



Subsecretaría de Salud Pública  
División de Planificación Sanitaria

# Informe de Medición y Monitoreo de Desigualdades Sociales en Salud Materno, Infantil y Adolescente.

---

Diciembre 2017  
Subsecretaría de Salud Pública  
División de Planificación Sanitaria

## Contenidos

1. INTRODUCCIÓN .....	3
2. ANTECEDENTES .....	4
Las causas de las inequidades en salud.....	4
Medición y monitoreo de las desigualdades sociales en salud .....	5
Situación de salud materna e infantil .....	7
Situación de salud adolescente.....	9
3. OBJETIVOS.....	11
4. METODOLOGÍA.....	12
5. RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE DESIGUALDADES EN SALUD MATERNO, INFANTIL Y ADOLESCENTE .....	15
Salud materna.....	16
Salud infantil.....	24
Salud adolescente.....	30
Monitoreo Desigualdades.....	38
6. RECOMENDACIONES PARA LA MEDICIÓN Y MONITOREO DE DESIGUALDADES.....	40
7. REFERENCIAS.....	42
Anexos.....	44

## 1. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud estableció para el periodo 2011–2020 los Objetivos Sanitarios de la Década, definiendo la guía de ruta que orienta el accionar del sector. Con el establecimiento de estos objetivos se persigue mejorar la salud de la población, disminuir las inequidades en salud, aumentar la satisfacción de la población y asegurar la calidad de las prestaciones de salud.

Para esto se configura dentro del Plan Nacional de Salud 9 Ejes estratégicos, correspondiendo el Eje 5 a Equidad y Salud en Todas las Políticas, el cual incorpora como líneas de acción transversales el Monitoreo de Inequidades y la Instalación del Enfoque de equidad (Minsal, 2016).

A su vez, durante el 2014, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) establece como recomendación potenciar la medición de componentes transversales al plan, sobre todo considerando lo relativo al marco de equidad. En este sentido se hace relevante potenciar el análisis de situación, como parte basal, para la toma de decisiones oportunas y pertinentes a las particularidades de nuestro territorio (OMS, 2009).

Sumado a lo anterior, el trabajo en torno a Evaluación a mitad de periodo de la Estrategia Nacional de Salud, hace imperiosa la necesidad de mostrar los resultados con un análisis de desigualdades en salud, de modo tal de orientar las intervenciones adecuadas a los grupos poblacionales que presentan un daño en salud incrementado por las determinantes sociales.

Considerando la importancia que tiene observar cómo se distribuye la situación de salud de la población, de modo tal que las decisiones que se establezcan tengan una pertinencia y coherencia con el territorio y las características particulares de su población, se determinó el establecimiento de un grupo de trabajo en la División de Planificación Sanitaria, coordinado por el Departamento Estrategia Nacional de Salud, que en apoyo de la Unidad de Análisis de la Organización Panamericana de la Salud, avanzara en la medición y monitoreo sistemático de las desigualdades en salud, construyéndose a la fecha un perfil de desigualdades en salud materna, infantil y adolescentes en Chile, cuyo objetivo es describir las brechas de desigualdad que se producen en las regiones del país, entre los periodos 2008–2014, trabajo que será desarrollado en detalle en el presente informe.

## 2. ANTECEDENTES

### Las causas de las inequidades en salud

De acuerdo a lo indicado en el Informe final de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS, la justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura.

Diferencias tales como la esperanza de vida, dependiendo del lugar donde uno nace, no deberían existir, ni dentro de los países ni entre países.

Esas desigualdades y esa inequidad sanitaria, que podría evitarse, son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas.

Las políticas sociales y económicas tienen efectos determinantes en las posibilidades de que un niño crezca y desarrolle todo su potencial, y tenga una vida próspera, o de que ésta se malogre.

Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias.

Para corregir esta situación, se debe actuar de modo urgente y sostenible en todos los niveles. Para esto la Comisión de Determinantes Sociales, establece tres principios de acción:

- 1- Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece.
- 2- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local.
- 3- Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto.

En este sentido, cobra relevancia la medición y monitoreo de desigualdades en salud permitiendo generar evidencia sobre la presencia, magnitud y tendencia de las desigualdades en salud, lo cual permitirá dar insumos en la formulación y evaluación de políticas, programas y prácticas dirigidas a la reducción de inequidades en salud y así avanzar hacia sociedades más justas e inclusivas.

## Medición y monitoreo de las desigualdades sociales en salud

Existe consenso entre diferentes actores sobre la necesidad de medir y monitorear las desigualdades en materia de salud y de atención de salud. El monitoreo resulta una importante herramienta de programación y gestión para orientar los recursos hacia las áreas donde más se necesita, permitiendo reducir las inequidades y elevar el nivel de salud general de la población (MINSAL, 2006). Por otro lado, al identificar y estimar diferencias de salud entre subgrupos, los países pueden ampliar su mirada más allá de los promedios nacionales, ganando entendimiento en relación a cómo se distribuye la salud en la población (OPS, 2016a).

Es importante considerar que el monitoreo requiere continuidad en el tiempo, de modo que sea posible proporcionar información que sustente la elaboración de políticas e intervenciones orientadas a la reducción de inequidades en salud, y a evaluar el progreso de acciones ya implementadas en el ámbito de la salud.

Considerando estas premisas, el presente informe utiliza las recomendaciones propuestas por la OPS en el Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud (OPS, 2016a), donde se examina el monitoreo de las desigualdades en el ámbito de la salud, abarcando las cinco etapas generales del ciclo de monitoreo: 1) determinar los indicadores de salud relevantes; 2) obtener datos sobre los indicadores; 3) analizar los datos; 4) comunicar los resultados, y 5) hacer cambios para mejorar las políticas, programas y prácticas cuando se justifique.

A su vez, los aspectos conceptuales y principios generales adoptados en el desarrollo del presente trabajo provienen de los marcos impulsados por el movimiento “Una Promesa Renovada para las Américas” (APR-LAC), actualmente enmarcado en la Estrategia Mundial para la salud de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia, que tiene como objetivo reducir las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, del niño y del adolescente en América Latina y el Caribe. El Comité Ejecutivo de este movimiento está compuesto por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), la iniciativa Salud Mesoamérica 2015, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y el Banco Mundial (BM); la amplia participación de todas estas organizaciones, sumado a la colaboración de los gobiernos, sociedad civil, entre otros, hacen dimensionar el interés e importancia que se está otorgando tanto a nivel nacional como internacional al objetivo de reducir las disparidades en el acceso a servicios de salud de calidad.

Se describen a continuación los conceptos y marcos de referencia adoptados en el presente trabajo.

- **Desigualdades en salud**

Las desigualdades en salud son diferencias cuantificables en la salud de dos o más grupos sociales de una población. Dichos grupos sociales pueden estar definidos por condiciones o circunstancias tales como el género, la etnicidad, la posición socioeconómica, el acceso a bienes y servicios sociales, entre otros.

- **Inequidades en salud**

Las inequidades en salud son aquellas desigualdades en salud que se consideran injustas y evitables. Es decir, a diferencia de las desigualdades en salud – que solamente se miden– las inequidades en salud contienen un juicio de valor sobre la justicia o injusticia de tal diferencia. En otras palabras, se parte por medir las desigualdades en salud para valorar e identificar las inequidades en salud.

- **Estratificadores de equidad**

Los estratificadores de equidad son variables que se aproximan a los determinantes sociales de la salud, conocidos como “causas de las causas” de la salud de la población. En la medición y monitoreo de las desigualdades en salud sirven para crear los grupos sociales sobre los cuales se analiza la situación de salud. Los estratificadores más frecuentes son: lugar de residencia, grupo étnico, ocupación, género, educación, entre otros.

- **Los coeficientes o medidas de desigualdad**

El análisis básico de desigualdades en salud consiste en la comparación de los valores que asume una variable del estado de salud entre dos o más grupos de población (en este caso, regiones del país) estratificados con arreglo a una variable del estado socioeconómico de la misma población (OPS, 2016a).

Dentro de las métricas de desigualdad están los índices basados en el cálculo de brechas e índices basados en gradientes. Estas dos categorías abarcan un grupo de índices muy atractivos para comenzar el análisis, aun cuando existen muchas otras opciones métricas.

Los índices basados en el cálculo de brechas utilizados en este informe corresponden a medidas simples para medir desigualdad. En este tipo de medidas se comparan sólo dos subgrupos (en este caso, grupo de regiones más favorecidas versus grupo de regiones menos favorecidas) y las brechas se miden como diferencia (brecha absoluta) o como razón o proporción (brecha relativa). Este tipo de métricas son de uso habitual y de fácil interpretación, sin embargo, no pueden

expresar la desigualdad entre más de dos grupos y no tienen en cuenta el tamaño de cada grupo (OPS, 2016a).

Por otro lado, se encuentran las medidas complejas para medir desigualdades entre grupos (medidas de gradientes). En este trabajo se utilizó el índice de desigualdad de la pendiente, que representa las diferencias absolutas entre el valor del grupo de más alto nivel versus el grupo del nivel más bajo, considerando la completa distribución a través de una regresión; y el índice de concentración, ampliamente utilizado y que indica la medida por la que un indicador está cocentrado en un grupo.

### **Situación de salud materna e infantil**

En las últimas décadas se ha observado un importante avance en los indicadores de mortalidad materna infantil a nivel mundial. La razón de mortalidad materna (RMM) disminuyó desde 385 a 216 por 100.000 nacidos vivos entre 1990 y 2015, alcanzando una reducción cercana al 44% (OMS, 2015). Asimismo, la tasa de mortalidad de menores de 5 años disminuyó desde 91 a 43 por 1.000 nacidos vivos en el mismo periodo, lo que equivale a una reducción del 53%; y la tasa de mortalidad neonatal (los primeros 28 días de vida - período más delicado para la supervivencia del niño) disminuyó un 47% entre 1990 y 2015. Sin embargo, a pesar de los grandes avances, cada año siguen ocurriendo cientos de miles de muertes de mujeres debido a complicaciones del embarazo o parto, y el 2015 unos 5,9 millones de niños murieron antes de cumplir cinco años (OMS, 2016).

Por otro lado, la inequidad en temas de salud materna infantil permanece como un problema crucial a nivel mundial. El 99% de las muertes maternas que se registran en el mundo ocurren en países más pobres. Mientras la RMM registrada en regiones desarrolladas era de 23 por 100.000 nacidos vivos en 1990 y 12 por 100.000 nacidos vivos en 2015, en las regiones en desarrollo, como África subsahariana por ejemplo, alcanzaba 978 por 100.000 nacidos vivos en 1990 y 546 por 100.000 nacidos vivos en 2015 (OMS, 2015).

El año 2000 la mortalidad infantil de menores de 5 años en las regiones más pobres era de 175 por 1.000 nacidos vivos, 29 veces superior que en regiones más desarrolladas donde se observaba una tasa de 6 por 1.000 nacidos vivos (González R., 2010).

Al revisar la situación de los países de América Latina y el Caribe (LAC), se observa también importantes avances y desafíos en el área de salud materna infantil. Según la OPS/OMS la RMM para la región a comienzos de los noventa era de 190 por 100.000 nacidos vivos, y aun cuando ha disminuido, se ha mantenido en niveles elevados, alcanzando un rango entre 72 y 140 por 100.000 nacidos vivos el 2005 (González R., 2010). Por otro lado, el promedio regional de

mortalidad infantil disminuyó de 43 a 25 por 1.000 nacidos vivos entre 1990 y 2003, sin embargo, la elevada tasa de mortalidad entre los recién nacidos no se ha reducido según lo previsto. Se estima que en Latinoamérica y El Caribe nacen anualmente unos 12 millones de niños, de los cuales fallecen cerca de 400.000 antes de cumplir los 5 años de edad, 270.000 antes del primer año y 180.000 durante el primer mes de vida (OPS, 2016b).

En LAC al igual que la tendencia a nivel mundial, aún se producen importantes desigualdades en el acceso y cobertura de los servicios de salud. Además de las diferencias entre países, también existen grandes desigualdades dentro de un mismo país entre ricos y pobres, así como entre poblaciones urbanas y rurales (WHO, 2007).

Si se analiza los resultados a nivel local, en nuestro país también se ha observado importantes avances en los indicadores de salud materna infantil en las últimas décadas. A comienzos del siglo XX Chile presentaba uno de los peores resultados del mundo en temas de maternidad y nacimiento. Uno de cada tres niños fallecía antes de alcanzar el primer año de vida. Con la creación del Servicio Nacional de Salud y el uso de nuevos antibióticos, la situación comenzó a mejorar durante los años 40 y 50, pero fue primordialmente a partir de los años 60, tras el aumento de la cobertura de asistencia profesional del parto y otras medidas promotoras de la familia como núcleo de la sociedad, que los indicadores de salud materno infantil comenzaron a mejorar sostenidamente (González R., 2014; Szot J., 2002). Estas medidas sumadas a las mejores condiciones económicas y de protección social del país, han permitido que nuestro país actualmente ostente con destacados indicadores en estos ámbitos, alcanzando una tasa de 7,2 cada 1.000 niños que fallecen antes de cumplir un año de vida y una RMM de 13,5 por 100.000 nacidos vivos (MINSAL, 2014). Junto con los avances positivos de estos indicadores a nivel nacional, también se ha observado una disminución de la brecha entre las poblaciones más pobres y más ricas del país. (González R., 2014).

En Chile se han implementado una serie de iniciativas para la reducción de mortalidad infantil. Tal es el caso del programa de salud que se inicia en 1990 para reducir la mortalidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños menores de 1 año, logrando reducir la tasa de mortalidad por neumonía desde 23,9 hasta 3,4 por 1.000 nacidos vivos entre 1990 y 2003 (OPS, 2016b). Una política que aborda la Salud del niño desde el embarazo hasta los 5 años es Chile Crece Contigo, uno de los programas que destaca por el abordaje intersectorial que hace de los determinantes sociales de la salud. Apoyar a los niños y niñas desde el comienzo de sus vidas, es una tarea prioritaria para la disminución de las brechas de desigualdad que actualmente persisten en nuestro país.



## Situación de salud adolescente

La salud de los adolescentes es un tema prioritario, especialmente se ha enfocado en lo que respecta a la prevención del embarazo y la salud mental.

El suicidio es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. Entre las personas de 70 años de edad o más las tasas de suicidio son más elevadas. En algunos países el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad (OMS, 2014). En América, la tasa estimada de suicidio es de 7,3 suicidios por cada 100.000 habitantes, generalmente más baja que en otras regiones, siendo el promedio mundial de 11,4 por cada 100.000 habitantes. En general, los hombres cometen más suicidios que las mujeres y en América esta diferencia aumenta de 2 a 6 a veces más en las tasas de los hombres respecto a las de las mujeres (OMS, 2014). Por todo lo anterior, la OMS reconoce que el suicidio es una prioridad de salud pública a nivel mundial.

La tasa de muertes por suicidio en Chile el año 2014 fue de 10,0 por 100.000 habitantes, mientras que en el grupo de 10 a 19 años fue de 5,1 por 100.000 adolescentes. En este mismo grupo etario, la tasa de muertes por suicidio en el año 2010 fue de 7 por 100.000 adolescentes, lo que significa una disminución de 27% al año 2014.

Sin embargo, a pesar de estas cifras se presentan diferencias marcadas entre las regiones del país, donde una alcanzan tasas de 9,4 por 100.000 adolescentes y otras no presentan muertes por estas causas.

El embarazo adolescente es un problema social, que tiene múltiples consecuencias tanto en la vida de los adolescentes, su hijo y su entorno familiar. Se vincula a múltiples determinantes sociales, entre los principales se encuentran: bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de escolaridad, conductas de riesgo tales como inicio precoz de la actividad sexual sin protección anticonceptiva. También la inequidad en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva se relaciona con ausencia de oportunidades para desarrollar un proyecto de vida distinto a la maternidad temprana (CEPAL, 2017).

Respecto a la evolución de la tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 19 años, en el caso de Chile ha presentado una disminución de 16% entre los años 2010-2014. Al revisar la tasa de fecundidad en el grupo de 15 a 19 años, el 2014 correspondió a 44,7 por 1.000 mujeres en dicho grupo etáreo, al observar al interior del país se presentan diferencias donde la menor tasa es de 38, 5 por 1.000 mujeres entre 15 y 19 años (Magallanes) y la más alta es de 67,1 por 1.000 mujeres entre 15 y 19 años (Atacama).

Por último, pero no menos importante es la alta prevalencia de consumo de drogas en los adolescentes. El aumento en la prevalencia de consumo de marihuana especialmente desde el 2010 hasta hoy, está relacionado con una tendencia mundial de aumento de consumo de esta sustancia, además de la disminución de la percepción de riesgo respecto de su consumo. La evidencia disponible hoy sobre uso terapéutico de marihuana y su discusión en los medios, además de los cambios normativos que han tenido lugar, en particular en las Américas, si bien no pueden ser evaluados hoy respecto de su impacto en las prevalencias de consumo de esta población, debido al corto tiempo que ha transcurrido desde los cambios, sin duda son aspectos que deben ser observados y considerados al evaluar estas tendencias mundiales.

El suicidio, embarazo adolescente y consumo de drogas, son temas relevantes desde el punto de vista de la salud pública y como se verá en los resultados de este trabajo, son objeto también de inequidades, por lo que su abordaje no puede perder de vista la determinación social para poder impactar realmente en la mejora de la salud de un grupo que por mucho tiempo no ha sido protagonista en las políticas públicas.

### 3. OBJETIVOS

#### **Objetivo General**

Describir las desigualdades sociales en salud materna, infantil y adolescente que se presentan entre los años 2008-2014 en Chile.

#### **Objetivos específicos**

- Medir la magnitud de las desigualdades sociales en salud materna, infantil y adolescente del país, a través de medidas simples y complejas.
- Establecer el monitoreo continuo de las desigualdades sociales en salud del país.
- Aportar información para la toma de decisiones oportunas en la disminución de las desigualdades en salud materna, infantil y adolescente.

## 4. METODOLOGÍA

El presente estudio tiene un alcance descriptivo cuantitativo, a nivel ecológico sobre los atributos y determinantes de las variables en estudio (desigualdad social en salud infantil, materna y adolescencia).

El grupo de trabajo constituido para generar las mediciones de desigualdades, se estableció en enero del 2017, definiéndose un plan de trabajo el que consideró reuniones mensuales de revisión de los avances sostenidos. El grupo originalmente se constituyó por profesionales del Departamento de Epidemiología, Departamento de Estadísticas e Información, Departamento de Economía de la Salud y Departamento Estrategia Nacional de Salud de la División de Planificación Sanitaria, a este último le correspondió la coordinación del trabajo, a los cuales se incorporaron a mediados del 2017, profesionales del Departamento de Ciclo Vital de la División de Prevención y Control de Enfermedades y del Instituto Nacional de Estadísticas, específicamente del Sub Departamento de Demografía y Vitales.

Los pasos metodológicos que este grupo realizó para llevar a cabo la medición de desigualdades sociales en salud, se basaron en las recomendaciones entregadas en el Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud (OPS, 2016a) y corresponden a los siguientes:

1. Definición de temas a analizar y periodo de estudio: se revisaron las prioridades nacionales (Estrategia Nacional de Salud 2011-2020) e internacionales en salud (Agenda 2030 para un Desarrollo Sostenible y recomendaciones OPS), acordándose desarrollar el trabajo 2017 en los temas de salud Materna, Infantil y Adolescentes, analizando la información en los periodos 2008-2014 a nivel regional.
2. Identificación y cálculo de indicadores de salud y sociales: El cálculo de las medidas de desigualdad empleadas en este documento, involucran el uso de indicadores de salud, ponderadores demográficos y estratificadores sociales.

Se llevó a cabo una selección de indicadores sanitarios y sociales (basados en Estrategia Nacional de Salud, Agenda 2030 y OPS), que permitieran visualizar las desigualdades sociales en salud materna, infantil y adolescente. Estos indicadores se detallan, junto a su forma de cálculo y fuente de datos en el Anexo 1. Para cada indicador se recolectó la información disponible y/o se procedió a su cálculo.

3. Cálculo de medidas de desigualdades simples y complejas: se procedió a generar las medidas de desigualdades simples y complejas empleando la información de los indicadores que se mencionan en cuadro 1:

**Cuadro 1. Indicadores de salud y sociales empleados en el estudio de desigualdades sociales en salud materna, infantil y adolescente.**

Salud Materna	Salud Infantil	Salud adolescente
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lactancia materna</li> <li>• Razón de Mortalidad Materna (RMM)</li> <li>• Mortalidad perinatal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rezago infantil</li> <li>• Malnutrición por exceso</li> <li>• Mortalidad infantil</li> <li>• Razón de mortalidad infantil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suicidio</li> <li>• Tasa de fecundidad</li> <li>• Consumo de marihuana</li> </ul>
Estratificadores sociales		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de población rural</li> <li>• Ingreso promedio</li> <li>• Porcentaje población inmigrante</li> <li>• Años promedio de escolaridad</li> <li>• Porcentaje de Pueblos Originarios</li> </ul>		

Las métricas de desigualdades simples y complejas fueron calculadas para el año 2008 y 2014 utilizando una herramienta estandarizada en Excel, provista por OPS. Para efectos de la medición de brecha absoluta y relativa (medidas simples), se agruparon las regiones del país, en quintiles, según el estratificador social a emplear, correspondiendo el Quintil 1 al más desfavorecido y el Quintil 5 al menos desfavorecido.

En este sentido la brecha absoluta se obtuvo de la diferencia entre el promedio ponderado del indicador de salud de las regiones del Quintil 1 y el promedio ponderado de las regiones del Quintil 5. A su vez la brecha relativa corresponde al cociente entre el promedio ponderado del indicador de salud de las regiones del Quintil 1 y el promedio ponderado de las regiones del Quintil 5.

Para la medición de desigualdades complejas se utilizó el Índice de la Pendiente y Gradiente de Concentración. El **índice de desigualdad de la pendiente** se usa para mostrar el gradiente de salud a través de las regiones del país con un ordenamiento natural. El índice de desigualdad de la pendiente representa la diferencia absoluta en los valores predichos de un indicador de salud entre aquellos con el nivel más alto del estratificador social (más aventajado) y aquellos con el nivel más bajo del estratificador (menos aventajado), tomando en cuenta la distribución íntegra del indicador social, usando un modelo de regresión apropiado. (OPS, 2016a).

El **índice de concentración** es una métrica relativa de desigualdad que muestra el gradiente de salud a través de múltiples grupos con ordenamiento natural (más comúnmente educación o riqueza). Esta métrica indica el grado en que se concentra un indicador de salud entre los más desaventajados o los más aventajados. Dado que la población se ordena de peor a mejor estado socioeconómico, el índice de concentración tiene un valor negativo cuando el indicador de salud —sea un indicador favorable como la cobertura de vacunación contra el sarampión o un indicador adverso como la mortalidad en menores de 5 años— se concentra en los desaventajados (por ejemplo, los pobres o los menos educados); el índice tiene un valor positivo cuando el indicador de salud se concentra en los aventajados (por ejemplo, los ricos o los más educados). De no existir desigualdad, el índice de concentración es 0 (OPS, 2016a).

4. Elaboración perfil de desigualdades: considerando la necesidad de transferir las mediciones de desigualdades de un modo resumido, se generó un perfil de desigualdades en salud materna, infantil y adolescente, en el cual se grafican una selección de indicadores de salud con ciertos estratificadores sociales, publicándose esta información en la página web del Departamento Estrategia Nacional de Salud (<http://estrategia.minsal.cl/perfil-de-desigualdades-en-salud-materna-infantil-y-adolescentes/>)

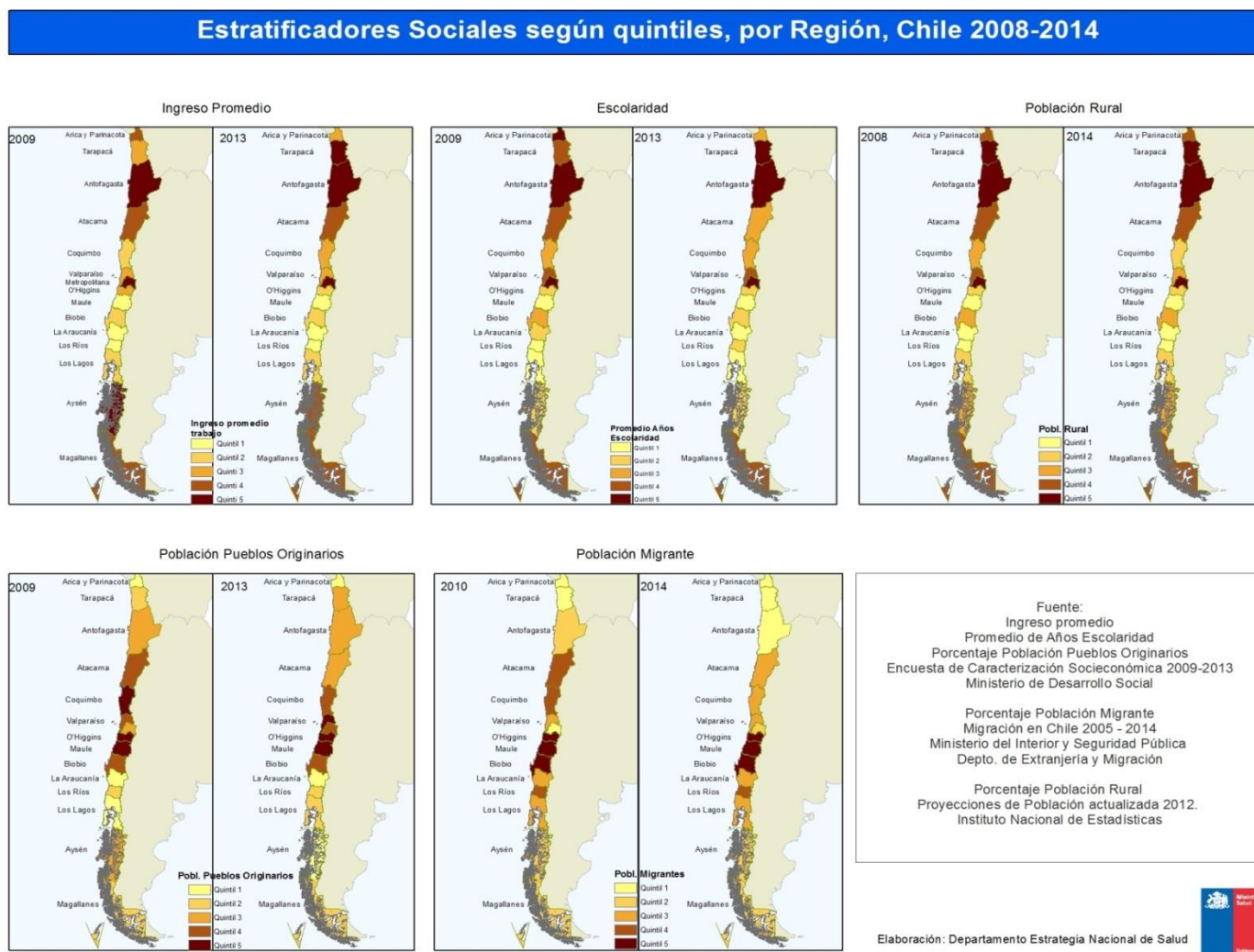
5. Monitoreo de desigualdades: para efectos de realizar un monitoreo de la situación de desigualdades sociales respecto a los temas de salud revisados, se revisó el avance de cada indicador de salud en términos de si su promedio ponderado a nivel país mejoró o empeoró entre los años analizados, lo mismo se hizo para la brecha de desigualdad absoluta, es decir, se analizó si ésta aumentó o disminuyó entre los años estudiados. Considerando esto se asignó cada indicador de salud asociado con el estratificador social correspondiente, en una tabla ubicándose en uno de los cuatro cuadrantes. Esto pretende dar una orientación general en cuales ámbitos y/o indicadores se requiere enfocar mayor atención y establecer un análisis más acabado.

## 5. RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE DESIGUALDADES EN SALUD MATERNO, INFANTIL Y ADOLESCENTE

Según los datos recolectados para los indicadores sociales, entre el periodo 2008-2014, se agruparon las regiones del país según quintiles (Figura 1), donde el Quintil 1 agrupa las regiones más desfavorecidas y el Quintil 5 las menos desfavorecidas socialmente, esto considerando los aspectos que se desprenden del marco de los determinantes sociales de la salud (Solar & Irwin 2010).

En general, de los cinco estratificadores sociales, la región de La Araucanía se encuentra en cuatro de ellos en el Quintil 1, seguido de la región del Maule, que presenta la misma ubicación en tres de ellos.

Figura 1. Estratificadores sociales seleccionados según quintiles por Región.



En relación a las mediciones de desigualdad se presenta una selección de los principales resultados obtenidos según área de salud involucrada. En tanto los resultados de las brechas absolutas y relativas para la totalidad de indicadores analizados con los correspondientes estratificadores son presentados en el Anexo 2.

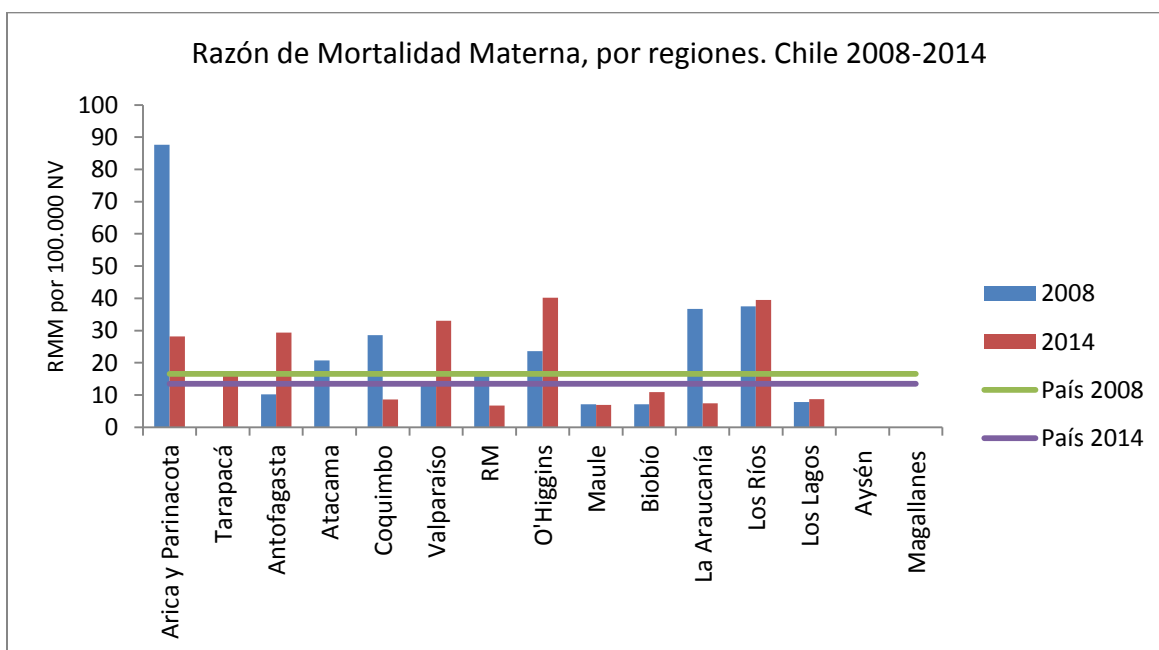
## Salud materna

### Razón de Mortalidad Materna

Los indicadores de Salud materna en Chile dan cuenta de importantes avances, en términos absolutos el número de muertes maternas es bajo, 41 y 34 muertes maternas en 2008 y 2014 respectivamente. Al traducirlo en Razón de Mortalidad Materna (RMM), ésta descendió de 16,5 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en 2008 a 13,5 por cada 100.000 en 2014.

En el Gráfico 1 se presenta la distribución regional de este indicador y su variación entre los años 2008 y 2014, observándose durante el último año analizado que las regiones de Arica y Parinacota, Antofagasta, Valparaíso, O'Higgins y Los Ríos, presentan valores sobre el promedio país.

**Gráfico 1. Razón de Mortalidad Materna Chile 2008-2014**

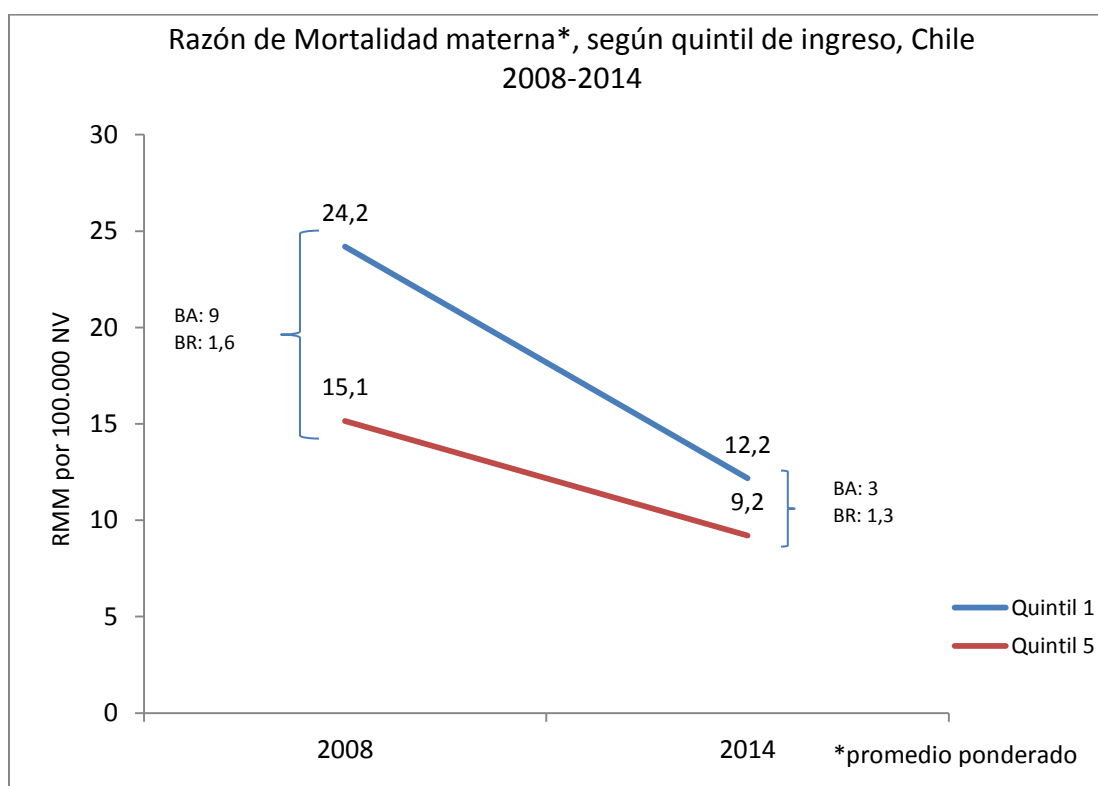




A partir del análisis de desigualdades, se observa el ingreso promedio y la proporción de población migrante a nivel regional como indicadores importantes a analizar en términos de la desigualdad.

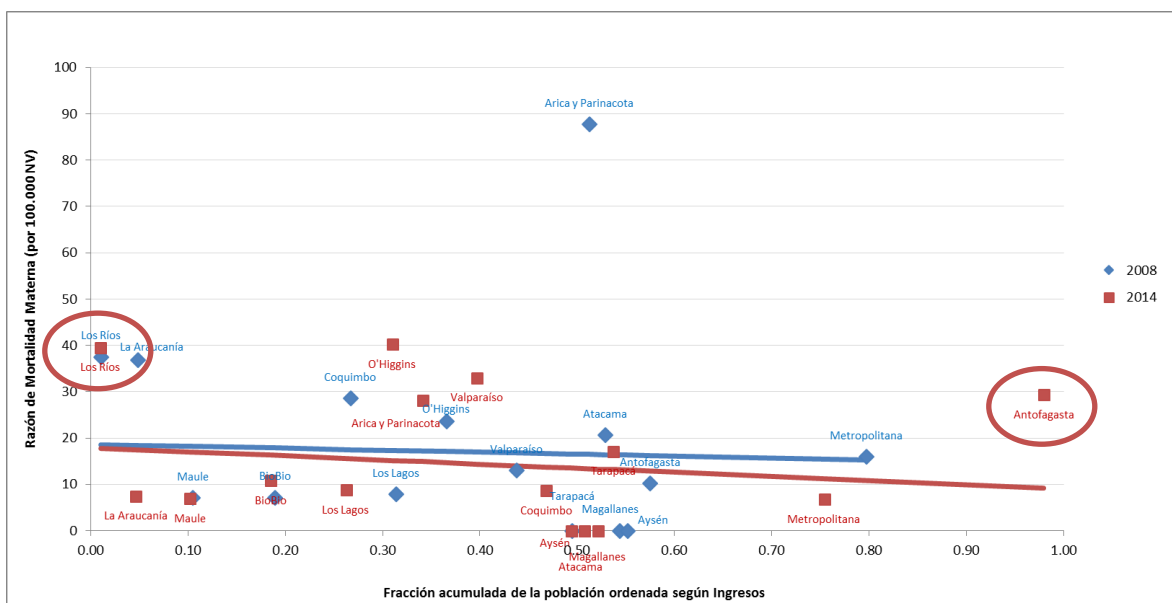
Para el año 2008 la brecha absoluta entre la RMM observada entre el quintil de regiones con menores ingresos (Quintil 1) y el quintil de regiones con mayores ingresos (Quintil 5) fue de 9 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. En el 2014 esta diferencia disminuyó a 3 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. En términos relativos, en 2008 la RMM en el grupo de regiones con menores niveles de ingreso fue 1,6 veces mayor que en el grupo de regiones con mayores niveles de ingreso, mientras en 2014 esta diferencia se redujo a 1,3 (Gráfico 2).

**Gráfico 2. Brecha de desigualdad RMM según ingreso promedio 2008-2014**



Al analizar desde las medidas complejas específicamente con el índice de la pendiente podemos observar que hay 9 muertes maternas más por cada 100.000 nacidos vivos en la región de Los Ríos (región con menor ingreso), comparado con la región de Antofagasta (mayor ingreso) en el año 2014, lo que se observa en el Gráfico 3.

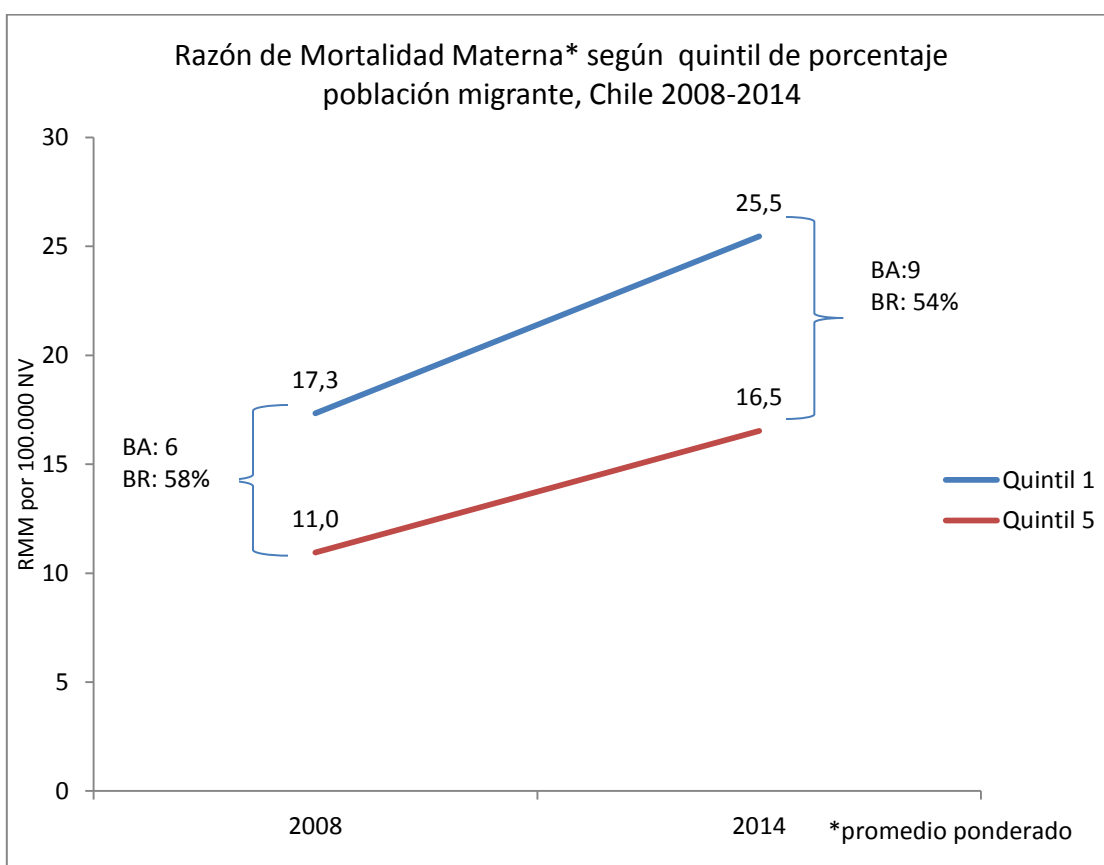
Gráfico 3. Desigualdad absoluta en la RMM según Ingreso promedio 2008-2014



En este mismo orden de análisis, pero ahora considerando el índice de concentración (IC) como medida compleja, nos permite visualizar la situación entre regiones del país. Para el año 2014 el IC fue de  $-0,08$ , valor muy cercano a cero (teóricamente corresponde a la igualdad social), esto nos indica que las muertes maternas se concentran levemente en las regiones con menor ingreso, el exceso de muertes maternas que corresponde a un 6% debería ser redistribuido entre las regiones con mayor ingreso con el objeto de lograr una perfecta igualdad.

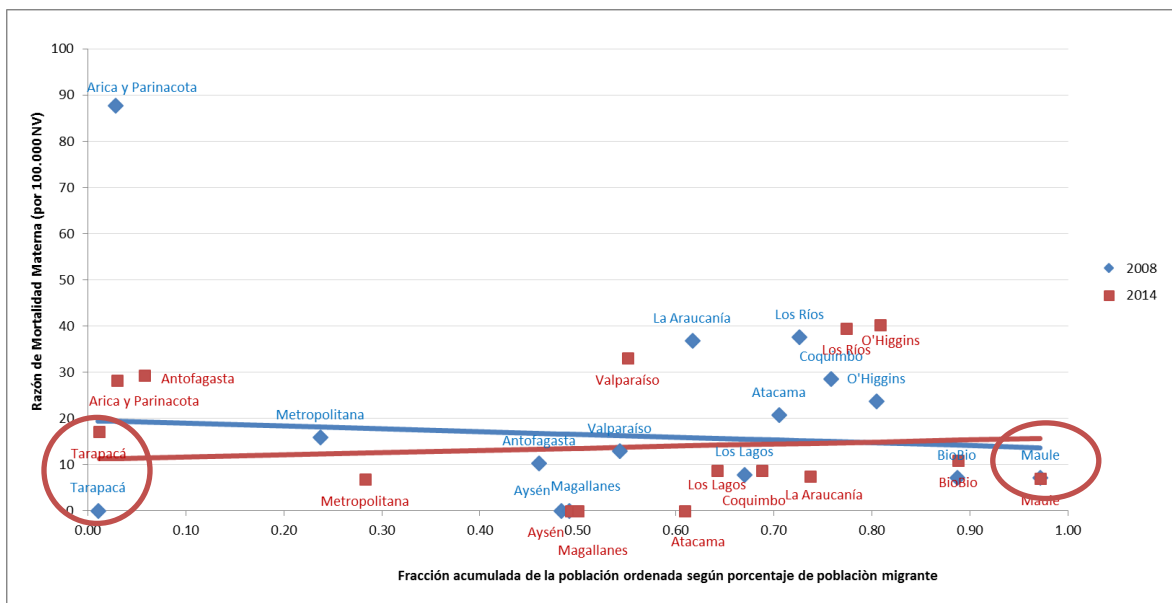
En el caso que consideramos la proporción de población inmigrante como el estratificador social para la medición de desigualdad, se aprecia que la diferencia absoluta entre la RMM del quintil de regiones con la mayor proporción de población inmigrante (Quintil 1) y el quintil de regiones con la menor proporción de inmigrantes (Quintil 5) fue de 6 muertes maternas más por 100.000 nacidos vivos en el año 2008 y de 9 muertes maternas más en el 2014. En términos relativos, se observa poca variación entre los dos años de observación; en 2008 la RMM en el grupo de regiones con la mayor proporción de población inmigrante fue 58% mayor que en el grupo de regiones con la menor proporción de población inmigrante, mientras en 2014 esta diferencia fue de 54%. En términos absolutos se observa en 2014 una mayor brecha entre los quintiles extremos, a lo que se le agrega una RMM mayor en estos grupos en relación al 2008 (Gráfico 4).

**Gráfico 4. Brecha de desigualdad RMM según porcentaje población migrante 2008-2014**



A nivel regional en el año 2008 habían 6 muertes maternas más por cada 100.000 nacidos vivos en la región de Tarapacá (región con mayor porcentaje de población migrantes) comparado con la región del Maule (región con menor porcentaje de población migrantes). Situación que en el año 2014 se redujo a 4 muertes por cada 100.000 nacidos vivos entre las mismas regiones (Gráfico 5).

**Gráfico 5. Desigualdad absoluta en la RMM según porcentaje población migrante 2008-2014**

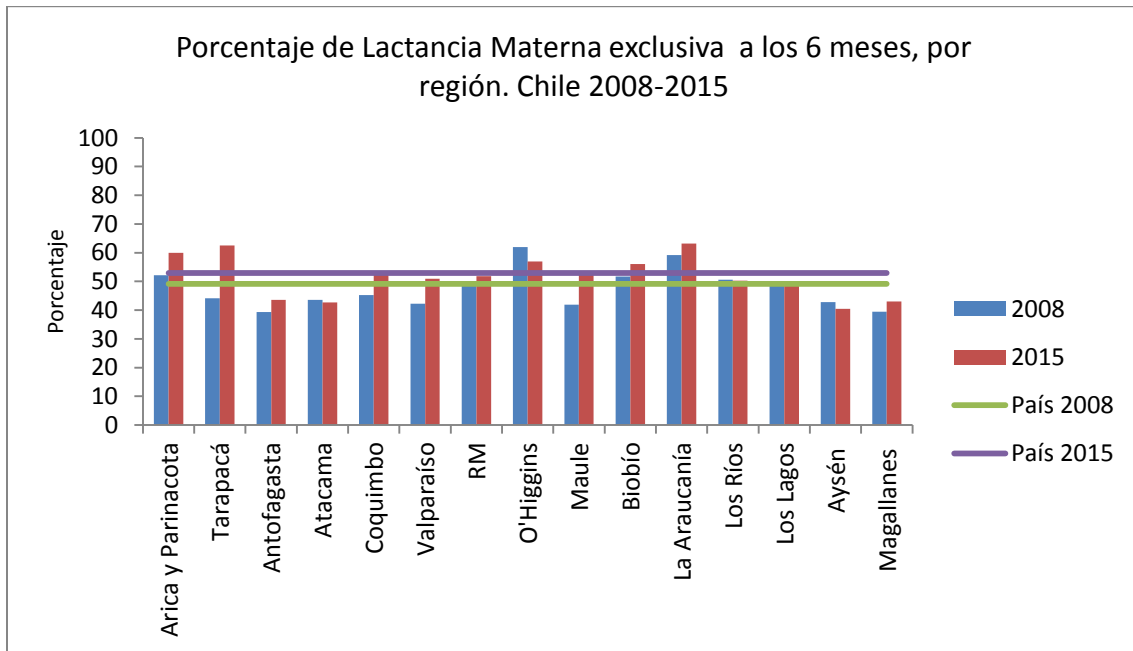


Respecto de la concentración de la desigualdad entre las regiones con mayor y menor población migrante, el IC también dio muy cercano a cero y similar al valor obtenido al analizar por ingreso promedio, concentrándose las muertes maternas levemente en las regiones con mayor población migrante, por lo tanto el exceso de muertes maternas debería ser redistribuido entre las regiones con menor población migrante con el objeto de lograr una perfecta igualdad.

## Lactancia Materna

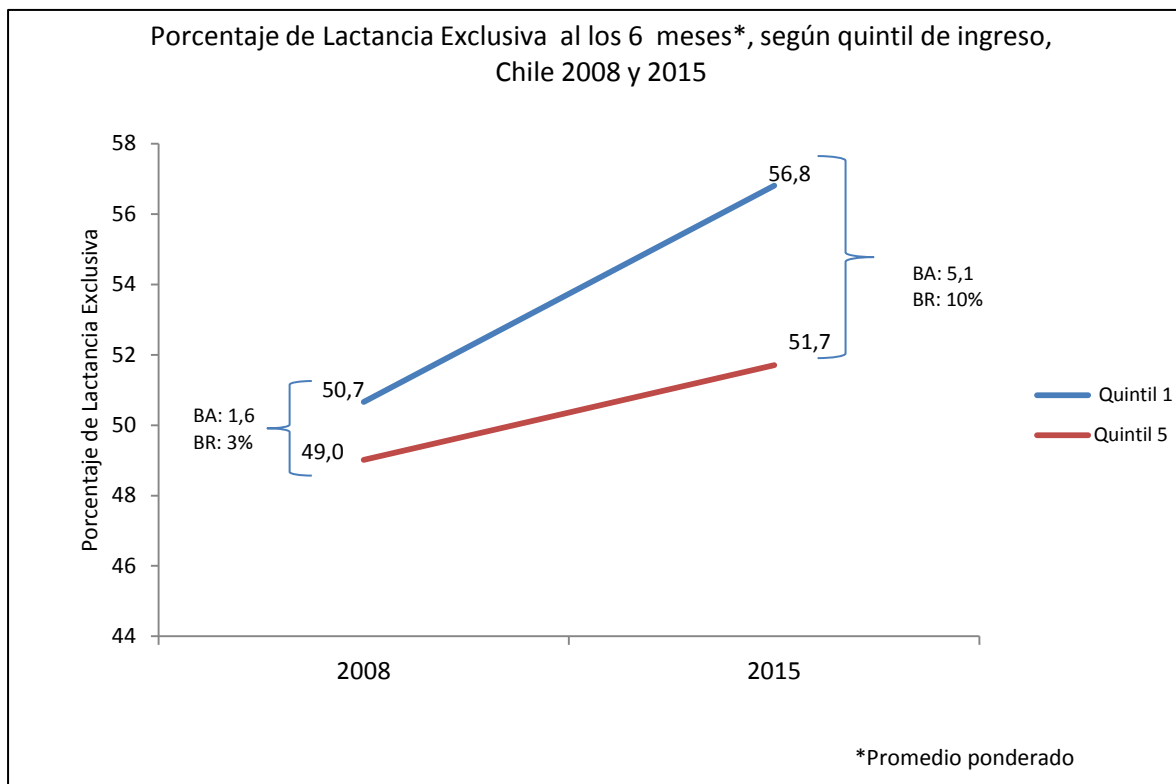
Al analizar el porcentaje de lactancia materna exclusiva a los 6 meses, en el sistema público de salud, el año 2008 esta fue de 49,1%, en tanto el 2015 esta aumentó a 53%. A nivel regional La Araucanía, Tarapacá, Arica y Parinacota, O'Higgins y Biobío presentan coberturas mayores al valor nacional el año 2015. En tanto Atacama y Aysén son las que presentan coberturas más bajas ese mismo año (Gráfico 6).

**Gráfico 6. Porcentaje de Lactancia materna exclusiva a los 6 meses. Chile 2008-2015**



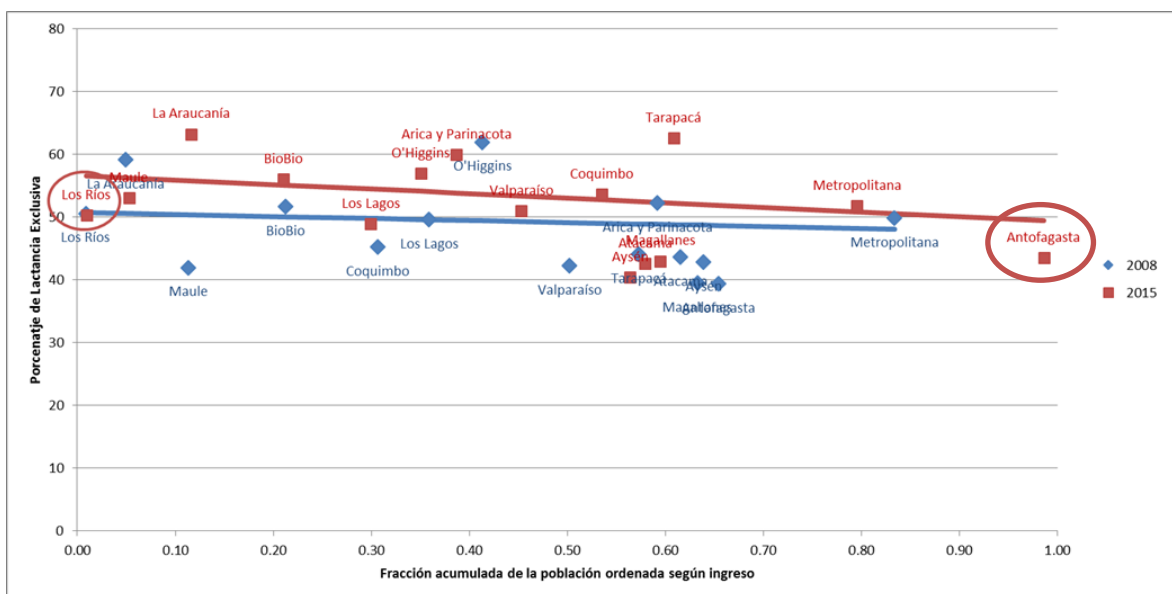
Al realizar el análisis de desigualdades en relación al ingreso promedio, es posible apreciar que el quintil de regiones con un menor ingreso presenta 1,6 puntos porcentuales más de lactancia materna exclusiva respecto al quintil con mayor ingreso para el año 2008, esta brecha aumenta a 5,1 puntos porcentuales más en el año 2015. En relación a la brecha relativa, las regiones del quintil con menor ingreso promedio, presentan un 3% de lactancia exclusiva más que las regiones del quintil con más ingreso, diferencia que aumenta en 2015 a 10% (Gráfico 7).

**Gráfico 7. Brecha de desigualdad Lactancia materna según ingreso, 2008-2015**



Respecto de las regiones del país, se presentaron 7 puntos porcentuales más de lactancia materna exclusiva en recién nacidos en la región de Los Ríos, región de menor ingreso respecto a Antofagasta que en el 2015 era la región de mayor ingreso del país (Gráfico 8).

Gráfico 8. Desigualdad absoluta en la Lactancia materna según ingreso



## Salud infantil

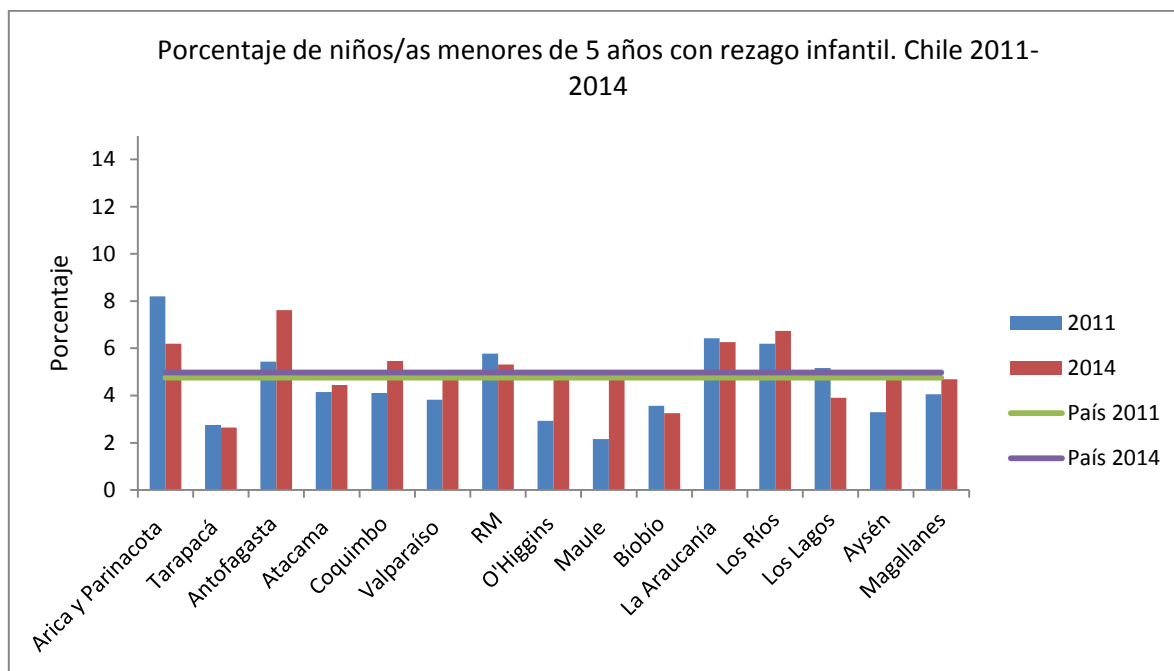
En relación a la salud infantil, se describen los resultados para los indicadores porcentaje de rezago infantil en menores de 5 años y porcentaje de malnutrición por exceso en niños menores de 6 años beneficiarios del sistema público de salud.

### Rezago Infantil

El rezago infantil es entendido como un estado en el cual un niño o niña no presenta todas las habilidades esperadas para su edad, por lo que necesita una intervención o estimulación que permita nivelar sus capacidades y prevenir un déficit en su desarrollo.

El rezago en el desarrollo se evalúa a través de pruebas estandarizadas, utilizadas en la atención primaria. El año 2011 el porcentaje de rezago infantil fue de 4,8% y el 2014 de 5,0%. En nueve regiones se visualiza un aumento del rezago el año 2014 en relación al 2011, siendo Antofagasta la región que muestra mayor variación (Gráfico 9).

**Gráfico 9. Porcentaje de rezago infantil 2011-2014**



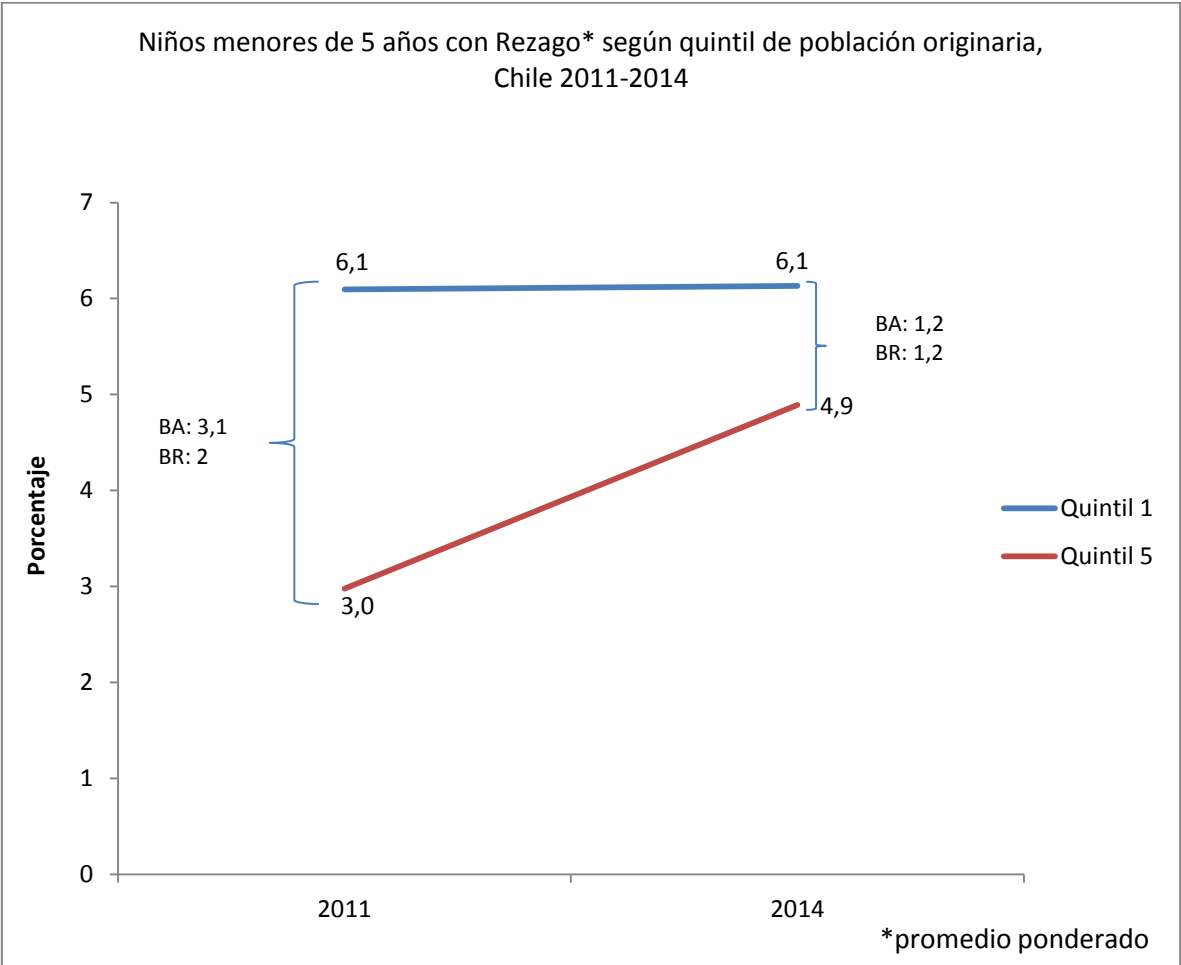


Al establecer las brechas de desigualdad (Gráfico 10) se observa 3,1 puntos porcentuales más de rezago infantil en el quintil de las regiones con mayor población de pueblos originarios en comparación con el quintil de las regiones con menor población de pueblos originarios en el 2011. Esa brecha absoluta disminuyó a 1,2 puntos porcentuales en los quintiles extremos el 2014.

En términos relativos el 2011 se observa 2 veces más rezago infantil en el quintil de las regiones con mayor población de pueblos originarios en comparación con el quintil de las regiones con menor población de pueblos originarios. Esta brecha relativa disminuyó a 1,2 veces en el 2014 en los quintiles anteriormente mencionados.

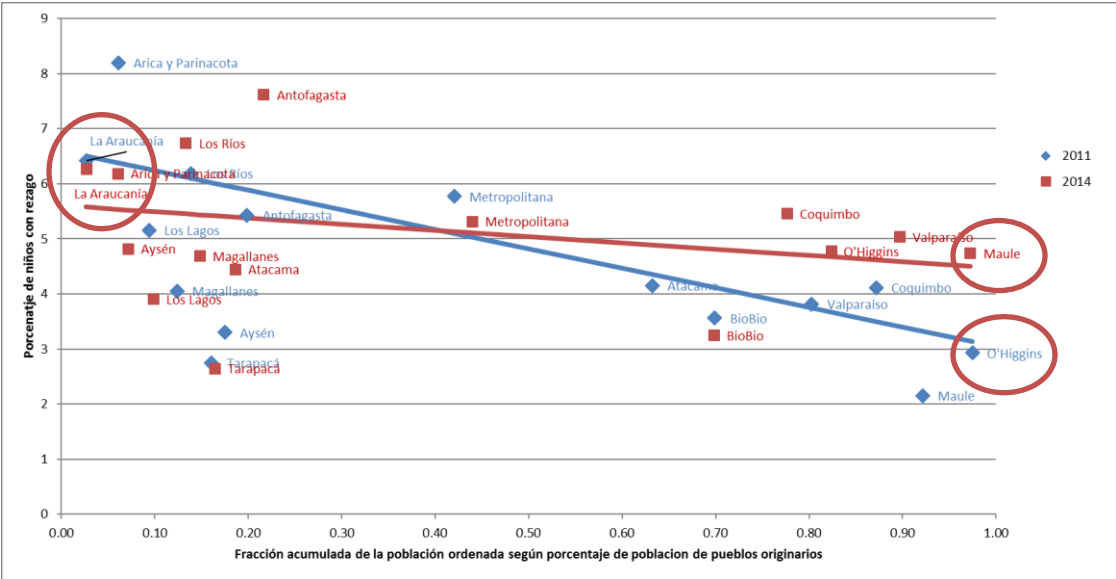
Si bien se observa una disminución de las brechas de desigualdad, esto se origina básicamente por que se presenta un aumento del rezago infantil en el quintil de las regiones con menor población rural.

**Gráfico 10. Brecha de desigualdad Rezago según pueblos originarios, 2011-2014**



Respecto de las regiones del país en el año 2011 se presentaban 4 puntos porcentual más de rezago en niños menores de 5 años en la región de La Araucanía que es la presenta mayor porcentaje de población de pueblos originarios, comparado con la región de O'Higgins (región con menor porcentaje de población de pueblos originarios en el año 2008). Esta diferencia disminuyó en el 2014, llegando a solo un punto porcentual más de rezago en niños menores de 5 años en la región de La Araucanía, comparado con la región del Maule que para el 2014 era la región con menor porcentaje de pueblos originarios (Grafico 11).

**Gráfico 11. Desigualdad absoluta en Rezago según pueblos originarios 2011-2014**

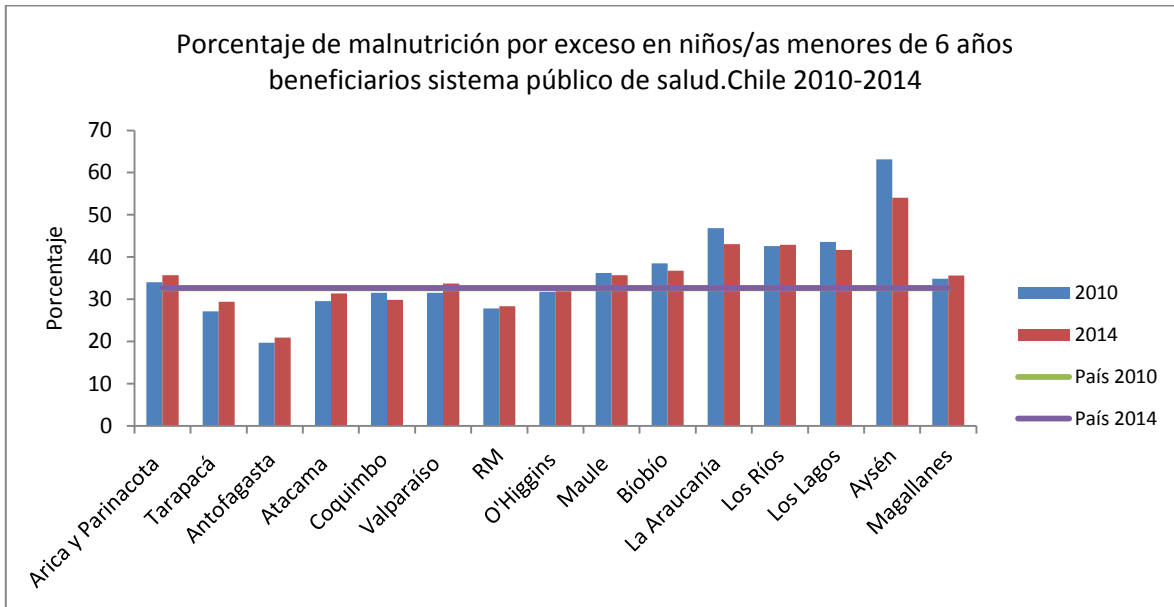


La distribución del porcentaje de rezago en las regiones del país en el año 2008, es levemente desigual con un IC de  $-0,1$ , el cual disminuyó a  $-0,02$  el 2014, es decir más cercano a la igualdad social, esto se podría explicar dado que las distribución del porcentaje de rezago en las regiones es muy similar al comparar entre ellas.

## Malnutrición por exceso

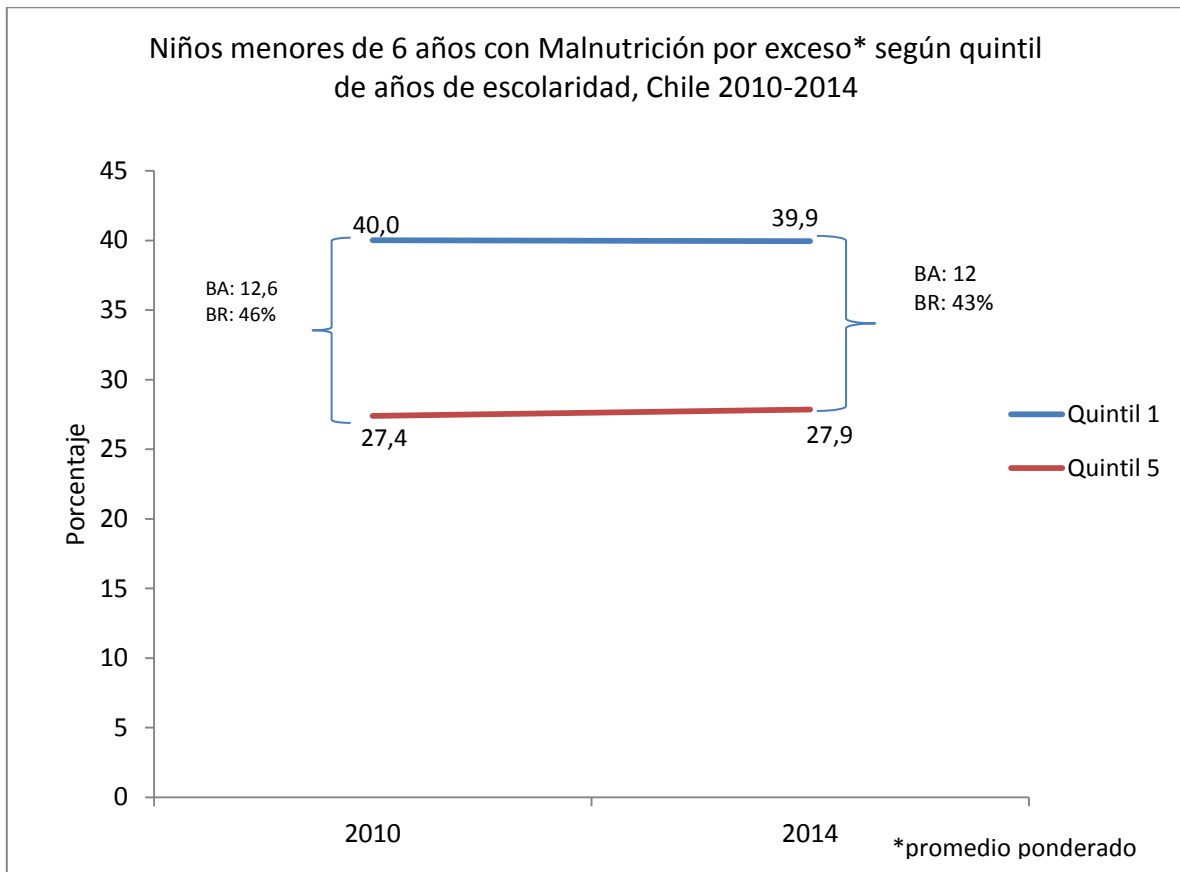
La malnutrición por exceso en niños y niñas menores de 6 años beneficiarios del sistema público de salud alcanza 32,6 % en 2010 y 32,7% en 2014, observándose que las regiones ubicadas al sur del país presentan mayores valores en los periodos analizados, siendo Aysén quien ocupa el primer lugar a nivel país (Gráfico 12).

**Gráfico 12. Porcentaje malnutrición por exceso 2010-2014**



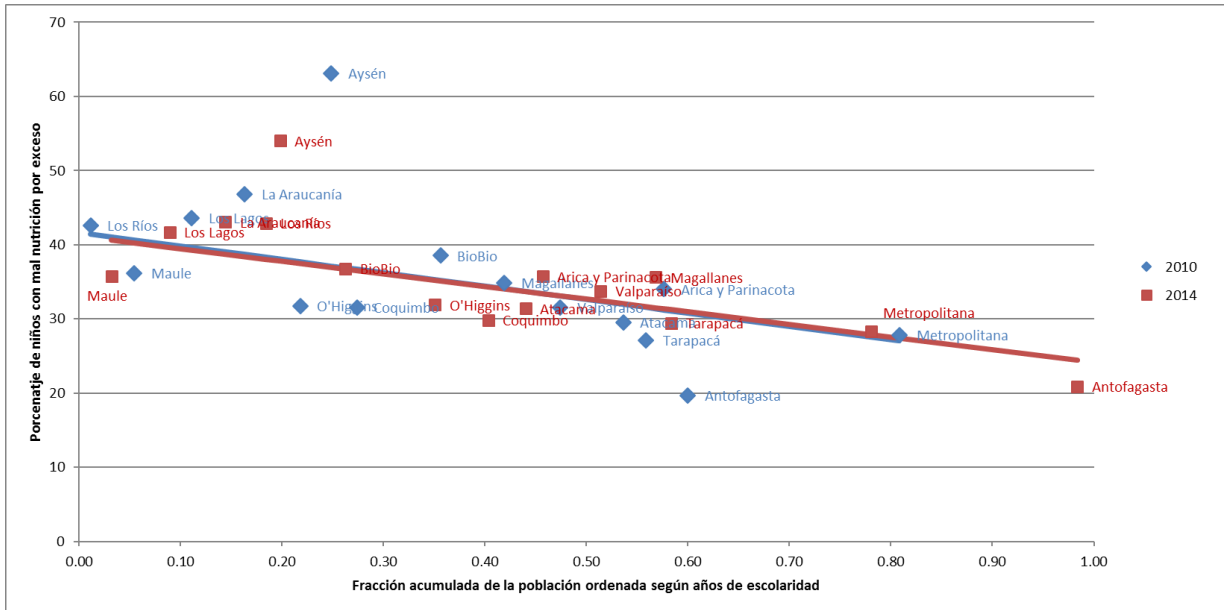
En el análisis de desigualdades de acuerdo al promedio de años de escolaridad es posible apreciar que el quintil de regiones con menor escolaridad presenta 12,6 puntos porcentuales más de malnutrición por exceso respecto al quintil con mayor escolaridad para el año 2010, esta brecha se mantiene en 12 puntos porcentuales en el año 2014. Respecto a la brecha relativa, las regiones del quintil con menor promedio de años de escolaridad presentan 46% más de malnutrición por exceso que las regiones del quintil más escolarizado en el 2010, diferencia que se mantiene en 2014 alcanzando a un 43% (Gráfico 13).

**Gráfico 13. Brecha de desigualdad malnutrición por exceso, 2010-2014**



A nivel regional para el año 2014 habían 17 puntos porcentuales más de obesidad infantil en niños menores de 6 años entre la región de menor escolaridad, que corresponde a Maule, en comparación con la región de Antofagasta (región con mayor escolaridad) (Gráfico 14).

**Gráfico 14. Desigualdad absoluta en malnutrición según escolaridad 2010–2014**



En relación a la distribución de malnutrición por exceso en las regiones del país para el año 2010 y 2014 su comportamiento ha sido similar, obteniendo valores de IC de  $-0,09$  y  $-0,08$  respectivamente, lo que acerca a la perfecta igualdad, dejando ver que todas las regiones tienen porcentajes de niños con malnutrición por exceso similares al hacer un orden por escolaridad.

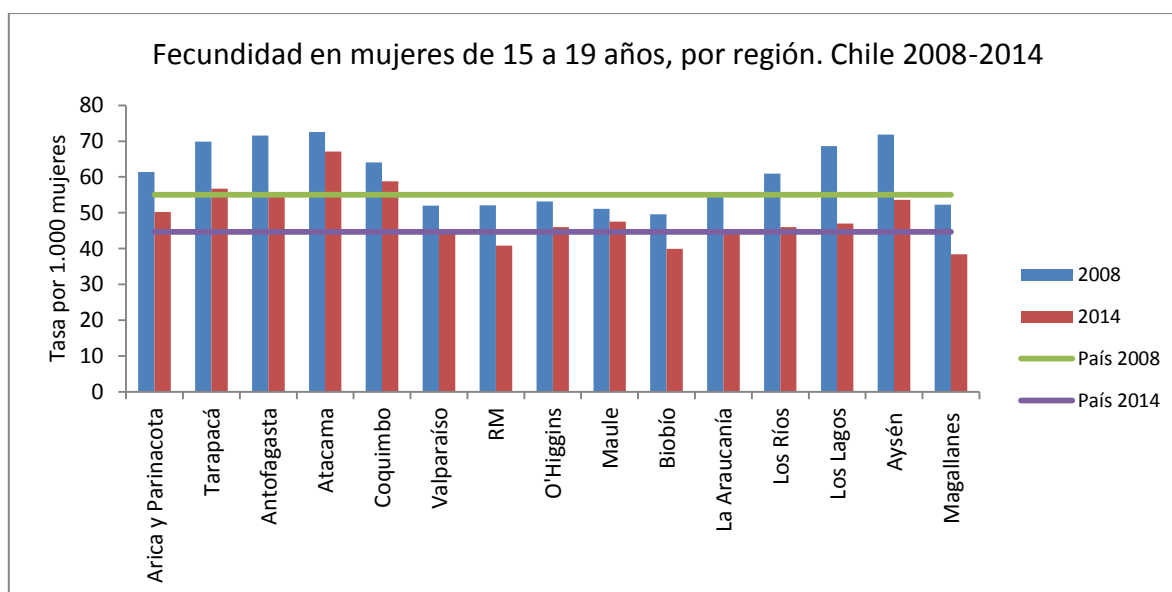
## Salud adolescente

En relación a la salud de la población adolescente, se presentan los indicadores de fecundidad adolescente, consumo de marihuana y suicidio.

### Fecundidad adolescente

La tasa de fecundidad adolescente a nivel nacional, muestra una baja entre los años 2008 y 2014, pasando de 55 nacimientos por 1.000 mujeres entre las edades de 15 y 19 años a 45 nacimientos en 2014 en mujeres del mismo grupo de edad. Esta tendencia se mantiene a nivel regional (Gráfico 15).

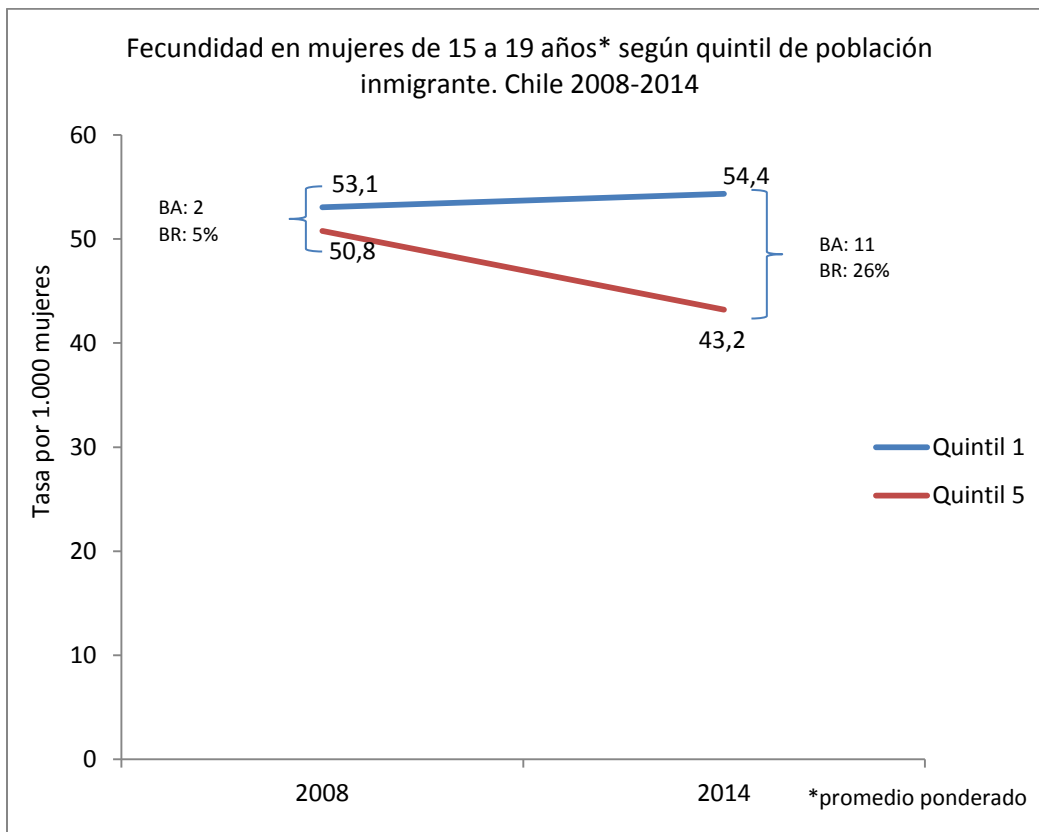
**Gráfico 15. Tasa de fecundidad adolescente, por región. 2008 y 2014**



Al analizar la tasa de fecundidad adolescente según el porcentaje de población inmigrante (Gráfico 16), se observa que la diferencia absoluta entre el quintil de regiones con la mayor proporción de población inmigrante y el quintil con la menor proporción es de 2 nacimientos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años en el año 2008 y de 11 nacimientos en el 2014.

En términos relativos, en 2008 la tasa de fecundidad adolescente en quintil de regiones con la mayor proporción de población inmigrante fue 5% más que en el quintil de regiones con la menor proporción de población inmigrante, mientras en 2014 esta diferencia aumentó a 26%.

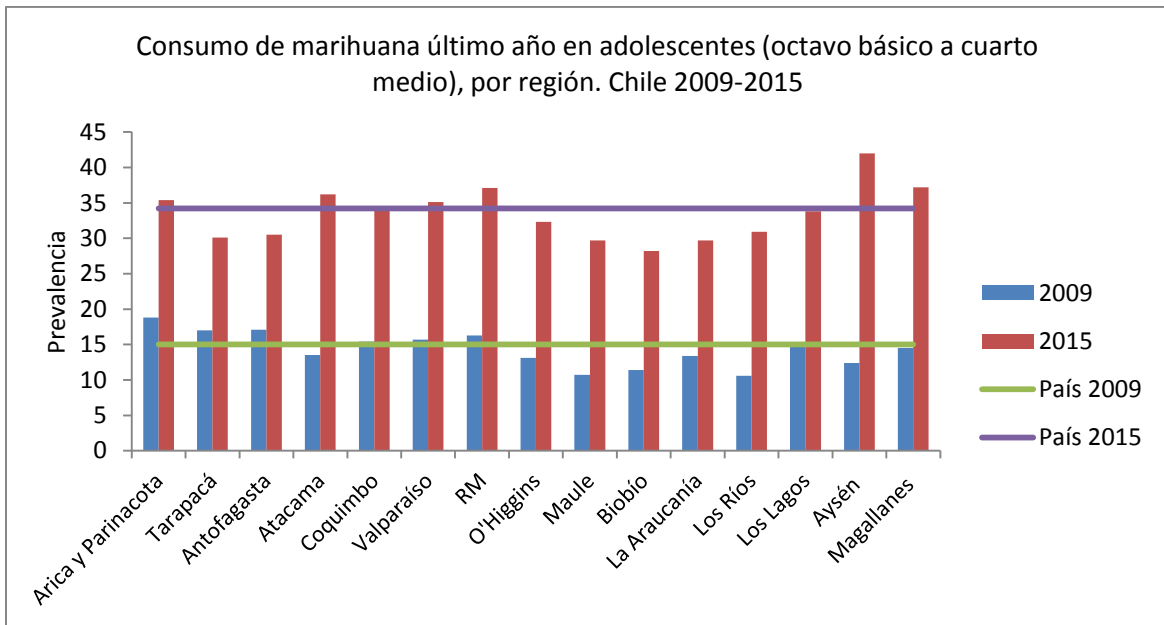
Gráfico 16. Brecha de desigualdad fecundidad adolescente según porcentaje de población migrante. 2008 y 2014



## Consumo de marihuana

Respecto al porcentaje de adolescentes que indica haber consumido marihuana el último año, en 2009 era de 15%, lo que aumentó a 34,2% en 2015. Esta tendencia se mantiene a nivel regional, lo que se ilustra en el Gráfico 17.

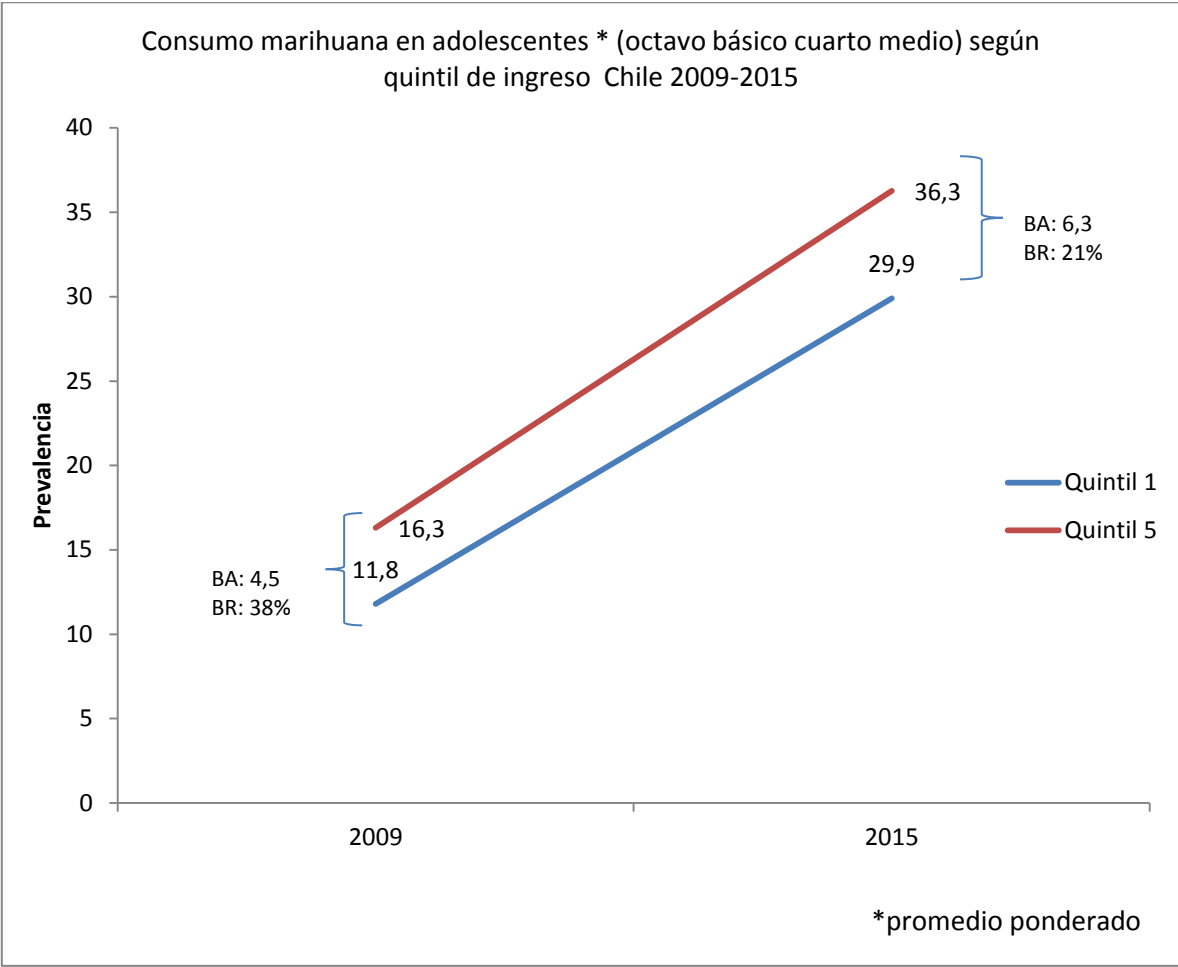
**Gráfico 17. Porcentaje de consumo de marihuana en el último año, por región. 2009-2015**



Al analizar el indicador de consumo de marihuana adolescente en el último año según ingreso promedio, se observa que en 2009 el quintil de regiones con los mayores ingresos alcanza 4,5 puntos porcentuales más que el quintil de regiones con menores ingresos. En 2015 la brecha absoluta aumentó llegando a 6,3 puntos porcentuales más de consumo en regiones del quintil con mayores ingresos. En términos relativos, en 2009 el consumo de marihuana fue 38% más en el grupo de regiones con mayores ingresos y en 2015 esta diferencia se reduce a 21% (Gráfico 18).

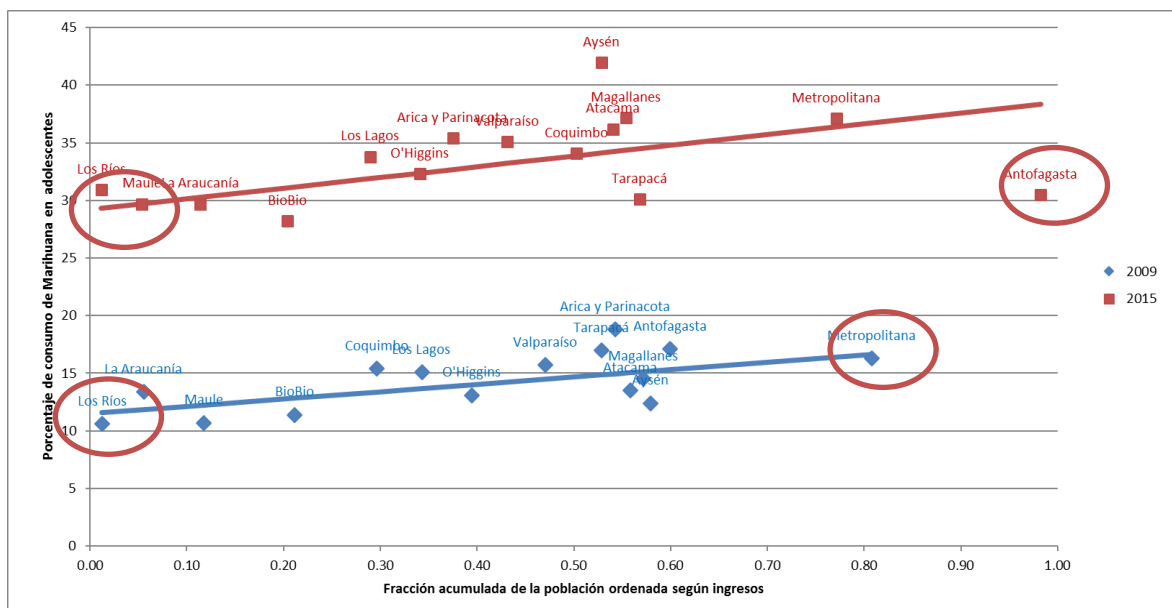


**Gráfico 18. Brecha de desigualdad Consumo de marihuana en el último año, según ingreso promedio. 2009 y 2015**



A nivel regional en el año 2009 hubieron 6 puntos porcentuales menos de consumo de marihuana en adolescentes de la región de Los Ríos (región de menor ingreso), en relación con la región Metropolitana (mayor ingreso), en el años 2015 la brecha fue de 9 puntos porcentuales menos de consumo de marihuana en adolescentes entre la región de Los Ríos (menor ingreso), respecto con la región de Antofagasta (mayores ingresos) (Gráfico 19).

**Gráfico 19. Desigualdad absoluta en consumo de marihuana en adolescentes según ingreso 2009-2015**

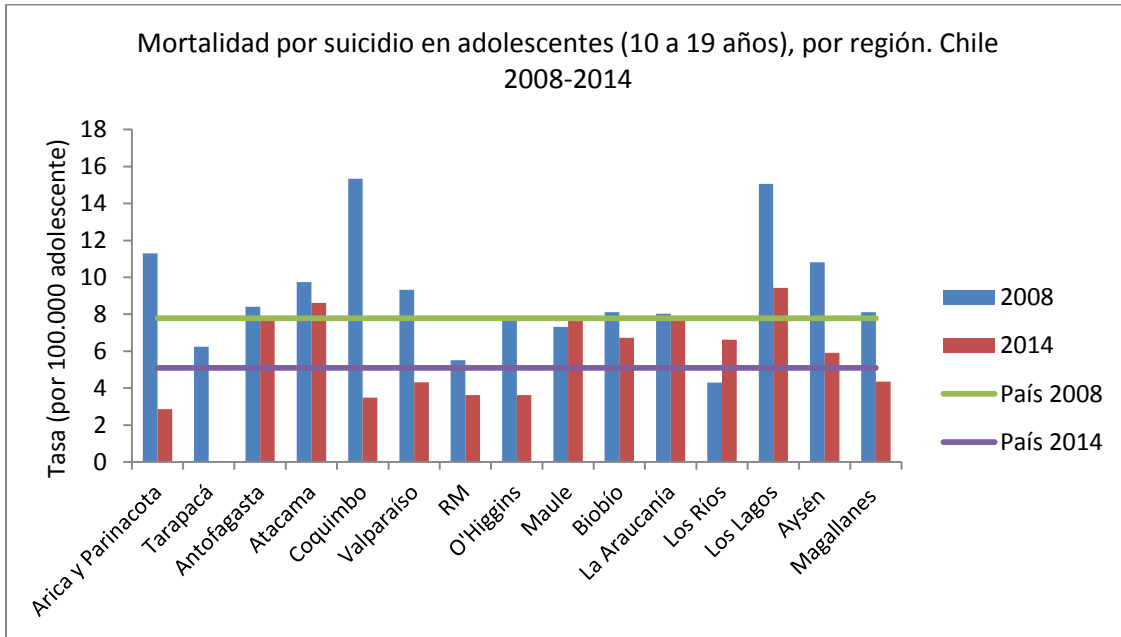


A diferencia de los indicadores anteriores, en este caso los IC de ambos años resultaron valores positivos, por lo que podemos decir que el consumo de marihuana en adolescente se concentra en las regiones con mayor ingreso, aunque esta medida aún no puede discriminar en relación a la desigual porque siguen siendo muy cercanos a cero (0,07 y 0,03 para los años 2009 y 2015 respectivamente).

### Suicidio adolescente

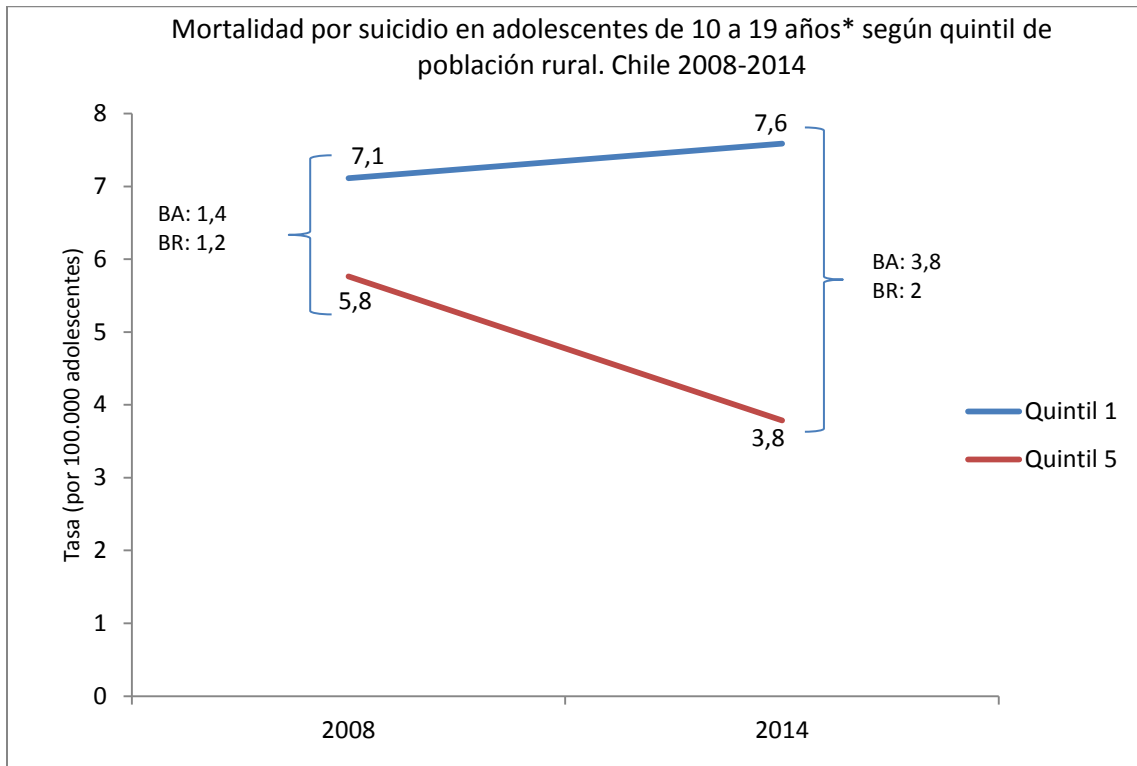
La tasa de suicidio adolescente a nivel nacional, muestra una baja entre los años 2008 y 2014, pasando de 7,8 muertes por cada 100.000 personas de 10 y 19 años a 5,1 muertes en 2014. Esta tendencia se mantiene a nivel regional, a excepción de dos regiones: Maule y Los Ríos, donde hay un aumento en la tasa (Gráfico 20).

**Gráfico 20. Tasa de suicidio adolescente, por región. 2008 y 2014**



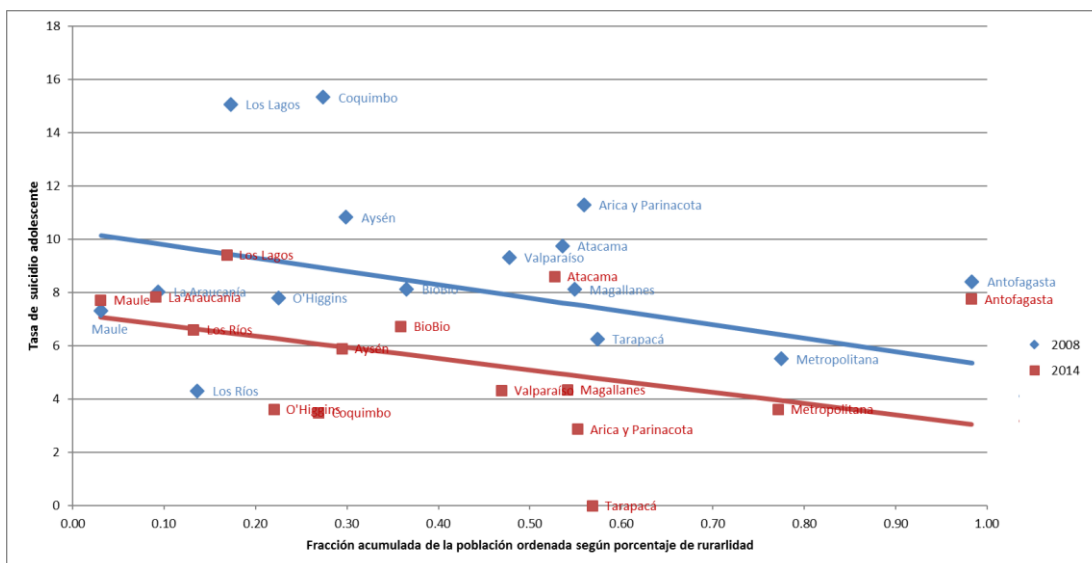
Al estudiar el comportamiento del indicador según el porcentaje de población rural, se observa 1,4 suicidios más en el quintil de regiones con mayor población rural que el quintil de regiones con menor porcentaje de población rural en 2008, mientras que en 2014 esta diferencia aumenta a 3,8 suicidios. En términos relativos el quintil de regiones con mayor porcentaje de población rural en 2008 tuvo una tasa de suicidio 1,2 veces mayor que el grupo de regiones con menor población rural, mientras que en 2014 esta diferencia aumentó 2 veces (Gráfico 21).

**Gráfico 21. Brecha de desigualdad en tasa de suicidio adolescente, según porcentaje de población rural. 2008 y 2014**



Respecto de la situación regional, en el año 2014 ocurrieron 4 suicidios más por cada 100.000 adolescentes en la región del Maule (mayor población rural), comparado con la región de Antofagasta (menor población rural) (Gráfico 22).

**Gráfico 22. Desigualdad absoluta en la tasa de suicidio adolescente, según porcentaje de población rural 2008-2014.**



En relación a la concentración de la tasa de suicidios en adolescente, para ambos años el IC presenta valores de  $-0,1$  y  $-0,2$ . Indicando para el 2014 un 15% de exceso de suicidios adolescentes en las regiones con mayor ruralidad.

## Monitoreo Desigualdades

A modo de ejemplificar, se ha empleado matriz de monitoreo (Cuadro 2) donde se observa la ubicación que toma cada uno de los indicadores de salud al ser analizado con el estratificador social de ingreso. Es decir, en este se puede apreciar si la brecha de desigualdad absoluta aumenta o disminuye y si el indicador de salud mejora o empeora, comparando los periodos analizados.

De acuerdo a esto, el consumo de marihuana en adolescentes ha presentado en los años de estudio un empeoramiento de su situación, y a su vez se ha acrecentado la desigualdad.

A diferencia por ejemplo, de la Razón de Mortalidad Materna que ha presentado mejoras en sus resultados sanitarios y a su vez ha disminuido la brecha de desigualdad absoluta entre los quintiles extremos según ingreso.

También se observa que a pesar de haber mejorado los resultados sanitarios en lo que dice relación a lactancia materna, fecundidad adolescente y suicidio adolescente, la desigualdad ha aumentado o mantenido entre las regiones pertenecientes a los quintiles extremos según el ingreso promedio.

**Cuadro 2. Matriz de monitoreo de indicadores sanitarios respecto al estratificador de ingreso promedio**

		Desigualdad Brecha absoluta	
		En disminución	En aumento o status quo
Promedio Ponderado	Mejorando	RMM	Lactancia exclusiva 6 meses Fecundidad adolescentes de 15 a 19 años Suicidio adolescente
	Empeorando o status quo	Rezago Infantil Malnutrición en exceso	Consumo marihuana (último año) adolescentes

Ahora bien, si observamos (Cuadro 3) cómo se comporta los mismos indicadores en relación al estratificador social de población inmigrante, la Razón de mortalidad materna se mantiene en promedio en la categoría de mejora en los años analizados, sin embargo presenta un aumento en la desigualdad absoluta al observarla según el indicador social seleccionado.

Respecto a la malnutrición por exceso también se observa un aumento de la desigualdad entre las regiones con mayor población inmigrante y las con menor.

**Cuadro 3. Matriz de monitoreo de indicadores sanitarios respecto al estratificador de población inmigrante**

		Desigualdad Brecha absoluta	
		En disminución	En aumento o status quo
Promedio Ponderado	Mejorando	Suicidio adolescente	RMM Lactancia exclusiva 6 meses Fecundidad adolescentes de 15 a 19 años
	Empeorando o status quo	Rezago Infantil Consumo marihuana adolescentes (último año)	Malnutrición en exceso

## 6. RECOMENDACIONES PARA LA MEDICIÓN Y MONITOREO DE DESIGUALDADES

Chile ha tenido grandes avances sanitarios en las últimas décadas, reflejando sus prioridades en Planes Nacionales donde se establecen objetivos y metas específicas según áreas temáticas.

Disminuir las desigualdades ha sido un objetivo central en estos planes, debiendo ser transversal en las distintas áreas establecidas, tanto en las metas que se puedan generar de modo específico así como también que las intervenciones respondan a avanzar hacia ese logro.

Es esta transversalización del enfoque la que se ha observado deficiente, haciéndose imprescindible reforzarlo en el próximo plan nacional de salud, y también a través de esfuerzos de mediciones de desigualdades como lo expuesto en este trabajo, con el propósito de identificar cuáles y como las determinantes sociales están incidiendo en mayores diferencias del estado de salud de la población, de modo de generar las acciones necesarias en grupos más desfavorecidos y expuestos al daño en salud.

En esta línea la medición y monitoreo de las desigualdades en salud materna, infantil y adolescente pretende apoyar a los tomadores de decisiones con información que permita alcanzar a los grupos más desfavorables.

Esta iniciativa, apoyada por la OPS, representa un avance importante a nivel nacional para generar mediciones y establecer un monitoreo sistemático en distintos ámbitos de salud. Para lo cual se recomienda:

- Fortalecer las capacidades de los equipos de estadísticas y epidemiología en medidas de desigualdades.
- Avanzar en la medición a nivel regional, de modo de conocer cómo se evidencian las desigualdades en las comunas.
- Potenciar en los equipos a cargo de los programas la utilización de esta información.
- Incorporar en el Plan Nacional de Salud 2021-2030 metas asociadas a la reducción de desigualdades con indicadores acordes.
- Avanzar en la institucionalización de sistemas de información de salud que den cuenta en forma oportuna y dinámica de las desigualdades sociales en salud.
- Fortalecer el vínculo con instituciones gubernamentales a cargo de proveer información social.



El conjunto de estas acciones contribuirá en gran medida a generar información que permita guiar y/o apoyar la toma de decisiones en la definición de intervenciones y políticas públicas, que impacten de manera positiva en la mejora sostenible de la salud de la población, especialmente en aquellos que se encuentran en una situación de vulnerabilidad.

## 7. REFERENCIAS

APR-LAC (2015). Preguntas frecuentes en la medición y monitoreo de las desigualdades en salud.

CEPAL, UNFPA, (2017). Reproducción en la adolescencia en Chile: la desigualdad continúa y urgen políticas activas. Naciones Unidas. Serie Población y Desarrollo.

González R. (2010). Salud Materno-Infantil en las Américas. Rev Chil Obstet Ginecol 2010; 75 (6): 411-21

González R. (2014). Chile, un buen lugar donde nacer: morbimortalidad materna e infantil a nivel global y nacional. Rev Med Clin Condes 2014; 25 (6): 874-878

Ministerio de Salud (2006). Medición y Monitoreo de las Desigualdades Intercomunales en Salud.

Ministerio de Salud (2014). Base de datos de defunciones y nacimientos 2014. Departamento de Estadísticas e Información en Salud.

Ministerio de Salud (2016). Plan Nacional de salud para los Objetivos Sanitarios al 2020.

Organización Mundial de la Salud (2009). Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2015). Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas

Organización Mundial de la Salud (2016). Reducción de la mortalidad en la niñez. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>

Organización Panamericana de la Salud (2016a). Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos. Washington, D.C, Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud (2016b). Salud Infantil. Disponible en: [http://www.paho.org/chi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=70:salud-infantil&Itemid=215](http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=70:salud-infantil&Itemid=215)

Solar & Irwin (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health, Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice).

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

World Health Organization (2007). Maternal mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.

## **Anexos**

## Anexo 1. Listados de Indicadores sanitarios y sociales seleccionados

### Listado Indicadores de salud

Indicadores	Numerador	Fuente Numerador	Denominador	Fuente Denominador	Expansión	Años calculados	Vinculado	observaciones
Razón mortalidad materna	Número de muertes maternas	Base de defunciones DEIS	Número de nacidos vivos corregidos	Anuario estadísticas vitales DEIS	por 100.000 NV	2008-2014	ODS	
Mortalidad perinatal	Número de defunciones fetales y muertes neonatales precoces	Base de defunciones fetales DEIS Base de defunciones DEIS	Total de nacimientos	Base de defunciones fetales DEIS Reporte Nacidos Vivos Corregidos DEIS	por 1000 nacidos totales	2008-2014	Estrategia Nacional de Salud	se consideraron las muertes fetales desde las 22 semanas de gestación
Tasa de mortalidad infantil	Número de defunciones de menores de 1 año	Base de defunciones DEIS	Número de nacidos vivos	Base de nacimientos DEIS	por 1.000 NV	2008-2014	OPS	
Porcentaje de niños (as) menores de 5 años con rezago	Número de niños(as) menores de 5 años con rezago según primera evaluación del Desarrollo Sicomotor	REM A03	Número de niños(as) menores de 5 años con primera evaluación del DSM	REM A03	por 100	2011-2014	Estrategia Nacional de Salud	Información disponible desde el REM a partir del 2011
Porcentaje de lactancia materna exclusiva al sexto mes de vida	Número de niños controlados con lactancia exclusiva al 6º mes	REM A03	Número de niños controlados al 6º mes	REM A03	por 100	2008-2015	Estrategia Nacional de Salud	
Prevalencia de la malnutrición por exceso en menores de 6 años	Número de niños menores de 6 años en control, con diagnóstico nutricional sobrepeso u obeso	REM P2	Número de niños menores de 6 años beneficiarios FONASA	FONASA	por 100	2010-2014	Estrategia Nacional de Salud	
Razón de mortalidad de niños menores de 5 años	Número de defunciones en menores de 5 años	Base de defunciones DEIS	Número de nacidos vivos corregidos	Anuario estadísticas vitales DEIS	por 1.000 NV	2008-2014	ODS	
Tasa de mortalidad neonatal	Número de muertes neonatales	Base de defunciones DEIS	Número de nacidos vivos corregidos	Anuario estadísticas vitales DEIS	por 1.000 NV	2008-2014	ODS	defunciones neonatales corresponden a los menores de 28 días

Prevalencia de Consumo de Drogas Ilícitas (marihuana) último año en población escolar	Número de población escolar consume drogas (marihuana) último año	Estudio Nacional de Drogas SENDA	Número de población escolar	Estudio Nacional de Drogas SENDA	por 100	2009-2015	Estrategia Nacional de Salud	Octavo y Décimo estudio Nacional de Drogas en Población Escolar. Años 2009 y 2015.
Mortalidad por suicidio* en población de 10 a 19 años	Número de defunciones producidas por lesiones autoinflingidas	Base de defunciones DEIS	Población entre 10 a 19 años	Proyección población INE actualizada 2014	por 100.000 habitantes entre 10 a 19 años	2008-2014	Estrategia Nacional de Salud	CIE 10: X60-X84
Tasa de Embarazo Adolescente	Número de nacidos vivos de mujeres entre 10 y 19 años	Base de nacimientos DEIS	Número de mujeres entre 10 y 19 años	Proyección población INE actualizada 2014	por 1.000 mujeres entre 10 a 19 años	2008-2014	Estrategia Nacional de Salud	
Tasa de mortalidad general en adolescentes de 10 a 19 años	Número de defunciones de 10 a 19 años	Base de defunciones DEIS	Población entre 10 a 19 años	Proyección población INE actualizada 2014	por 100.000 habitantes entre 10 a 19 años	2008-2014	OPS	
Tasa de Mortalidad por lesiones de tránsito en población de 10 a 19 años.	Número de defunciones por accidentes de tránsito	Base de defunciones DEIS	Población entre 10 a 19 años	Proyección población INE actualizada 2014	por 100.000 habitantes entre 10 a 19 años	2008-2014	OPS	CIE 10: V19-V79; V86-V89

## Indicadores sociales

Constructo	Indicador	Fuente
<b>Lugar de residencia</b>	Porcentaje de población que habita en zonas rurales (INE)	Proyecciones población INE actualizadas 2014
	Porcentaje de la población inmigrante	Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.
<b>Etnicidad</b>	Porcentaje de población originaria (CASEN)	CASEN 2009-2013
<b>Educación</b>	Promedio años de escolaridad (CASEN)	CASEN 2009-2013
<b>Ingreso</b>	Ingreso promedio autónomo	CASEN 2009-2013

Anexo 2. Brecha de desigualdades absoluta y relativa, según ámbito de salud y estratificadores sociales.

BRECHA ABSOLUTA Salud Materna							
Estratificadores	Año	Razón mortalidad materna		Mortalidad perinatal		Porcentaje de lactancia materna exclusiva al sexto mes de vida	
Ingreso (CASEN)	2009	9,05	IC 95% (-7,09;25,19)	1,98	IC 95% (0,76;3,2)	1,64	IC 95% (0,7;2,58)
	2014	2,98	IC 95% (-9,16;15,11)	1,68	IC 95% (0,52;2,84)	5,1	IC 95% (4,17;5,86)
Promedio años de escolaridad (CASEN)	2009	-5,14	IC 95% (-21,01;10,73)	0,71	IC 95% (-0,5;1,92)	-3,14	IC 95% (-4,1;-2,18)
	2014	-1,57	IC 95% (-12,3;9,16)	1,90	IC 95% (0,81;2,99)	3,32	IC 95% (2,54;4,11)
% de la pob inmigrante	2009	6,39	IC 95% (-6,31;19,08)	-1,02	IC 95% (-2,03;-0,01)	-1,87	IC 95% (-2,65;-1,1)
	2014	8,93	IC 95% (-13,54;31,39)	-1,21	IC 95% (-2,78;0,36)	-6,10	IC 95% (-7,31;-4,89)
% de población originaria (CASEN)	2009	11,30	IC 95% (-12,25;34,84)	-0,04	IC 95% (-1,59;1,51)	4,91	IC 95% (3,82;6,01)
	2014	-16,61	IC 95% (-42,18;8,96)	1,81	IC 95% (0,18;3,44)	9,75	IC 95% (8,65;10,85)
Porcentaje de población que habita en zonas rurales (INE)	2009	9,52	IC 95% (-6,37;25,41)	1,99	IC 95% (0,78;3,21)	1,80	IC 95% (0,87;2,73)
	2014	2,98	IC 95% (-9,16;15,11)	1,68	IC 95% (0,52;2,84)	5,30	IC 95% (4,46;6,14)

BRECHA RELATIVA Salud Materna							
Estratificadores	Año	Razón mortalidad materna		Mortalidad perinatal		Porcentaje de lactancia materna exclusiva al sexto mes de vida	
Ingreso (CASEN)	2009	1,60	IC 95% (0,69;3,71)	1,21	IC 95% (1,08;1,36)	1,03	IC 95% (1,01;1,05)
	2014	1,32	IC 95% (0,42;4,17)	1,19	IC 95% (1,06;1,34)	1,10	IC 95% (1,08;1,11)
Promedio años de escolaridad (CASEN)	2009	0,71	IC 95% (0,24;2,07)	1,07	IC 95% (0,95;1,21)	0,94	IC 95% (0,92;0,96)
	2014	0,83	IC 95% (0,23;2,99)	1,22	IC 95% (1,09;1,36)	1,08	IC 95% (1,06;1,1)
% de la pob inmigrante	2009	1,58	IC 95% (0,63;3,98)	0,90	IC 95% (0,82;1,)	0,96	IC 95% (0,95;0,98)
	2014	1,54	IC 95% (0,52;4,6)	0,88	IC 95% (0,74;1,04)	0,87	IC 95% (0,85;0,9)
% de población originaria (CASEN)	2009	1,60	IC 95% (0,59;4,32)	1,00	IC 95% (0,86;1,15)	1,10	IC 95% (1,08;1,12)
	2014	0,39	IC 95% (0,09;1,74)	1,20	IC 95% (1,02;1,41)	1,22	IC 95% (1,19;1,25)
Porcentaje de población que habita en zonas rurales (INE)	2009	1,65	IC 95% (0,71;3,83)	1,21	IC 95% (1,08;1,36)	1,04	IC 95% (1,02;1,06)
	2014	1,32	IC 95% (0,42;4,17)	1,19	IC 95% (1,06;1,34)	1,12	IC 95% (1,1;1,14)

**BRECHA ABSOLUTA Salud Infantil**

Estratificadores	Año	Tasa de mortalidad infantil		Porcentaje de niños (as) menores de 5 años con rezago		Prevalencia de la malnutrición por exceso en menores de 6 años		Razón de mortalidad de niños menores de 5 años		Tasa de mortalidad neonatal	
			IC 95%		IC 95%		IC 95%		IC 95%		IC 95%
Ingreso (CASEN)	2009	1,67	IC 95% (0,6;2,74)	-1,14	IC 95% (-1,26;-1,01)	13,78	IC 95% (13,5;14,06)	1,96	IC 95% (0,81;3,11)	1,26	IC 95% (0,36;2,15)
	2014	1,20	IC 95% (0,16;2,24)	0,31	IC 95% (0,19;0,44)	11,93	IC 95% (11,66;12,2)	1,79	IC 95% (0,68;2,9)	1,40	IC 95% (0,51;2,29)
Promedio años de escolaridad (CASEN)	2009	1,41	IC 95% (0,34;2,48)	-1,80	IC 95% (-1,93;-1,68)	12,63	IC 95% (12,34;12,91)	1,73	IC 95% (0,59;2,88)	0,91	IC 95% (0,02;1,8)
	2014	1,41	IC 95% (0,43;2,39)	-0,37	IC 95% (-0,49;-0,26)	12,09	IC 95% (11,83;12,34)	1,88	IC 95% (0,83;2,92)	1,45	IC 95% (0,61;2,28)
% de la pob inmigrante	2009	-1,18	IC 95% (-2,07;-0,29)	2,64	IC 95% (2,54;2,74)	-8,32	IC 95% (-8,56;-8,09)	-1,57	IC 95% (-2,52;-0,61)	-0,86	IC 95% (-1,61;-0,11)
	2014	-0,44	IC 95% (-1,84;0,96)	1,87	IC 95% (1,72;2,02)	-8,95	IC 95% (-9,35;-8,55)	-0,27	IC 95% (-1,79;1,25)	-0,45	IC 95% (-1,65;0,75)
% de población originaria (CASEN)	2009	0,36	IC 95% (-1,03;1,74)	3,12	IC 95% (2,98;3,26)	10,58	IC 95% (10,21;10,94)	0,29	IC 95% (-1,2;1,77)	0,07	IC 95% (-1,09;1,23)
	2014	0,77	IC 95% (-0,67;2,21)	1,24	IC 95% (1,07;1,41)	8,77	IC 95% (8,38;9,16)	1,33	IC 95% (-0,22;2,89)	1,48	IC 95% (0,23;2,73)
Porcentaje de población que habita en zonas rurales (INE)	2009	1,61	IC 95% (0,54;2,68)	-1,03	IC 95% (-1,16;-0,91)	14,20	IC 95% (13,92;14,48)	1,92	IC 95% (0,77;3,06)	1,20	IC 95% (0,3;2,09)
	2014	1,20	IC 95% (0,16;2,24)	0,31	IC 95% (0,19;0,44)	11,93	IC 95% (11,66;12,2)	1,79	IC 95% (0,68;2,9)	1,40	IC 95% (0,51;2,29)

**BRECHA RELATIVA Salud Infantil**

Estratificadores	Año	Tasa de mortalidad infantil		Porcentaje de niños (as) menores de 5 años con rezago		Prevalencia de la malnutrición por exceso en menores de 6 años		Razón de mortalidad de niños menores de 5 años		Tasa de mortalidad neonatal	
			IC 95%		IC 95%		IC 95%		IC 95%		IC 95%
Ingreso (CASEN)	2009	1,23	IC 95% (1,08;1,4)	0,80	IC 95% (0,78;0,82)	1,50	IC 95% (1,49;1,51)	1,23	IC 95% (1,09;1,4)	1,25	IC 95% (1,06;1,46)
	2014	1,17	IC 95% (1,02;1,34)	1,06	IC 95% (1,03;1,08)	1,43	IC 95% (1,42;1,44)	1,22	IC 95% (1,08;1,39)	1,28	IC 95% (1,09;1,49)
Promedio años de escolaridad (CASEN)	2009	1,20	IC 95% (1,04;1,37)	0,69	IC 95% (0,67;0,71)	1,46	IC 95% (1,45;1,47)	1,21	IC 95% (1,07;1,37)	1,18	IC 95% (1,1;1,39)
	2014	1,20	IC 95% (1,06;1,36)	0,93	IC 95% (0,91;0,95)	1,43	IC 95% (1,42;1,44)	1,23	IC 95% (1,1;1,39)	1,29	IC 95% (1,11;1,49)
% de la pob inmigrante (Extranjería)	2009	0,86	IC 95% (0,77;0,96)	1,86	IC 95% (1,82;1,91)	0,77	IC 95% (0,77;0,78)	0,84	IC 95% (0,76;0,94)	0,85	IC 95% (0,75;0,98)
	2014	0,94	IC 95% (0,78;1,14)	1,47	IC 95% (1,42;1,52)	0,75	IC 95% (0,74;0,76)	0,97	IC 95% (0,81;1,15)	0,92	IC 95% (0,73;1,15)
% de población originaria (CASEN)	2009	1,04	IC 95% (0,88;1,23)	2,05	IC 95% (1,98;2,12)	1,32	IC 95% (1,3;1,33)	1,03	IC 95% (0,88;1,2)	1,01	IC 95% (0,83;1,23)
	2014	1,11	IC 95% (0,92;1,34)	1,25	IC 95% (1,22;1,29)	1,26	IC 95% (1,25;1,27)	1,16	IC 95% (0,98;1,38)	1,29	IC 95% (1,04;1,59)
Porcentaje de población que habita en zonas rurales (INE)	2009	1,22	IC 95% (1,07;1,39)	0,82	IC 95% (0,8;0,84)	1,52	IC 95% (1,51;1,53)	1,23	IC 95% (1,09;1,39)	1,23	IC 95% (1,05;1,44)
	2014	1,17	IC 95% (1,02;1,34)	1,06	IC 95% (1,03;1,08)	1,43	IC 95% (1,42;1,44)	1,22	IC 95% (1,08;1,39)	1,28	IC 95% (1,09;1,49)



**BRECHA ABSOLUTA Salud Adolescentes**

<b>Estratificadores</b>	<b>Año</b>	<b>Prevalencia de Consumo de Drogas Ilícitas (marihuana) último año en población escolar</b>		<b>Mortalidad por suicidio en población de 10 a 19 años</b>		<b>Tasa de Embarazo Adolescente</b>		<b>Tasa de mortalidad general en adolescentes de 10 a 19 años</b>		<b>Tasa de Mortalidad por lesiones de tránsito en población de 10 a 19 años.</b>	
<b>Ingreso (CASEN)</b>	2009	-4,50	IC 95% (-4,63;-4,38)	1,29	IC 95% (-1,46;4,04)	0,56	IC 95% (-1,01;2,12)	6,85	IC 95% (0,38;13,32)	1,81	IC 95% (-0,38;3,99)
	2014	-6,37	IC 95% (-6,55;-6,19)	3,80	IC 95% (1,25;6,35)	3,86	IC 95% (2,37;5,35)	4,40	IC 95% (-1,89;10,68)	0,51	IC 95% (-1,38;2,4)
<b>Promedio años de escolaridad (CASEN)</b>	2009	-4,16	IC 95% (-4,29;-4,03)	3,66	IC 95% (0,68;6,64)	5,23	IC 95% (3,59;6,86)	11,81	IC 95% (5,05;18,57)	0,35	IC 95% (-1,82;2,53)
	2014	-5,36	IC 95% (-5,53;-5,19)	4,47	IC 95% (1,99;6,95)	4,08	IC 95% (2,67;5,49)	5,92	IC 95% (-0,05;11,89)	0,97	IC 95% (-0,85;2,8)
<b>% de la pob inmigrante</b>	2009	4,80	IC 95% (4,7;4,91)	-2,13	IC 95% (-4,53;0,27)	2,29	IC 95% (0,98;3,59)	-4,55	IC 95% (-10,08;0,99)	-0,77	IC 95% (-2,63;1,08)
	2014	1,85	IC 95% (1,6;2,09)	-1,70	IC 95% (-5,78;2,39)	11,12	IC 95% (8,91;13,34)	5,91	IC 95% (-3,79;15,6)	2,41	IC 95% (-1,35;6,17)
<b>% de población originaria (CASEN)</b>	2009	1,83	IC 95% (1,68;1,99)	1,50	IC 95% (-2,97;5,98)	5,80	IC 95% (3,76;7,84)	5,24	IC 95% (-3,91;14,39)	0,56	IC 95% (-2,22;3,34)
	2014	-1,15	IC 95% (-1,39;-0,91)	1,72	IC 95% (-2,07;5,51)	0,90	IC 95% (-1,2;3,)	7,44	IC 95% (-1,45;16,32)	0,13	IC 95% (-2,79;3,05)
<b>Porcentaje de población que habita en zonas rurales (INE)</b>	2009	-4,59	IC 95% (-4,72;-4,46)	1,35	IC 95% (-1,38;4,08)	0,24	IC 95% (-1,33;1,8)	6,89	IC 95% (0,45;13,33)	1,40	IC 95% (-0,86;3,66)
	2014	-6,37	IC 95% (-6,55;-6,19)	3,80	IC 95% (1,25;6,35)	3,86	IC 95% (2,37;5,35)	4,40	IC 95% (-1,89;10,68)	0,51	IC 95% (-1,38;2,4)

**BRECHA RELATIVA Salud Adolescentes**

<b>Estratificadores</b>	<b>Año</b>	<b>Prevalencia de Consumo de Drogas Ilícitas (marihuana) último año en población escolar</b>		<b>Mortalidad por suicidio en población de 10 a 19 años</b>		<b>Tasa de Fecundidad Adolescente</b>		<b>Tasa de mortalidad general en adolescentes de 10 a 19 años</b>		<b>Tasa de Mortalidad por lesiones de tránsito en población de 10 a 19 años.</b>	
<b>Ingreso (CASEN)</b>	2009	0,72	IC 95% (0,72;0,73)	1,22	IC 95% (0,8;1,87)	1,01	IC 95% (0,98;1,04)	1,21	IC 95% (1,01;1,45)	1,53	IC 95% (0,91;2,57)
	2014	0,82	IC 95% (0,82;0,83)	2,00	IC 95% (1,24;3,22)	1,09	IC 95% (1,05;1,13)	1,16	IC 95% (0,94;1,43)	1,21	IC 95% (0,6;2,43)
<b>Promedio años de escolaridad (CASEN)</b>	2009	0,75	IC 95% (0,74;0,75)	1,62	IC 95% (1,09;2,41)	1,10	IC 95% (1,07;1,13)	1,37	IC 95% (1,14;1,64)	1,10	IC 95% (0,61;1,98)
	2014	0,85	IC 95% (0,85;0,86)	2,18	IC 95% (1,4;3,39)	1,10	IC 95% (1,06;1,13)	1,21	IC 95% (1,;1,48)	1,39	IC 95% (0,75;2,61)
<b>% de la pob inmigrante</b>	2009	1,41	IC 95% (1,4;1,43)	0,73	IC 95% (0,51;1,04)	1,05	IC 95% (1,02;1,07)	0,88	IC 95% (0,75;1,03)	0,82	IC 95% (0,51;1,31)
	2014	1,06	IC 95% (1,05;1,07)	0,73	IC 95% (0,34;1,56)	1,26	IC 95% (1,2;1,32)	1,19	IC 95% (0,9;1,57)	1,54	IC 95% (0,78;3,04)
<b>% de población originaria (CASEN)</b>	2009	1,14	IC 95% (1,13;1,16)	1,16	IC 95% (0,75;1,78)	1,10	IC 95% (1,07;1,14)	1,13	IC 95% (0,91;1,39)	1,15	IC 95% (0,57;2,3)
	2014	0,96	IC 95% (0,96;0,97)	1,34	IC 95% (0,7;2,54)	1,02	IC 95% (0,97;1,07)	1,26	IC 95% (0,96;1,66)	1,04	IC 95% (0,43;2,49)
<b>Porcentaje de población que habita en zonas rurales (INE)</b>	2009	0,72	IC 95% (0,71;0,73)	1,23	IC 95% (0,81;1,89)	1,00	IC 95% (0,98;1,03)	1,21	IC 95% (1,01;1,46)	1,37	IC 95% (0,82;2,27)
	2014	0,82	IC 95% (0,82;0,83)	2,00	IC 95% (1,24;3,22)	1,09	IC 95% (1,05;1,13)	1,16	IC 95% (0,94;1,43)	1,21	IC 95% (0,6;2,43)