

OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº

1

TÍTULO OBJETIVO ESTRATÉGICO

Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico.

Este capítulo aborda las medidas de prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, control, eliminación y erradicación de las enfermedades transmisibles, destinadas a reducir la carga sanitaria de las mismas y contribuir a disminuir su impacto social y económico.

Las estrategias planteadas aquí se refieren a mantener los logros alcanzados, como la erradicación, eliminación o control epidemiológico de enfermedades inmunoprevenibles, transmitidas por vectores, zoonóticas, etc.; así como a enfrentar nuevos desafíos, tales como el fortalecimiento de la capacidad del sistema de salud en la atención de problemas colectivos e individuales, la vigilancia epidemiológica, la introducción de nuevas vacunas y la respuesta colectiva rápida, especialmente frente a amenazas a la salud pública (incluyendo la respuesta multinacional).

Aún está pendiente realizar un análisis con mayor profundidad respecto de estrategias relacionadas con enfermedades transmisibles que pueden producir afecciones crónicas, tales como la infección con Virus Papiloma Humano. Asimismo, similar a lo que sucede con otros objetivos, está pendiente el análisis de consistencia con otros objetivos estratégicos de este plan y la alineación con compromisos internacionales adquiridos, además del Reglamento Sanitario Internacional y otros que se mencionan en el texto.

Por último, la incorporación de análisis de escenarios, premisas y amenazas, permitirá dar mayor solidez a esta propuesta.

1.1 META DE IMPACTO

Mantener logros alcanzados en el control o eliminación de las enfermedades transmisibles.

- Chagas: 0 casos de Chagas autóctono vectorial y de Chagas transfusional
- Rabia por virus canino(0 casos humanos y 0 casos animales)
- Malaria (0 casos autóctonos)
- Fiebre amarilla y dengue (0 casos autóctonos en Chile Continental)
- Cólera (0 casos autóctonos)
- Poliomielitis (0 casos por virus salvaje)
- Difteria (0 casos autóctonos)
- Tétanos neonatal (0 casos);
- Sarampión (0 casos autóctonos)
- Rubéola congénita (0 casos).

ESTRATEGIAS UTILIZADAS

Fortalecimiento de la capacidad de alerta y respuesta frente a brotes

Esta estrategia pretendía asegurar la capacidad de reacción frente a emergencias sanitarias que afectaran la población general involucrando el fortalecimiento de la seguridad sanitaria para el control en puntos de ingreso. La estrategia incluyó contar con la conectividad necesaria en caso de emergencias; lograr el apoyo técnico y la movilización de recursos de todos los sectores pertinentes para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI); y contar con planes de acción regionales para su implementación. Para ello, se implementó el Centro Nacional de Enlace en el 2008 con conectividad permanente, implementación de Oficinas Sanitarias de Fronteras (6) y Centros Regionales de Enlace (15).

Además, se realiza capacitación permanente utilizando las nuevas tecnologías de información, en los distintos niveles de la red de vigilancia, con énfasis en el delegado de epidemiología de los establecimientos de salud.

Este tipo de estrategias requieren de la coordinación intersectorial para potenciar el logro de objetivos comunes.

Asimismo, fue necesario desarrollar una serie de actividades relacionadas con la estrategia:

Programa de enfrentamiento de enfermedades emergentes: A través de los años, producto de un aumento de la frecuencia de enfermedades crónicas y al mayor financiamiento que han requerido las actividades asistenciales, se han restringido progresivamente las actividades asociadas a la vigilancia y control de enfermedades transmisibles. Para dar respuesta a este problema, desde el año 2002 se ha desarrollado el Programa de Enfrentamiento de Enfermedades Emergentes, con los componentes de vigilancia epidemiológica, laboratorio, vigilancia y control ambiental, comunicación y difusión. De esta forma se garantizan los fondos necesarios para la realización de las actividades, vinculándolas al logro de un objetivo común, que es detectar y controlar oportunamente las enfermedades susceptibles de provocar brotes epidémicos.

El programa tiene como objetivo toda la población, y cuenta con la definición de actividades específicas, metas e indicadores, y un presupuesto diferenciado.

El fortalecimiento de los programas incluye mantener estas actividades, incorporándolas a la planificación anual del MINSAL y Autoridades Sanitarias Regionales, responsables de ejecutar las acciones, dirigiendo los recursos a áreas específicas como dengue, enfermedades entéricas, *Vibrio parahaemolyticus*, y cólera, entre otras.

Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005): El 23 de mayo de 2005, la 58^o Asamblea Mundial de la Salud adoptó el nuevo Reglamento Sanitario Internacional. Se constituye así, en un compromiso de Estado y en un instrumento para la seguridad sanitaria internacional. Su finalidad consiste en “prevenir la propagación internacional de enfermedades infecciosas, proteger contra esa propagación,

controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacional”.

El Ministerio de Hacienda, a partir del 2006, mantiene una línea presupuestaria destinada al RSI en la Subsecretaría de Salud Pública del MINSAL, para cumplir con los objetivos propuestos para su completa implementación al 2012. Ello, significó la creación de los Centros Regionales y Nacional de Enlace para la comunicación (24 horas/7 días de la semana) y la elaboración de planes de contingencia frente a eventos de importancia en salud pública. Estos contemplan la realización de simulaciones o simulacros que permitan evaluarlos y corregirlos. El objetivo de esta estrategia es la población general.

La modificación al Reglamento Sanitario Internacional (RSI-2005), amplió la definición de los problemas de interés internacional, incorporando a los “Eventos de Salud Pública de Importancia Internacional” (ESPII), los que suponen riesgo de propagación internacional (incluyen accidentes químicos y radio nucleares así como el bioterrorismo). Dado que el RSI abarca la vigilancia epidemiológica, el control sanitario, la detección y respuesta ante un evento de salud pública de interés internacional (ESPII), se exigen capacidades básicas. Estas capacidades a nivel local implican la detección oportuna de eventos que suponen niveles de morbilidad o mortalidad superiores a los previstos para un tiempo y lugar determinados, comunicar de inmediato al nivel apropiado de respuesta de salud pública toda la información esencial disponible y aplicar de inmediato acciones de control, funciones que debe asumir el delegado de epidemiología en cada uno de los establecimientos de salud, funciones que no han sido formalizadas.

A nivel intermedio, a la Autoridad Sanitaria Regional le corresponde confirmar el estado de los eventos notificados; apoyar o aplicar medidas de control; evaluar inmediatamente los eventos notificados y comunicar al nivel nacional toda la información esencial.

A nivel nacional, corresponde evaluar y notificar dentro de las 48 horas todas las informaciones relativas a ESPII; comunicar inmediatamente a la OMS, por conducto del Centro Nacional de Enlace para el RSI; determinar rápidamente las medidas de control necesarias (respuesta de salud pública) a fin de prevenir la propagación nacional e internacional de estas emergencias; prestar apoyo para el análisis de muestras en laboratorio (localmente o en centros colaboradores) y asistencia logística; prestar asesoría necesaria para complementar las investigaciones locales; facilitar un enlace operativo directo con funcionarios superiores del sector de la salud y otros sectores para aprobar y aplicar rápidamente medidas de contención y control; facilitar el enlace directo con otros ministerios; facilitar enlaces, con establecimientos de salud, puntos de entrada, laboratorios y otras, para difundir la información y las recomendaciones recibidas de la OMS sobre eventos ocurridos en el propio territorio del Estado Parte y en los territorios de otros Estados Partes; establecer, aplicar y mantener un plan nacional de respuesta de emergencia de salud pública, para responder a los eventos que puedan constituir una ESPII; y realizar lo anterior durante las 24 horas del día.

El desarrollo de estas capacidades se realiza a través del funcionamiento del Centro Nacional de Enlace y los Centros Regionales las 24 horas del día y los 7 días de la semana, a través de instalaciones físicas y de conectividad permanente (teléfono, mail,

fax, radio); de la implementación de la estrategia de equipos de respuesta rápida a nivel nacional y la mantención de las oficinas sanitarias de frontera. Para el 2012 estas capacidades deben estar instaladas (OMS).

Vigilancia integrada: La vigilancia en salud pública para el enfrentamiento de las enfermedades transmisibles en toda la población es un componente principal, como parte de la responsabilidad de la Autoridad Sanitaria establecida en la ley de Autoridad Sanitaria y Gestión (19.937, MINSAL, 2004). La estrategia de vigilancia integrada para el enfrentamiento de las enfermedades transmisibles se realiza a través de los componentes ambientales, clínico-epidemiológico y de laboratorio. Un ejemplo de ello es el enfrentamiento de las enfermedades vectoriales como dengue, donde la detección de los riesgos ambientales debe ir asociada a la prevención y a la pesquisa de los casos y su confirmación.

En el caso de las enfermedades inmunoprevenibles como Sarampión-Rubéola (SRC), con el objeto de mantener la eliminación de estas enfermedades, las estrategias utilizadas son: continuar con altas coberturas de vacunación y desarrollar la vigilancia integrada Sarampión-Rubéola. Esta se implementó en Chile a partir del año 2003 y se justifica porque corresponden a cuadros sindrómicos similares, donde el laboratorio es complementario para la confirmación o descarte de ambas enfermedades y porque la medida de control es una vacuna que incluye antígenos para la prevención de estas dos patologías.

En la situación de cólera, la vigilancia activa juega un rol importante, junto con los programas de control de agua y alimentos, y muy significativamente con las campañas comunicacionales que tuvieron un fuerte impacto en la conducta de la población.

Para lograr una vigilancia integrada, se debe consensuar los diferentes componentes de la vigilancia y actualizar permanentemente las normativas con la asesoría de expertos de las diversas áreas.

En enfermedades zoonóticas (hanta, leptospirosis, brucelosis, carbunco, otras), se requiere de un trabajo conjunto entre los Departamentos de Acción Sanitaria y Salud Pública-Epidemiología para llevar a cabo una adecuada vigilancia epidemiológica y ambiental, como también para optimizar la aplicación de medidas de control.

Cooperación internacional y participación en redes nacionales e internacionales:

Esta estrategia permite contar con apoyo técnico para reforzar los sistemas de alerta y respuesta, y facilitar la preparación y coordinación de salud pública para responder a las enfermedades transmisibles en forma global.

Destaca la incorporación de la “Iniciativa intergubernamental de control vectorial y transfusional de la Enfermedad de Chagas del Cono Sur”. Esta se focaliza en población general de zonas endémicas en lo que respecta a control vectorial, siendo el objetivo del control transfusional toda la población del país.

Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI)

El PNI es un bien público compuesto por un conjunto articulado de programas de vacunación, cuya finalidad es prevenir la morbilidad, discapacidad y muertes secundarias a enfermedades infecciosas inmuno-prevenibles relevantes para la

población chilena, a lo largo de todo el ciclo vital. Las enfermedades objeto del PNI son definidas mediante Decreto Supremo.

El PNI-2010 comprende 13 sub-componentes (protege contra 13 enfermedades), a saber: inmunización contra tuberculosis, difteria, tos convulsiva, tétanos, poliomielitis, infecciones invasoras por *H.influenzae tipo b*, hepatitis B, sarampión, rubéola, parotiditis, influenza, infecciones neumocócicas y rabia humana.

A partir del 2009, se inició un proceso de reformulación del programa como parte necesaria e inherente a la reforma del sector. Esta apunta a redefinir roles y responsabilidades; reconectar los procesos en la nueva estructura del sector; consolidar el funcionamiento en la red asistencial y alinear con preceptos transversales a las políticas públicas de gobierno (determinantes sociales, equidad, transparencia, eficiencia).

Además, debe cumplir los siguientes propósitos: sostener los logros alcanzados hasta ahora; reducir la morbimortalidad y la carga asistencial secundaria a enfermedades inmuno-prevenibles mediante la incorporación, racional y oportuna, de nuevas vacunas relevantes para la población chilena; gestionar los programas de vacunación en forma transparente, eficiente, con altos estándares de calidad, seguridad, y satisfacción de los usuarios.

El plan de trabajo consistió en una revisión sistemática de los procesos de definición de las políticas, las estrategias y el marco regulatorio, la planificación y ejecución del presupuesto, el aprovisionamiento y cadena de suministro, el monitoreo de las coberturas, vigilancia del impacto y la eficiencia de los programas, la capacitación y supervisión continua y la entrega-recepción de los servicios de vacunación.

Esto ha derivado en actualización del marco regulatorio; creación del Comité Asesor en Vacunas y Estrategias de Inmunización; mejoramiento en la capacidad de almacenamiento en frío en el nivel intermedio a través de 25 cámaras en todo el país; implementación de un sistema de gestión de productos en línea; la implementación del sistema de registro de actividad de campañas en línea; Influenza 2009-2010 y Sarampión-Rubéola 2010, que facilitó mantener control y seguimiento actualizado sobre dichas actividades. Finalizando el 2010 se implementará el Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI), para las otras enfermedades objeto del programa, que permitirá mejorar las debilidades en el monitoreo de la coberturas y la efectividad de las distintas estrategias de vacunación.

Comunicación de riesgos y promoción

Es una estrategia que se ha utilizado ampliamente desde la epidemia de cólera en 1991 debido a su impacto en el control del brote y en la disminución de otras enfermedades entéricas. Durante el último decenio, se han desarrollado campañas comunicacionales masivas de prevención para el enfrentamiento de enfermedades respiratorias, entéricas, hantavirus y otras.

Esta estrategia es adaptada según la situación epidemiológica de cada enfermedad emergente, es así que, por ejemplo, se ha incorporando desde el 2008 frente al brote de listeria, focalizándola en grupos de riesgo desde el 2009 en adelante. Frente a la

emergencia del cólera en el 2010, se ha adaptado la campaña de entéricas dando énfasis a las medidas de prevención de esta enfermedad.

Vigilancia epidemiológica de infección por VPH

Más del 80% de los casos de cáncer cervicouterino se presentan en mujeres de países en desarrollo, por lo que la carga de esta enfermedad prevenible afecta desproporcionadamente a países cuyos sistemas de tamizaje y tratamiento del cáncer cervicouterino son deficientes o inexistentes.

Por esta razón, se plantea la necesidad de contar con un modelo de vigilancia epidemiológica a través de centros centinelas y de laboratorio de referencia, que permita dar cuenta de los tipos de VPH circulantes y conocer el impacto que generaría la vacunación.

La integración de la información generada por la vigilancia, Programa Nacional de Inmunizaciones y el Programa de Control del Cáncer Cervicouterino, permitirá correlacionar el impacto de la vacunación con los genotipos circulantes en el país. Asimismo, permitirá llevar a cabo estudios de costo-efectividad de modo de contar con toda la evidencia necesaria para una correcta toma de decisión.

El Plan Regional de OPS, incorpora entre sus estrategias el diseño de sistemas de vigilancia e instrumentos (PAHO, pendiente año).

ACTORES RELEVANTES

El Ministerio de Hacienda ha permitido contar con los recursos financieros específicos; las Sociedades Científicas han apoyado a través de expertos en la actualización de protocolos y guías clínicas; el Servicio Agrícola Ganadero (SAG), el Comité Nacional de Facilitación Marítima y la Dirección General de Aguas (DGA) colaboran en las acciones de detección y control en puntos de entrada; FFAA y Carabineros de Chile contribuyen a la respuesta coordinada frente a eventos de importancia (ejemplo, Bioterrorismo); Organismos Internacionales como OPS, OMS, OIE, FAO, Organismo Andino de Salud- Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) son fundamentales para la cooperación técnica.

El Ministerio de Educación mediante la coordinación con el MINSAL refuerza las actividades de vacunación dirigida a la población escolar. Se incluye JUNJI e INTEGRA.

El Sector privado de salud en coordinación con el sistema público aplica la estrategia de vacunación y comparte bases de datos de población vacunada.

Los productores de vacunas e insumos para las inmunizaciones permiten la provisión de productos seguros y eficaces.

EVIDENCIAS

La OMS (2008), recomienda la vigilancia integrada para el enfrentamiento de las enfermedades transmisibles, como parte de las estrategias para el cumplimiento de los Objetivos de Milenio.

Por otra parte, el grupo de expertos de OPS para inmunoprevenibles, en el contexto de la situación en América, establece a la vigilancia integrada como un componente principal (OPS, 2009) para la eliminación del sarampión y rubéola.

En la situación de cólera, en el logro actual de cero casos autóctonos, la vigilancia activa tuvo un rol importante, junto con los programas de control de agua y alimentos y muy significativamente, las campañas comunicacionales que alcanzaron un fuerte impacto en la conducta de la población (Jiménez J., pendiente año), lo mismo se ha logrado respecto a dengue (San Martín JL., 2007).

Para el control de los efectos de los ESPII se recomienda la aplicación del RSI (2005) aprobado en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud (WHA58.3). Asimismo, respecto de "cooperación internacional y participación en redes nacionales e internacionales", esta estrategia en Chile ha sido muy relevante en el logro obtenido en el control de la transmisión vectorial de la Enfermedad de Chagas (Dias JC. et al., 2002; OPS, 2002; Lorca M. et al., 2001).

Respecto de las enfermedades inmunoprevenibles, la evidencia estadística está dada por la reducción de éstas, cuando se mantienen coberturas de vacunación específicas superiores a 95%. Por ejemplo en Chile: 0 casos de poliomielitis desde el año 1964; 0 casos de sarampión autóctono desde el año 2003; 95% de reducción de enfermedades invasoras por Hib desde la introducción de la vacuna en 1996 (Valenzuela MT. et al, 2000).

La actual situación de control de la morbi-mortalidad secundaria a estas enfermedades es extremadamente sensible a las coberturas de vacunación, y puede revertirse rápidamente con caídas relativamente discretas de la inmunidad al nivel poblacional. En los últimos años se han acumulado ejemplos de re-emergencia de estas enfermedades en países que han descuidado sus programas de inmunización, y han experimentado severas crisis sanitarias, con altas tasas de morbi-mortalidad por causas inmuno-prevenibles previamente controladas.

En cuanto al VPH, estudios moleculares, clínicos y epidemiológicos han permitido demostrar en forma inequívoca, una relación causal entre la infección por el virus papiloma humano (VPH) y el cáncer cervicouterino (CCU). Ocho genotipos de VPH, denominados de "alto riesgo" se asocian con 90% de estos cánceres y de ellos, dos, los VPH 16 y 18, han sido consistentemente aislados en cerca de 70% de las mujeres con CCU en prácticamente todas las regiones del mundo. El VPH se asocia además con verrugas genitales o condiloma acuminado, con otros cánceres menos comunes como el de orofaringe, vulva, vagina y pene, y con papilomatosis respiratoria recurrente, enfermedad poco frecuente pero grave.

Los progresivos descubrimientos de la relación causa-efecto entre infección y cáncer abren un número importante de puertas para el diagnóstico precoz y tratamiento más efectivo de estos tumores, así como para el desarrollo de estrategias de prevención que son hoy el principal objetivo de la salud pública para el enfrentamiento efectivo del cáncer (O'Ryan G. et al., 2008).

La vacuna de VPH debe ser introducida como parte de un paquete integral de intervenciones que incluyen la vigilancia, el tamizaje, la promoción de la salud, el tratamiento de enfermedad precancerosa y del cáncer, y cuidados paliativos.

Los países deben conducir estudios de costo-efectividad para tomar decisiones basadas en la evidencia con respecto a la introducción de la vacuna de VPH al programa regular. La OPS debe continuar prestando cooperación técnica para conducir estos estudios y recoger todo el marco de evidencia necesario para una toma de decisión informada (OPS, 2009b).

1.2 META DE IMPACTO

Aumentar la sobrevivencia de personas con VIH a tres años de seguimiento después del inicio de la terapia antirretroviral.

ESTRATEGIAS UTILIZADAS

Durante la década pasada el Programa desarrolló las siguientes estrategias:

Régimen de Garantías Específicas en Salud

Garantiza acceso a tratamiento anti-retroviral y exámenes de monitoreo (CD4, Carga Viral y genotipificación), oportunidad de la garantía y protección financiera. La población objetivo son las personas que viven con VIH/SIDA beneficiarias de los sistemas público y privado de salud y que requieren terapia y exámenes de monitoreo, y las personas en control por VIH/SIDA que necesitan ser monitoreadas con estos mismos exámenes. Esta estrategia ha sido exitosa, logrando la garantía de acceso a tratamiento de todos aquellos que lo requieren y mostrando un alto impacto en la baja de la mortalidad por SIDA y el incremento en la sobrevivencia a tres años de terapia, que alcanzó a 90,9% en el 2008. El desafío para la próxima década es lograr el inicio de terapia en etapas más tempranas de la infección, puesto que persiste una proporción de personas que acceden en etapas tardías de la infección, las que no alcanzan a beneficiarse de las terapias.

Tratamiento de infecciones oportunistas y de reacciones adversas

La población beneficiaria potencial son todas las personas que viven con VIH/SIDA. La Guía Clínica para la atención del VIH/SIDA establece los criterios para estos tratamientos y el financiamiento, para los beneficiarios del sector público es FONASA. Esta estrategia es fundamental puesto que logra una disminución en las hospitalizaciones y una baja demostrada de las licencias por enfermedades asociadas.

Desarrollo de Programa Apoyo Psicosocial y Consejería para la adherencia a control y tratamiento, autocuidado y prevención secundaria

Es una estrategia importante considerando que para el éxito de la TARV se requiere de altos niveles de adherencia y que ésta es una población que tiene un rol relevante en la cadena de transmisión del VIH. El Programa se desarrolla a través del servicio otorgado por el equipo de atención, entrenado para ello, y por consejeros entre pares, preparados y capacitados. Esto último consiste en un trabajo asociativo con agrupaciones de personas que viven con VIH, lo que significa la instalación de competencias en las organizaciones

sociales para que brinden apoyo a sus pares, estrategia altamente valorada por los pacientes.

Conformación y mantención del Comité Científico Asesor

Integrado por infectólogos especialistas en VIH/SIDA para elaboración y actualización de Guías Clínicas, Protocolos y transferencia de capacidades a equipos locales de atención. Ha sido una estrategia central para la homologación de los criterios de inicio y cambio de esquemas terapéuticos en el país.

Actualización de Guías Clínicas, Protocolos de Tratamiento y capacitación y actualización continua a equipos de atención

Dado el avance en el conocimiento y la investigación permanente a nivel mundial en este ámbito, es imprescindible considerar esta estrategia, la que ha permitido contar con equipos multidisciplinarios en los centros de atención de VIH conformados por médicos, enfermeras, matronas, asistentes sociales, psicólogos y químicos-farmacéuticos para el manejo y gestión de los antirretrovirales.

Evaluación impacto TARV: Estudio Cohorte de personas en tratamiento antirretroviral

Se realiza desde el año 2001, se refiere al seguimiento de las personas en TARV en el Sector Público y actualmente el 90% de las personas está incorporado. Ha permitido conocer la eficacia virológica e inmunológica de la terapia, la incidencia de infecciones oportunistas, y la sobrevivencia, entre otros parámetros, y por ello, la evaluación del impacto de la terapia. Permite ajustar los esquemas terapéuticos y los protocolos de tratamiento y proyectar las necesidades de TARV.

ACTORES RELEVANTES

El Comité Científico Asesor y las Sociedades Científicas, asesoran al Programa Nacional en la actualización de guías clínicas y protocolos de tratamiento, basándose en los avances internacionales y la experiencia en el país. Su rol es relevante porque constituyen un aporte fundamental en la incorporación de los avances científicos en la política pública de atención integral y tratamiento, y porque son un referente central para sus pares encargados de la atención clínica en la red asistencial pública y privada. También es central su aporte para la consecución del impacto de las terapias y del GES, considerando el trabajo que desarrollan de monitoreo del cumplimiento de los protocolos y guías clínicas.

Las ISAPRES son las responsables del funcionamiento de GES en el sistema de salud privado, y son entidades fundamentales para la implementación y cumplimiento de la garantía para los beneficiarios del sector privado.

Las compañías farmacéuticas son actores medulares en el cumplimiento de los estándares de calidad y plazos de distribución exigidos en las bases de licitación para la adquisición de los fármacos antirretrovirales. También cumplen un rol en los procesos de negociación de precios para el abastecimiento de la red pública de atención.

Organizaciones sociales y agrupaciones de personas que viven con VIH, cumplen un rol fundamental para el desarrollo de la estrategia de consejería entre pares, constituyéndose

en referentes sociales para las grupos objetivo de la atención integral y del acceso a tratamiento antirretroviral de la Red Asistencial Pública. También cumplen el rol de control social de las Políticas, realizando un trabajo asociado con los equipos de atención y con el programa nacional para el desarrollo de las líneas de trabajo en esta área.

EVIDENCIAS

El tratamiento efectivo con TARV ha cambiado sustancialmente la razón riesgo-beneficio del testeo, transformando el SIDA en una condición crónica tratable. Una persona de 25 años, viviendo con VIH que está recibiendo TARV puede esperar vivir otros 38,9 años, sólo 12 años menos que la expectativa de vida de una similar no infectada (Lohse N. et al., 2007). Lo anterior demuestra el impacto de la terapia antirretroviral en la sobrevivida de las personas, lo que también ha sido demostrado en la cohorte chilena de SIDA, en la que la sobrevivida pasó de 85% en 2005 a 90,5% en 2008 a tres años de seguimiento, después del inicio de TARV (MINSAL, 2008).

La revisión de las recomendaciones emana de una confluencia de las metas de salud pública (controlar la diseminación de una enfermedad transmisible) y de la salud de las personas (beneficio directo a pacientes al tratar una enfermedad antes que sea sintomática). En un momento, cuando los esfuerzos preventivos se mantienen y cerca de un 25% de las personas infectadas por VIH siguen sin diagnóstico, se requiere de nuevas estrategias para mejorar la efectividad en contener la difusión del VIH focalizando esfuerzos en las personas infectadas, incluyendo su detección oportuna (Janssen R. et al, 2008). El diagnóstico y tratamiento precoz confieren claras ventajas para la sobrevivida. La sobrevivida media cuando el VIH se detecta con un recuento CD4 de 320/mcL, se estima en 24,2 años, comparada con 13 años cuando el tratamiento se inicia con un recuento de CD4 de 87/mcL. La sobrevivida media después del diagnóstico de SIDA ha aumentado desde 1,6 en ausencia de tratamiento a 14,9 años en la era de la TARV (Hanssens C., 2007). Una revisión Cochrane del grupo VIH/SIDA, comparó el efecto de la triterapia según nivel de CD4 al inicio de la terapia, y demostró una reducción estadísticamente significativa en la muerte cuando comenzaron el TARV con recuentos de CD4 más altos. El riesgo de muerte se redujo en un 74% (RR = 0,26, IC 95%: 0.11, 0.62, p = 0,002) (Siegfried N. et al, 2010).

Respecto de la estrategia de apoyo psicosocial para facilitar la adherencia a tratamiento, diversos estudios han demostrado que los factores cognitivos, psicológicos, sociales, que determinan el bienestar psicosocial y la calidad de vida, tienen un impacto en la adherencia. Ello requiere el desarrollo de intervenciones focalizadas de estas variables para mejorarlas y obtener los objetivos terapéuticos deseados (Singh N. et al, 1996).

La evaluación de la estrategia de consejería entre pares, del programa Nacional de VIH/SIDA, realizada en el año 2007, mostró que una concepción integral de la salud, en coherencia con un planteamiento de participación, estimula la responsabilidad de los propios actores en el cuidado de su bienestar. La modalidad individual de la consejería contribuyó a fortalecer los procesos internos de autonomía para el autocuidado, donde es posible la implementación de decisiones personales con la asesoría de un/a consejero/a entre pares.

De acuerdo a la definición de ONUSIDA, Chile tiene una epidemia de tipo concentrada, es decir, la prevalencia de VIH sobrepasa el 5% en poblaciones más vulnerables, en este

caso, en hombres que tienen sexo con hombres, y es menor de 1% en las embarazadas. Las recomendaciones de este organismo para los países con epidemias concentradas, y que se relacionan con el objetivo estratégico y meta propuesta, son:

Proporcionar y promover el asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH, con derivación a servicios; empezar en contextos de alto riesgo donde las tasas del VIH sean elevadas.

Promover y facilitar el acceso a servicios integrales de diagnóstico, tratamiento y atención.

Asegurar una alta cobertura de las poblaciones más vulnerables, con servicios de tratamiento y atención del VIH aceptables y de buena calidad.

Acrecentar la capacidad de las poblaciones más vulnerables para organizar, promover y dispensar servicios inter pares; asegurar la participación activa de estas poblaciones en el diseño, prestación y evaluación de los servicios.

1.3 META DE IMPACTO

Eliminación de la TBC como problema de salud pública en el año 2020 (Tasa de incidencia de 5 por 100.000 habitantes)

ESTRATEGIAS UTILIZADAS

Vacunación con BCG

La vacuna BCG, indicada en los recién nacidos, forma parte del programa de inmunizaciones, y ha mostrado mantener las tasas de mortalidad bajas en los menores de 15 años, como también los casos de tuberculosis diseminada y de meningitis tuberculosa en estos grupos de edad.

Tratamiento supervisado gratuito

El tratamiento estrictamente supervisado y sin costos para el paciente, en práctica en el país desde la década de los sesenta, ha demostrado una gran eficiencia y eficacia, lo que ha permitido mantener el porcentaje de multi-resistencia a drogas, menor al 1% de los casos.

Pesquisa de casos

La pesquisa o localización de casos mediante baciloscopía de expectoración ha mostrado ser la medida más adecuada para el diagnóstico de la tuberculosis y que genera, en conjunto con el tratamiento supervisado, el impacto en la morbimortalidad por tuberculosis.

Formación continua de recursos humanos

La capacitación y formación permanente de profesionales y técnicos en los distintos niveles del sistema de salud es una de las estrategias que ha permitido mantener en aplicación la normativa técnica desde el nivel local hasta el nivel central.

Proyectos locales de adherencia a tratamiento

La focalización de grupos de riesgo en el programa, ha permitido a través de la generación de proyectos locales, a nivel regional y de servicios de salud, el estímulo a la localización de casos y a la adherencia al tratamiento de los pacientes ingresados al programa.

ACTORES RELEVANTES

Gendarmería aplica las estrategias de pesquisa y tratamiento en población privada de libertad con alto riesgo de enfermar de TBC.

El sector privado de atención de salud, mediante la coordinación con el sistema público, realiza pesquisa de casos y realiza derivación para tratamiento.

Las Municipalidades, como gestores de la red de atención primaria de salud, participan en la pesquisa y tratamiento de la TBC.

EVIDENCIAS

La vacunación de los recién nacidos con la vacuna BCG ha demostrado reducir la mortalidad por tuberculosis en los menores de edad (Aronson JD. et al., 1935; Levine MI. et al., 1946; Aronson JD. et al., 1946), mediante la protección frente a formas diseminadas y a meningitis tuberculosa (Wünsch FV. et al., 1990; Wünsch FV. et al., 1993; Miceli I. et al., 1988; Murtagh K., 1980; Zodpey SP. et al., 1996; Chavalittamrong B. et al., 1986; Sharma RS. et al., 1989; Camargos PAM. et al., 1988; Myint TT. et al., 1987).

La localización de casos mediante baciloscopia y cultivo de expectoración ha demostrado ser una medida eficiente y de bajo costo que juega un rol central en el control de la tuberculosis. La detección en consultantes con síntomas respiratorios ha mostrado jugar un papel importante como estrategia de focalización (Baily GV. et al., 1967; Banjeri D. et al., 1963; Suárez PG. et al., 2001; Larbaoui D. et al., 1970; Grispun M. et al., 1973; OMS 2000).

Desde principios de la década de los noventa, la OMS recomienda que el tratamiento de la tuberculosis se realice de manera supervisada y observada por personal capacitado. Se ha documentado que la supervisión y observación del tratamiento por personal capacitado asegura la correcta ingesta de medicamentos (Bechan S. et al., 1997) y estimula la adherencia (Walley JD. et al., 2001; Snider DE. et al., 1986; Sbarbaro JA., 1979). Puntos fundamentales para prevenir los fracasos de tratamiento y la aparición de cepas multi-resistentes (Weis SE. et al., 1994).

1.4 META DE IMPACTO

Disminución de la mortalidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) (Disminuir un 5% la mortalidad por IRA al 2020).

ESTRATEGIAS UTILIZADAS

Vigilancia epidemiológica de influenza y neumonía

La OPS recomienda fortalecer o implementar la vigilancia centinela de neumonías para posibilitar una adecuada evaluación del impacto de la introducción de la vacuna, monitorear la prevalencia de cepas circulantes y cambios en el perfil epidemiológico de la enfermedad.

En Chile, el Decreto 158/04 actualizado el año 2010, incorporó la vigilancia de neumonía e infección respiratoria aguda grave (IRA grave). Se mantiene la vigilancia centinela de influenza como estrategia que contribuye a evaluar el impacto de las medidas de control implementadas. Asimismo, esta vigilancia permite conocer las cepas circulantes y cambios en el perfil epidemiológico de la enfermedad.

El DEIS monitorea las atenciones de urgencia por causas respiratorias, lo que permite disponer de información oportuna sobre el comportamiento de la enfermedad y su impacto en la atención de salud. Por otra parte, el DEIS monitorea la mortalidad anualmente, a través de los certificados de defunción, previo al procesamiento oficial del INE-MINSAL.

Vacunación anti-influenza

La estrategia más eficaz para prevenir la influenza es la vacunación anual. Se ha recomendado por mucho tiempo estrategias que se centren en la vacunación periódica a personas con mayor riesgo de sufrir complicaciones a causa de la influenza. La vacunación de ciertos grupos de personas (por ejemplo, niños, personas que están en contacto con personas en riesgo de sufrir las complicaciones de la influenza y el personal de servicios de salud) que constituyen una fuente de contagio del virus de la influenza, puede brindar protección adicional a las personas en riesgo de sufrir las complicaciones de la influenza y reducir la carga general de influenza. Sin embargo, esta estrategia requiere un alto nivel de cobertura en los grupos objetivos para lograr el impacto esperado, que es la reducción de las complicaciones y muerte (Centros para el control de enfermedades de Atlanta, EEUU).

Vacunación anti-neumocócica

En general, puede asumirse que su efectividad frente a la enfermedad invasora en estudios de caso-control presenta un rango de 56-81%. En personas inmunocompetentes de 65 o más años, es del 75%, y en el grupo de pacientes con enfermedades crónicas oscila entre un 65-84%. Los estudios epidemiológicos sugieren que la vacuna confiere protección durante al menos nueve años, por lo que no se recomienda la revacunación rutinaria en personas inmunocompetentes (Farjas M. et al., 2009)

Se estima que la enfermedad neumocócica causa alrededor de 1,3 millones de casos de otitis media aguda, 327 mil casos de neumonía, 1.229 casos de sepsis y 4.000 casos de meningitis en Latinoamérica y el Caribe en menores de 5 años anualmente (OPS, 2009).

ACTORES RELEVANTES

El sector privado de atención de salud, mediante la coordinación con el sistema público, aplica la estrategia de vacunación.

El Ministerio de Educación, a través de la coordinación con MINSAL, refuerza las actividades de vacunación dirigida a la población escolar. Se incluye JUNJI e INTEGRAL.

EVIDENCIAS

La vacuna anti-influenza es eficaz en prevenir síntomas asociados a influenza, infección demostrada por laboratorio, hospitalizaciones y muertes, y ha demostrado ser una medida costo-efectiva. No se han observado claras diferencias entre las vacunas inactivadas y las nuevas vacunas elaboradas con virus vivo atenuado. Por la elevada tasa de hospitalización que los afecta, algunos países han resuelto recomendar la vacunación universal de los lactantes sanos entre 6 y 24 meses de edad, lo que también se ha incorporado en Chile (Vega-Briceño LE. et al, 2006).

La inmunización infantil universal contra *S.pneumoniae* se basa en la reconocida carga de enfermedad de este agente en los niños menores de cinco años, y en la seguridad y eficacia de la vacuna en este grupo de edad (O'Brien KL. et al., 2009; WER 2008; Grijalva CJ. et al., 2007). Cabe señalar que esta inmunización universal tiene un efecto indirecto notable sobre la morbilidad en población adulta, y ha resultado costo-efectiva en países de ingresos altos, medios y bajos (Constenla D. et al., 2006; Lagos R. et al., 2009).

REFERENCIAS

META DE IMPACTO 1.1: Mantener logros alcanzados en el control o eliminación de las enfermedades transmisibles.

American Health Organization, (PAHO) (año). Pneumococcal Accelerated Development and Introduction Plan at Johns Hopkins (Pneumo ADIP), Baltimore, MD Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, GA. Washington DCGAVFs.
<http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/IM/HPV-FactSheet1.pdf>

Dias JC, Silveira AC, Schofield CJ. Mem Inst Oswaldo Cruz (2002). The impact of Chagas disease control in Latin America: a review. Jul;97(5):603-12. Review. PMID: 12219120.

Jiménez de la Jara, Jorge (¿año?). El Cólera en Chile. (¿lugar de publicación?)

Ley Autoridad Sanitaria y Gestión: Modifica el D.L. N° 2763, de 1979, con la Finalidad de Establecer una Nueva Concepción de la Autoridad Sanitaria, Distintas Modalidades de Gestión y Fortalecer la Participación Ciudadana (2004, 30 de enero). Diario Oficial, 19.937, febrero 23, 2004, Chile.

Lorca M, García A, Bahamonde MI, Fritz A, Tassara R (2001). Serological certification of the interruption of the vectorial transmission of Chagas disease in Chile. Rev Med Chil. Mar;129(3):264-9. Spanish.

OMS (2008). Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013: Objetivo Estratégico 1, p.19.

Organización Panamericana de la Salud (OPS):

- (2002). El Control de la Enfermedad de Chagas en los Países del Cono Sur de América. Historia de una Iniciativa Internacional.1991/2001.
- (2009). Recomendaciones Grupo Expertos Inmunizaciones.
- (2009b). Grupo técnico asesor sobre enfermedades prevenibles por vacunación, agosto del 2009, Costa Rica.

O'Ryan G, Miguel y Valenzuela, María Teresa (2008). Virus papiloma humano y cáncer cérvico-uterino. Rev Med Chil.;136(11).

San Martín, José Luis, Olivia Brathwaite-Dick (2007). La Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y el Control del Dengue en la Región de las Américas. OPS/OMS. <http://www.who.int/ihr/9789241596664/en/>

Valenzuela B, María Teresa, Miguel O'Ryan G. (2000). Logros y desafíos del Programa Ampliado de Inmunizaciones en la región de las Américas. Rev Med Chil. Ago;128(8). Santiago.

META DE IMPACTO 1.2: Aumentar la sobrevida de personas con VIH a 3 años de seguimiento después del inicio de la TARV.

¿Autor? (2007). Fortalecimiento de la asociatividad entre equipos de salud y PVVIH, para fomentar el autocuidado, la adherencia a TARV y la prevención secundaria del VIH/SIDA. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales.

Hanssens C. (2007). Legal and ethical implications of HIV opt-out testing. Clin Infect Dis. Lohse N., Hansen A-BE., Pedersen G., et al. Survival of persons with and without HIV infection in Denmark 1995-2005. Ann Int Med.

Janssen R, Holtgrave DR, Valdiserri RO. (2008). The serostatus approach to fighting the hiv epidemic: prevention strategies for infected individuals. Am J Public Health.

Ministerio de Salud (2008). Estudio de cohorte de personas viviendo con VIH en tratamiento antirretroviral. Grupo SIDA Chile- Comisión Nacional del SIDA.

Siegfried N, Uthman OA, Rutherford GW. Optimal time for initiation of antiretroviral therapy in asymptomatic, HIV-infected, treatment-naive adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 3. Art. No.: CD008272. DOI: 10.1002/14651858.CD008272.pub2.

Singh N, C Squier, C Sivek, M Wagener, M Hong Nguyen (1996). Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with Human Immunodeficiency virus; prospective assessment with implications for enhancing compliance. AIDS CARE; 8 (3), pp 261-269.

META DE IMPACTO 1.3: Eliminación de TBC como problema de Salud Pública.

Aronson JD, Dannenberg AM. (1935). Effect of vaccination with BCG on tuberculosis in infancy and in childhood. Correlation of reactions to tuberculin tests, roentgenologic diagnosis and mortality. Am J Dis Child; 50: 1117-30.

Aronson JD, Palmer CE. (1946). BCG vaccination among American Indians. *Publ Health Rep*; 61: 802-20.

Baily GV et al. (1967). Potencial yield of pulmonary tuberculosis cases by direct microscopy of sputum in a district of Routh India. *Bulletin of the Worlf Health Organizaation*, 37:875-892.

Banjeri D, Anderson S. (1963). A sociological study of awareness of symptoms among persons with pulmonary tuberculosis. *Bulletin of the World Health Organization*, 29: 665-683.

Bechan S, Connolly C, Short GM, Standing E, Wilkinson D. (1997). Directly observed therapy for tuberculosis given twice weekly in the workplace in urban South Africa. *Trans R Soc Trop Med Hyg*; 91: 704-7.

Camargos PAM, Guimaraes MDC, Antunes CMF. (1988). Risk assessment for acquiring meningitis tuberculosis among children not vaccinated with BCG: a case-control study. *Int J Epidemiol*; 17: 193-7.

Chavalittamrong B, Chearskul S, Tuchinda M. (1986). Protective value of BCG vaccination in children in Bangkok, Thailand. *Pediatr Pulmonol*; 2: 202-5.

Grispun M, Rojas L. (1973). Comparison between radiological and bacteriological finding in tuberculosis. *Rev Med Chil*. 101:797-805.

Larbaoui, D et al. (1970). The Efficiency of methods of diagnosing pulmonary tuberculosis: an investigation in a chest clinic in Algiers *Tubercle*, 51:403-411.

Levine MI, Sackett MF. (1946). Results of BCG immunization in New York City. *Am Rev Tuberc*; 53: 517-32.

Miceli I, De Kantor IN, Colaiácovo D, Peluffo G, Cutillo I, Gorra R, Botta R, Hom S, ten Dam H. (1988). Evaluation of the effectiveness of BCG vaccination using the case-control method in Buenos Aires, Argentina. *Int J Epidemiol*; 17:629-34.

Murtagh K. (1980). Efficacy of BCG. (Correspondence). *Lancet*; 1: 423.

Myint TT, Win H, Aye HH, Kyaw-Mint TO. (1987). Case-control study on evaluation of BCG vaccination of newborn in Rangoon, Burma. *Ann Trop Pediatr*; 7: 159-66.

OMS (2000). An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control. Geneva, (document WHO/CDS/TB/2002.297).

Sbarbaro JA. (1979). Compliance: inducements and enforcements. *Chest*; 76(suppl): 750-6.

Sharma RS, Srivastava DK, Asunkanta Singh A, Kumaraswamy DN, Mullick DN, Rungsung N, Datta AK, Bhuiya GC, Datta KK. (1989). Epidemiological evaluation of BCG vaccine efficacy in Delhi - 1989. *J Com Dis*; 21: 200-6.

Snider DE, Hutton MD. (1986). Improving patient compliance in tuberculosis treatment programs. U.S. Public Health Service.

Suárez PG et al. (2001). The dynamics of tuberculosis in response to 10 years of intensive control efforts in Peru. *Journal of Infectious Diseases*, 184:473-478.

Walley JD, Khan MA, Newell JN, Khan MH. (2001). Effectiveness of the direct observation components of DOTS for tuberculosis: a randomised controlled trial in Pakistan. *Lancet*; 357: 664-9.

Weis SE, Slocum PC, Blais FX, King B, Nunn M, Matney GB, Gomez E, Foresman BH. (1994). The effect of directly observed therapy on the rates of drug resistance and relapse in tuberculosis. *N Engl J Med*; 330: 1179-84.

Wünsch Filho V, de Castilho EA, Rodrigues LC, Huttly SRA. (1990). Effectiveness of BCG vaccination against tuberculous meningitis: a case-control study in São Paulo, Brazil. *Bull World Health Organ*; 68: 69-74.

Wünsch Filho V, Moncau JEC, Nakao N. (1993). Methodological considerations in case control studies to evaluate BCG vaccine effectiveness. *Int J Epidemiol*; 22:149-55.

Zodpey SP, Maldhure BR, Dehankar AG, Shrikhande SN. (1996). Effectiveness of Bacillus Calmette Guerin (BCG) vaccination against extra-pulmonary tuberculosis: a case-control study. *J Commun Dis*; 28: 77-84.

META DE IMPACTO 1.4: Disminuir tasa de mortalidad por causas respiratorias en población general.

Centros para el control de enfermedades de Atlanta, EEUU.
<http://espanol.cdc.gov/enes/flu/professionals/acip/options.htm>

Dagna Constenla, Elizabeth Gomez, Fernando Pio de la Hoz, Rosalyn O'Loughlin, Anushua Sinha, Juan E. Valencia, Maria Teresa Valenzuela (2006). The Burden of Pneumococcal Disease and the Cost Effectiveness of a Pneumococcal Vaccine in Latin America and the Caribbean: A review of the evidence and an economic analysis. A collaborative project between: The Albert B. Sabin Vaccine Institute, (SVI) Washington DC Pan American Health Organization, (PAHO) Washington DC GAVFs Pneumococcal Accelerated Development and Introduction Plan at Johns Hopkins (PneumoADIP), Baltimore, MD Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, GA.

Farjas, M: Consellería de Sanidade. SERGAS- A Coruña y Zubizarreta, R. Consellería de Sanidade (2009). Xunta de Galicia, España. CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Vaccines & Immunizations. ACIP Recommendations.
<http://www.fisterra.com/vacunas/pdf/Neumococica.pdf>

Grijalva CG, Nuorti JP, Arbogast PG, Martin SW, Edwards KM, Griffin MR. (2007). Decline in pneumonia admissions after routine childhood immunisation with pneumococcal conjugate vaccine in the USA: a time series analysis. *Lancet*. Apr 7;369(9568):1179-86.

Lagos R, Muñoz A, Espinoza A, Dowes A, Ruttimann R, Colindres R, et al. (2009). Costos médicos directos de enfermedades neumocócicas invasoras y neumonías con diagnóstico radiológico en niños chilenos. *Rev Panam Salud Publica*;26(2):101–11.

O'Brien KL, Wolfson LJ, Watt JP, Henkle E, Deloria-Knoll M, McCall N, Lee E, Mulholland K, Levine OS, Cherian (2009). Burden of disease caused by *Streptococcus pneumoniae* in children younger than 5 years: global estimates. *Lancet*. Sep 12;374(9693):893-902.

OPS (2009). Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación.

Vega-Briceño, Luis E; Abarca V, Katia y Sanchez D, Ignacio. (2006). Vacuna anti-influenza en niños: Estado del arte. *Rev. Chil. Infectol.*;23 (2), pp. 164-169 [consultado el 26 de noviembre 2010]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071610182006000200011&lng=es&nrm=iso. ISSN 0716-1018. doi: 10.4067/S0716-10182006000200011.

Weekly Epidemiological Record (2008). Relevé épidémiologique hebdomadaire 17 October, 83rd Year/17 Octobre 2008, 83e Année No. 42, 2008, 83, 373–384. <http://www.who.int/wer>

BORRADOR DE CONSULTA

PROPUESTA DE RESULTADOS ESPERADOS DE OE 1

Mantención logros en el control de las enfermedades transmisibles	
RE 1	Capacidad de Alerta y Respuesta
1.1	Porcentaje anual de Centros de Enlace Nacional y Regional operativos* 24/7
1.2	Porcentaje anual de Planes de Contingencia para enfermedades priorizadas por macrozona (cólera, malaria, dengue, influenza, otros, actualizados al menos cada 5 años, por SEREMI
1.3	Porcentaje anual de SEREMI, que cuentan con Planes de Contingencia* evaluados mediante simulaciones y/o simulacros, al menos uno cada 5 años, por SEREMI
1.4.a	Porcentaje anual de Casos Sospechosos Notificados de sarampión rubéola, que cuentan con muestra serológica para estudio de laboratorio.
1.4.b	Porcentaje anual de casos importados de sarampión, que reciben medidas de bloqueo en contactos.
1.5	Porcentaje anual de casos de zoonosis priorizadas (hanta, carbunco, brucelosis, triquinosis), que cuentan con investigación epidemiológica y ambiental, por SEREMI.
1.6	Número bianual de acuerdos/informes de la participación en iniciativas subregionales (Mercosur, ORAS-ConHU, REDIPRA, INCOSUR, UNASUR, OPS, Inmunoprevenibles, otras)
RE 2	Coberturas de Inmunizaciones
2.1	Porcentaje anual de vacunación para prevención sarampión-rubéola (primer año de vida), Difteria (tercera dosis); Poliomieltitis (tercera dosis), por SS
RE 3	Comunicación de Riesgo
3.1	Porcentaje anual de Campañas Comunicacionales de enfermedades entéricas, mariscos y hantavirus, realizadas en forma oportuna* (previo al alza estacional).
3.2	Porcentaje anual de Campañas Comunicaciones evaluadas en forma participativa*
Aumento de sobrevida de personas con VIH	
RE1	Detección Precoz
1.1T	Porcentaje anual de población homosexual, que declara haberse realizado el examen VIH (¿en el último año? ¿prevalencia vida?).
RE 2	Ingreso Precoz a GES
2.1T	Porcentaje anual de personas que inician tratamiento antirretroviral, que presentan CD4 basal menor de 100 células/mm3, por SS
RE 3	Adherencia a Control y Tratamiento
3.1T	Porcentaje anual de personas en tratamiento antirretroviral, que mantiene niveles de Alta Adherencia Global*, a los 24 meses después del inicio de la terapia, por SS.
RE 4	Programa VIH/SIDA en Redes Asistenciales
4.1	Porcentaje de establecimientos de atención secundaria, que cuentan con al menos el 90% de las horas médicas establecidas en el Modelo de Atención Integral de VIH/SIDA*, por SS
Eliminación de la TBC como problema de salud pública en el año 2020	
RE 1	Cobertura Inmunización
1.1	Porcentaje anual de recién nacido vivos, que reciben vacunación BCG, por SS
RE 2	Detección Precoz
2.1T	Razón de Incidencia Observada versus Esperada en casos pulmonares con baciloscopia o cultivo positivo, por SS
2.2	Tasa anual de baciloscopia de diagnóstico por consultas ambulatorias por SS
2.3	Porcentaje anual de contactos censados, que son estudiados completamente*, por SS
RE 3	Adherencia a Control y Tratamiento
3.1	Porcentaje anual pacientes ingresados por TBC, que reciben alta de tratamiento completo*, por SS Porcentaje anual de SS priorizados*, que cuentan con proyectos de adherencia y localización de casos
RE 4	Capacitación
4.1	Número anual de profesionales capacitados en tuberculosis* cursos organizados por SEREMI, SS, ISP o MINSAL
Disminución de la mortalidad por infecciones respiratorias agudas(IRA)	
RE 1	Cobertura de Inmunización
1.1	Porcentaje anual de adultos mayores*, que reciben vacunación anti-influenza, por SS
1.2	Porcentaje anual de adultos mayores (65 años y más), que reciben vacunación anti-neumocócica, por SS
1.3	Porcentaje anual de menores de 1 año, que reciben vacunación anti-neumocócica por SS
Línea base de infección por virus papiloma humano (VPH)	
RE 1	Contar con una línea base respecto a la infección por VPH en población femenina