luisa, Zepeda Ana, Díaz Soledad. Embarazos Adolescentes, Últimos datos disponibles. Instituto Chileno de medicina Reproductiva, 2006. Disponible en: <http://www.icmer.org/pdfs/presentaciones/EmbarazosenAdolescentes2006.pdf> [Consultado 13 Junio 2008].

Mathers C, Ma Fat D, Inoue M, Rao C, López A. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. *Bull World Health Organ* 2005; 83, no.3: 171-177c. Disponible en: www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S0042-96862005000300009 & lng=en & nrm=iso [Consultado 8 de octubre 2005].

Ministerio de Planificación. Documentos regionales “caracterización de la población región del maule” División de planificación regional. MIDEPLAN Septiembre 2004. Disponible en: www.infopais.cl/interior/pdf%20Maule.pdf [Consultado 25 junio]

Ministerio de Planificación, 2004. Documentos Regionales “Caracterización de la Población Región del Maule” División de planificación regional. MIDEPLAN Septiembre. Disponible en: www.infopais.cl/interior/pdf%20Maule.pdf [Consultado 20 mayo 2008]

Ministerio de Salud. Encuesta de Calidad de Vida y Salud 2006. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/index.htm>. Consultado 28 abril 2008. [Consultado 13/05/2008].

Ministerio de Salud de Chile. Secretaría Técnica del Régimen de Garantías. Capacidad instalada del sector público de salud. Informe país. Febrero 2006

Ministerio de Salud de Chile, 2007. Programa Nacional Adolescentes y Jóvenes, Departamento Ciclo Vital División Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública, Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes. Disponible en: <http://www.medicosaps.cl/IV%20Congreso%20Nacional%20M%E9dicos%20APS/M%F3dulo%20Infanto-juvenil/Pol%EDtica%20P%FAblica%20Salud%20Adolescentes%20MINSAL.pdf>

[Consultado el 29 Abril 2008]

Ministerio de Salud de Chile , Enero 2002. "Objetivos Sanitarios y Modelo de Atención para la Década 2000-2010". Documento oficial.

Ministerio del Trabajo, Región del Maule. Disponible en:
http://www.mintrab.cl/descargar/empleo_estad/VII_region_163_184.pdf. [Consultado 28 de Mayo 2008]

Núñez L. Icaza. Calidad de las estadísticas de Mortalidad, 1997-2002 Revista Médica de Chile, 134 (9):1191-1196, 2006

Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Glosario. Ministerio de Sanidad y Consumo 1998

Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC 1988. "El Desafío de la Epidemiología"

Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC 1991. "Epidemiología y administración de servicios de salud".

Organización Panamericana de la Salud. Información para la Equidad en Salud en Chile. OPS, Oficina Regional de la OMS. Santiago, Chile, 2001.

Organización Panamericana de la Salud. 2002. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. The Food and Nutrition program. Document reference number HPN/66/2

Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Americas 2007. volumen II- países 2007. Disponible en:
www.paho.org/HIA/archivosvol2/paisesesp/Chile%20Spanish.pdf.

Oyarce A, Bustos P. Características socio culturales de la Mortalidad por Neumonía en niños mapuches, 1993 - 2003. 2004.

Palomo I, Icaza G, Mujica V *et al.* Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos en población adulta de Talca, Chile, 2005. *Rev. méd. Chile*, jul. 2007, vol.135, no.7, p.904-912. ISSN 0034-9887

Roman A, Senoret M. 2008, Estado actual de las especialidades médicas en Chile: realidad en el sistema público no municipalizado. *Rev. méd. Chile*. [online]. ene., vol.136, no.1 [citado 23 Junio 2008], p.99-106. Disponible en la World Wide Web:

<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000100013&Ing=es&nrm=iso>. ISSN 0034-9887 [Consultado 20 Junio 2008]

Roman A, Acuña O, Senoret M, 2006. Disponibilidad de médicos en Chile al año 2004. *Rev. méd. Chile*, ago., vol.134, no.8, p.1057-1064. ISSN 0034-9887. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v134n8/art17.pdf> [Consultado 23 junio 2008].

Sáenz R, Adarme A. Empleo y Desempleo en la Región del Maule Centro de Estudios de Opinión Ciudadana. ESTUDIOS DE ECONOMÍA REGIONAL, Año 2, N°3, 2008

Salud laboral 16.744. Tercer informe periódico de Chile, presentado al comité de derechos económicos, sociales y culturales sobre la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, de conformidad a sus artículos 16 y 17. República de Chile, junio 2003. p 56

Secretaria Regional Ministerial de Salud Región del Maule, 2007. Plan de salud pública, VII región del Maule, 2007. Gobierno de Chile Ministerio de Salud. Disponible en: <http://www.seremisalud7.cl/Documentos.php> Consultado 01/05/2008 [Consultado el 27 Abril 2008]

Servicio de Salud del Maule. 2002. Años de vida potencialmente perdidos VII región del Maule, 1997.1999. Departamento Programa de las personas.

Servicio Salud del Maule, 2008. Red de salud, programas de salud. Disponible en: http://www.ssmaule.cl/paginas/index.php?option=com_content&task=view&id=41&Itemid=101 [Consultado el 30 Abril 2008]

Szot Meza J. 2002, "Reseña de la salud pública materno-infantil chilena durante los últimos 40 años: 1960-2000". En *Rev. Chil Obstet Ginecol*; 67(2): 129-135.

Timmreck T. 1998. *An Introduction to Epidemiology*. Second Edition. Jones and Bartlett Publishers.

Toledo V. Situación de salud de los pueblos indígenas. OPS, MINSAL de Chile 1997. Disponible en: [www.un.org/esa/socdev/unpfii/pfii/datacoll%20\(PAHO\)%20sp.htm](http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/pfii/datacoll%20(PAHO)%20sp.htm) [Consultado 20 mayo 2008]

Vega J, Solar O, Irwin A. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción en Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad, 2005

Valdivia Gonzalo, Simonetti Franco, Cumsille Patricio *et al*, 2004. Consumo de tabaco en población menor de 18 años: estudio de prevalencia en escolares de Chile

7.1. Bibliografía de Variable Atención Integral de los problemas de salud

Orientaciones para la Programación Local, Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Atención Primaria, 2004

Tellez, A. Atención Primaria factor clave en la al sistema de salud Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina de la Universidad Católica. En temas agenda Pública, Vicerrectoría de Comunicaciones y Asuntos Públicos Pontificia Universidad Católica del Maule. Año1 N° 2, Agosto 2006.

Secretaría Regional Ministerial de Salud Región del Maule, 2008. Orientaciones regionales Planes Comunes de Promoción de Salud 2008. Unidad de Promoción de Salud y Participación Ciudadana.

Orientaciones para la Programación en Red, Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de la Red Asistencial, División de Atención Primaria, 2008.

7.2. Bibliografía de Variable Equipos de Salud

Acevedo J., Vásquez M., 2006. Trabajo en Equipo. (ppt.). Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, U. de Chile

Aguilera Martínez, H. Organización de un CESFAM, algo más que sectorizar. Guía Docente, Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, U. de Chile (2006)

Cuenta Pública 2001, Consejo Nacional para la promoción de la Salud VIDA CHILE. Departamento de Promoción de la Salud, División de Rectoría y Regulación Sanitaria, 2002. Ministerio de Salud.

Dyer William G., Formación de Equipos: Problemas y Alternativas, 2º Edición. Addison- Wesley Iberoamericana, Buenos Aires, Argentina, 1988

7.3. Bibliografía de Variable Infraestructura y tecnología

Agenda Digital del Ministerio de Salud. El libro azul, 2006.

Anteproyecto Regional de Inversiones (ARI)

Centro de investigación para el desarrollo de México (CIDAC). La infraestructura: componentes y balance. 2008.

Disponible en: <http://www.cidac.org/vnm/libroscidac/infraestructura/Infraes-Cap-1.PDF>

Diccionario de la lengua española - vigésima segunda edición, 2008

Guerrero JC, Amell I, Cañedo R; Tecnología, tecnología médica y tecnología de la salud: algunas consideraciones básicas. Acimed, 2004.

Jiménez Gregorio. Revista de investigación e innovación tecnológica Departamento Estructura e Historia Económica y Economía Pública, Universidad de Zaragoza, 2005.

Disponible en: <http://madrimasd.org/revista/revista29/aula/aula2.asp>.

Ministerio de Salud, Informe avances en salud, 2007.

Ministerio de Salud. Inversiones Hospitalarias. 2008.

Disponible en: <http://www.vidaempresarial.cl/>

Ministerio de Salud 2008. Objetivos Sanitarios 2000 – 2010.

Disponible en: <http://www.navarro.cl/defensa/salud/Doc/Objetivossanitarios2000-2010.pdf>

Programa Publico De Inversiones, región Del Maule, 2007.

Disponible en: http://www.subdere.gov.cl/1510/articles-70685_recurso_1.pdf

7.4. Bibliografía de Variable Prevención de Enfermedades

Anuario Estadísticas de Salud, 2006. Región del Maule. Departamento de Epidemiología e Información para la gestión. Unidad Bioestadística, Servicio Salud del Maule.

Ministerio de Salud. Objetivos Sanitarios para la Década 2000 –2010 Evaluación a mitad del período Estado De Avance En Los Objetivos De Impacto Subsecretaría de Salud Pública División

de Planificación Sanitaria Primera edición diciembre de 2006. Disponible en:
http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/OS/EvOS_Impacto.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas y Población. Censo 2002

CEPAL, América Latina y el Caribe. Observatorio Demográfico N°3- Proyección de Población. “La Dinámica demográfica en América Latina” 2007.

Ministerio de Salud. Examen de Medicina Preventiva, 2006. Disponible en:
http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/medicina_preventiva_ges.pdf

Ministerio de Salud, Enero 2002. “Objetivos Sanitarios y Modelo de Atención para la Década 2000-2010”. Documento oficial. Disponible en <http://epi.minsal.cl/epi/html/frames/frame6.htm>.

Ministerio de Salud. La Carga de Enfermedad en Chile, Marzo 1996. Disponible en
<http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/carga/Inffin-carga-enf.pdf>

Ministerio de Salud, Protección de la salud: Depresión, 2008 Disponible en:
http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/temas_salud/proteccion/saludmental3.html

Organización Mundial de la salud, Promoción de la Salud, Glosario. Ginebra 1998

Organización Mundial de la Salud. Chronic diseases and promotion 2008, Disponible en:
http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/

Organización Panamericana de la Salud, La actividad de la OPS en el campo de las enfermedades no transmisibles Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2(6), 1997.

Secretaría Regional Ministerial. Plan de Salud Pública VII Región del Maule 2007. Disponible en:
<http://www.seremisalud7.cl/Documentos.php Consultado 01/05/2008>

7.5. Bibliografía de Variable Promoción de la Salud

Acevedo J., Vásquez M., 2006. Trabajo en Equipo. (ppt.). Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, U. de Chile

Aguilera Martínez, H. Organización de un CESFAM, algo más que sectorizar. Guía Docente, Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, U. de Chile (2006)

Organización Mundial de la Salud, Carta de Ottawa para la promoción de la salud, Ginebra, 1986
en Promoción de la Salud, Glosario. Organización de la Salud, Ginebra 1998

Ministerio de Salud. Cuenta Pública 2001, Consejo Nacional para la promoción de la Salud VIDA CHILE. Departamento de Promoción de la Salud, División de Rectoría y Regulación Sanitaria, 2002.

Dyer William G., Formación de Equipos: Problemas y Alternativas, 2º Edición. Addison- Wesley Iberoamericana, Buenos Aires, Argentina, 1988

Muñoz, F., López-Acuña, D., 2000. Las Funciones esenciales de la Salud Pública: un tema emergente en las Reformas del Sector Salud. En Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 8 (1/2).

Ministerio de Salud. Programa de promoción de la Salud 2007-2010. Instructivo 2006.

Secretaría Regional Ministerial de Salud Región del Maule, 2008. Orientaciones Regionales Planes Comunes de Promoción de Salud 2008. Unidad de Promoción de Salud y Participación Ciudadana.

8. Anexo: Mortalidad por grupo etario

La tabla A1 mostrada a continuación, detalla la mortalidad por grupo etario según las tres principales causas específicas de defunciones del año 2005, en la Región del Maule y en Chile.

Tabla A1: Mortalidad por grupo etario, según las tres principales causas específicas de defunciones, Región del Maule y Chile, 2005

Grupo etario	Maule Causa	Tasa *	Chile Causa	Tasa *
0-4	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	75.18	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	59.48
	Trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del periodo perinatal (P20-P29)	35.46	Trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del periodo perinatal (P20-P29)	26.10
	Neumonía (J12-J18)	11.35	Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal (P05-P08)	16.00
5-9	Accidentes de transporte (V01-V99)	7.37	Accidentes de transporte (V01-V99)	2.409
	Traumatismos de la cabeza (consecuencia de causa externa) (S00-S09)	4.91	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	1.958
	Otros efectos y los no especificados de causas externas (T66-T78) Trastornos Metabólicos (E70-E90) Tumor benigno in situ y de comportamiento incierto	2.45	Traumatismos de la cabeza (consecuencia de causa externa) (S00-S09)	1.58
10-19	Accidentes de transporte (V01-V99)	9.33	Lesiones autoinflingidas intencionalmente (X60-X84)	5.72
	Traumatismos de la cabeza (S00-S09)	8.78	Accidentes de transporte (V01-V99)	5.52
	Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) (X60-X84)	5.49	Traumatismos de la cabeza (S00-S09)	4.40
20-44	Accidentes de transporte (V01-V99)	31.15	Accidentes de transporte (V01-V99)	16.27
	Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) (X60-X84)	15.02	Lesiones autoinflingidas intencionalmente (X60-X84)	13.88
	Agresiones (X85-Y09)	7.79	Agresiones (X85-Y09)	9.64
45-65	Enf. isquémicas del corazón (I20-I25)	58.40	Enf. isquémicas del corazón (I20-I25)	51.95
	Enfermedades del hígado (K70-K76)	50.21	Enfermedades del hígado (K70-K76)	51.73

	Enf. cerebrovasculares (I60-I69)	39.96	Enf. cerebrovasculares (I60-I69)	37.32
> 65 años	Enf. cerebrovasculares (I60-I69)	592.58	Enf. cerebrovasculares (I60-I69)	486.29
	Enf. isquémicas del corazón (I20-I25)	514.68	Enf. isquémicas del corazón (I20-I25)	472.34
	Otras formas de enfermedad del corazón (I30-I52)	284.80	Otras formas de enfermedad del corazón (I30-I52)	249.03