



Subsecretaría de Salud Pública
División de Planificación Sanitaria

Monitoreo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con Salud en Chile

Subsecretaría de Salud Pública
División de Planificación Sanitaria
Departamento de Estrategia Nacional de Salud
estrategia.salud@minsal.cl

Contenido

Introducción	3
Antecedentes	4
Objetivo General	6
Objetivos Específicos	6
Metodología	7
Resultados	8
SALUD MATERNO INFANTIL	8
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.....	13
ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES Y FACTORES DE RIESGO	20
LESIONES Y VIOLENCIA	31
COBERTURA SANITARIA Y SISTEMAS DE SALUD	33
RIESGOS MEDIOAMBIENTALES.....	38
INDICADORES DE SALUD PRESENTES EN OTROS ODS	41
Recomendaciones	45
Conclusiones	45
Referencias.....	46

Introducción

La agenda 2030 nos propone la titánica pero maravillosa tarea de transformar nuestro mundo en uno más sostenible, donde las personas, la prosperidad y el medio ambiente estén en armonía; donde seamos capaces de establecer los cambios necesarios para construir una sociedad más inclusiva, solidaria y comprometida con las generaciones futuras.

En este contexto se han planteado 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), donde se ha formulado uno específico para salud (ODS3), sin ser excluyente la participación de salud en el resto de los objetivos planteados. El ODS 3, cuyo objetivo es "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades", posee 13 metas relacionadas a: salud reproductiva, materna, neonatal e infantil; enfermedades transmisibles y no transmisibles, incluyendo la salud mental; otros riesgos, como los accidentes y envenenamientos; los sistemas de salud y el financiamiento. Cabe señalar que de igual manera las metas de los demás Objetivos también impactan directa o indirectamente en los resultados de salud, debido al enfoque integral, universal, indivisible y no jerarquizable que tiene el abordaje de los ODS (1).

Este informe de Monitoreo, busca aportar al compromiso asumido por Chile en el año de 2015, con la adopción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Asimismo, otorga una primera mirada del estado en el cual se encuentra nuestro país en pos de avanzar al logro de los objetivos y metas que guiarán hasta el 2030 nuestro accionar.

Para poder avanzar en acciones concretas que contribuyan al logro de los objetivos se hace esencial conocer la situación en la cual nos encontramos, por este motivo se presenta a continuación, por líneas de acción, los principales resultados relacionados a los indicadores y metas propuestas.

Antecedentes

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) representan un compromiso global entre los 193 Estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), acordado en la Cumbre para el Desarrollo Sostenible realizada en septiembre de 2015. Son 17 Objetivos interrelacionados con 169 metas, que son abordadas de manera integral, universal, indivisible y sin jerarquización. En la Cumbre para el Desarrollo Sostenible, Chile se suscribió a la implementación de los ODS y a su plan de acción llamado Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible a través de una alianza de colaboración (2).

Para la implementación de la Agenda 2030, en Chile, fue creado el "Consejo Nacional para la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible" a través del Decreto Nº 49 de 2016 del Ministerio de Relaciones Exteriores, con funciones relacionadas a la institucionalidad de su seguimiento, cuyos miembros son los Ministerios de Relaciones Exteriores, Economía, Fomento y Turismo, del Medio Ambiente y de Desarrollo Social, siendo este último su Secretaría Técnica, con la función de coordinar el Plan de Trabajo a ser ejecutado. Este Plan incluye la implementación y difusión de la Agenda 2030, y la elaboración de un diagnóstico inicial del país frente a los ODS. Además, recibe la asesoría técnica del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) para realizar la revisión y estimación de los indicadores para el monitoreo de los ODS (3).

Entre los años 2016 y 2017, el Consejo ha avanzado en el proceso de apropiación nacional de la Agenda 2030, haciendo su difusión y trabajando en la recopilación de informaciones para un diagnóstico nacional de los ODS, que cuenta con la participación de los sectores público, privado, sociedad civil y con el apoyo del Sistema de Naciones Unidas (3). Asimismo, para reunir los distintos sectores de la sociedad y avanzar en la intersectorialidad de las acciones para el cumplimiento de la Agenda 2030, se organizó una Red Gubernamental ODS que es formada por los 23 ministerios, así como también se han implementado Comisiones y Grupos de Trabajo, con el apoyo del Sistema de Naciones Unidas (1).

Además, se han realizados seminarios, talleres de difusión y diálogos a nivel nacional y regional para la construcción del diagnóstico inicial, convocados por el Gobierno y por la sociedad civil de modo de promover la participación de los distintos sectores. La participación en este proceso ha sido abierta y se han buscado distintas estrategias de modo de involucrar a pueblos originarios, niños/as, adolescentes, mujeres, personas con discapacidad, inmigrantes, etc. En la discusión, también han participado los Consejos de la Sociedad Civil vinculados a distintos ministerios, el Consejo de Responsabilidad Social para el Desarrollo Sostenible, el Consejo Consultivo de Género que se vinculan al Ministerio Economía, Fomento y Turismo, así como el Consejo Nacional Indígena que está vinculado a la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (3).

Como ejemplo de esas iniciativas de trabajo, de difusión y diálogos, se pueden citar algunos eventos realizados con la participación de los distintos actores de la sociedad (3):

- El encuentro "Diálogos para un Chile Sostenible", realizado en junio de 2016, con participación de organismos privados, no gubernamentales, representantes de la sociedad civil, academia y Sistema de Naciones Unidas, a fin de reflexionar sobre la Agenda 2030 y los ODS;
- Seminario de difusión "La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenibles: Desafíos para Chile", realizado en junio de 2016, junto a la Comisión Económica para América Latina (CEPAL);
- En noviembre de 2016 se realizó el Seminario Internacional "Agenda 2030 y desafíos para la información geoespacial y estadística" por el Ministerio de Bienes Nacionales y el "Remando Juntos: Cooperación pública-privada para un desarrollo sostenible" por el Ministerio de Desarrollo Social;
- El Ministerio de Economía, Fomento y Turismo organizó actividad en junio de 2017 de reconocimiento a todas las Cooperativas del país por su aporte a la economía local y al mercado de trabajo;

- El Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género, en el periodo de junio a agosto de 2017, ha realizado encuentros con la sociedad civil en el marco del proceso de elaboración del Plan Nacional de Igualdad entre hombres y mujeres 2018-2030, acción donde se ha incorporado la Agenda 2030;
- Los “Talleres de difusión y diálogo regional: Agenda 2030 y Objetivos de Desarrollo Sostenible y Desafíos Regionales” realizados en el periodo de mayo a agosto de 2017 en las regiones de Bío-Bío, Tarapacá, Valparaíso, Antofagasta, Aysén y Metropolitana, donde se abordó los temas de los ODS y se buscó instancias de coordinación autónomas para el desarrollo de acciones para el logro de los Objetivos;
- En julio de 2017, se presentó el Informe Nacional Voluntario en la instancia del Foro Político de Alto Nivel sobre el Desarrollo Sostenible, y en septiembre de 2017 el Informe Diagnóstico Inicial del Gobierno de Chile en la 72^o período de sesiones de la Asamblea General;
- Junto al Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) se han desarrollado grupos focales para escuchar las voces de poblaciones vulnerables que generalmente quedan afuera del proceso de toma de decisiones sobre el desarrollo del país, como son las personas en situación de calle, mujeres en situación de vulnerabilidad, personas con discapacidad, pueblos originarios, etc.;
- Jornada “Yo Opino es mi derecho”, realizada en 2017 a nivel nacional en conjunto con el Consejo Nacional de la Infancia, Ministerios de Educación y Desarrollo Social, con la asistencia técnica de PNUD y Unicef, donde participaron más de 650.000 niños/as y adolescentes de 4 a 17 años de edad, en el proceso de difusión y diálogo sobre los ODS de forma que ellos pudieron deliberar sobre sus prioridades y proponer acciones;
- Internacionalmente, Chile ha reafirmado su compromiso a través de la cooperación en los foros multilaterales, regionales, bilaterales, etc., a fin de abordar los desafíos globales, incluyendo la Agenda 2030.

De estos ejemplos, se rescatan los esfuerzos en realizar acciones que involucre el compromiso compartido entre Estado, sociedad civil y agentes económicos en un marco de desarrollo sostenible e inclusivo, con promoción y protección a los derechos humanos dentro y fuera del país. Desde la experiencia lograda hasta el momento con respecto a los procesos de difusión y diálogo, el Gobierno ha propuesto cuatro ejes para la implementación de la Agenda 2030. Estos Ejes se proponen desarrollar la integralidad de las estrategias y acciones para el logro de los ODS y considerar la participación ciudadana como un elemento transversal. Estos ejes son: 1) Alcanzar un desarrollo económico y social sostenible e inclusivo, 2) disminuir la pobreza y la desigualdad, 3) enfrentar el cambio climático, y 4) fortalecer las instituciones para la democracia (3).

Con respecto al ODS 3 que trata de temas específicos sobre la salud y bienestar, a nivel país, se pueden observar algunos avances como son los logros en salud materna e infantil y al acceso a servicios básicos de protección social. Se pueden citar algunos ejemplos (3):

- La implementación de la Ley N° 19.966 que establece el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (“Plan AUGE”), actuando en los 3 niveles de atención, basado en el principio de universalidad y garantías en salud pública para la población, en 2004.
- La creación del Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo y la implementación de Programas de Apoyo al Aprendizaje Integral que ha atendido a más de 56.500 niños/as, ambos en 2009.
- La Ley N° 20.850 que entrega un Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo (“Ley Ricarte Soto”), en 2015.
- La promulgación de la Ley N° 20.606 y N° 20.869 sobre la composición nutricional de los alimentos y su publicidad (“Ley de etiquetado de alimentos”), en 2015, que ha impactado de forma positiva en los hábitos de consumo de la población chilena.

- El Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil que ha atendido a 18.600 niños/as en 2017.

No obstante, lo anterior, falta investigar la realidad del ODS 3 a nivel intra país, acerca de cuanto se ha podido avanzar a nivel regional y los desafíos pendientes.

Hacer un seguimiento periódico de los ODS se relaciona al compromiso asumido por los países miembros de realizar mediciones para el monitoreo de la Agenda 2030 por medio de estrategias nacionales para la recopilación de datos que involucre los distintos sectores de la sociedad, contando también con la ayuda internacional para la capacitación necesaria (4).

La medición fue propuesta a través de un marco global de 230 indicadores estandarizados, propuestos por el Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los ODS, designado por la Comisión de Estadística de la ONU, para monitorear los ODS y sus respectivas metas, lo que permitirá identificar experiencias exitosas y destinar recursos para temas prioritarios. Además, los países miembros también pueden complementar estos indicadores estandarizados con indicadores nacionales adicionales, dado que existen ciertos indicadores globales que no cuentan con datos disponibles en algunos países. En Chile, este proceso ha permitido recolectar información a nivel local, regional y nacional para la realización del monitoreo, dado que la Agenda 2030 ha sido tratada como referencia para las políticas públicas nacionales (5).

Por lo tanto, este informe presenta datos con respecto a los indicadores propuestos por el ODS 3, a nivel nacional y regional, además de incluir indicadores de otros ODS que se relacionan con la salud. Ello, permitirá identificar la situación dentro del país, sus avances, desafíos y, desde ahí, proponer recomendaciones que puedan promover acciones para el logro del ODS 3: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades".

Objetivo General

Monitorear la situación de salud del país a nivel regional en el marco de las metas e indicadores vinculadas al Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.

Objetivos Específicos

- Describir los resultados cuantitativos relacionados a los indicadores que evalúan las metas vinculadas al ODS 3 por Región.
- Aportar con información que pueda estimular y promover acciones para el logro del ODS 3 a nivel regional.

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo y de tipo transversal, en el cual se utilizaron distintas fuentes de datos del Ministerio de Salud (MINSAL) y de algunos organismos públicos externos.

Para proceder al cálculo y/o recolección de los datos se emplearon las fichas técnicas de los indicadores (disponible en el siguiente <http://unstats.un.org/sdgs/metadata/>). Se revisó la fórmula de cálculo, con objeto de establecer la factibilidad de su medición, considerando la disponibilidad de la información. En este sentido se pudo describir la situación de cerca de 19 indicadores del ODS 3, además de existir algunos indicadores asociados a otros ODS que se relacionan con salud.

En los casos de aquellos indicadores donde se emplearon tasas ajustadas, estas fueron realizadas a través de método directo por sexo y grupos de edad quinquenal empleando como referencia a población censo 2002.

Resultados

ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades

SALUD MATERNO INFANTIL

3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos

3.1.1 Índice de mortalidad materna

La tasa de mortalidad materna en Chile ha presentado un descenso sostenido en los últimos años, llegando a 13,5 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos al año 2014. Por regiones se observa que al 2014 la región con la mayor tasa es la del Libertador Bernardo O'Higgins (40,2 por 100.000 NV), seguida por la Región de los Ríos y Valparaíso, todas muy por sobre la tasa nacional. Aquellas regiones que reportaron tasas menores en comparación a años anteriores fueron Coquimbo, Metropolitana, Maule y Los Lagos. Las regiones de Magallanes, Aysén y Atacama reportaron una tasa de 0 muertes maternas al año 2014 (Tabla 1).

Las cifras nacionales obtenidas al 2014 son menores a la meta ODS de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

Tabla 1. Razón de Mortalidad Materna* por región. Chile 2008-2014.

Región	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total país	16,5	19,7	17,9	16,1	17,2	15,6	13,5
De Arica y Parinacota	87,7	56,2	54,2	54,6	28,1	28,4	28,1
De Tarapacá	0,0	34,8	17,6	34,4	17,4	17,2	17,1
De Antofagasta	10,2	19,9	29,8	10,0	10,1	20,2	29,3
De Atacama	20,7	0,0	0,0	19,5	41,1	0,0	0,0
De Coquimbo	28,5	9,2	17,8	17,8	53,5	26,3	8,6
De Valparaíso	12,9	21,0	16,8	0,0	16,9	21,5	33,0
Metropolitana de Santiago	15,9	21,4	16,8	17,8	15,1	9,1	6,8
Del Libertador B. O'Higgins	23,6	7,8	15,7	8,1	24,7	24,7	40,2
Del Maule	7,1	14,1	14,2	21,9	14,9	21,8	6,9
Del Biobío	7,2	17,6	7,1	7,1	7,5	11,4	10,8
De La Araucanía	36,7	29,4	37,4	14,9	7,7	15,5	7,4
De Los Ríos	37,5	18,6	54,9	38,3	0,0	20,6	39,5
De Los Lagos	7,8	15,2	8,0	16,7	26,5	35,6	8,7
De Aysén del Gral. C. Ibáñez del Campo	0,0	0,0	60,6	129,4	64,7	69,1	0,0
De Magallanes y de La Antártica Chilena	0,0	45,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente DEIS-MINSAL.

Tasa por 100.000 Nacidos vivos (NV).

*Razón mortalidad materna calculada en base a defunciones maternas ocurridas hasta 42 días posteriores al parto.

3.1.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado

A nivel nacional existe una alta proporción de recién nacidos vivos con atención profesional del parto, alcanzando un 99,75% el año 2014. La región de Tarapacá es la única con un porcentaje por debajo del 99%. Por otra parte, más de la mitad de las regiones presentan coberturas por sobre el valor país al año 2014 (Tabla 2).

Tabla 2. Porcentaje de nacidos vivos con atención profesional del parto, por región residencia de la madre. Chile 2008-2014.

Región Residencia de la Madre	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total país	99,84	99,80	99,84	99,84	99,83	99,82	99,75
De Arica y Parinacota	99,70	99,52	99,53	99,56	99,63	99,69	99,66
De Tarapacá	98,66	98,82	98,99	99,03	99,11	98,73	98,29
De Antofagasta	99,88	99,84	99,82	99,85	99,88	99,83	99,84
De Atacama	99,92	99,92	99,90	99,84	99,88	99,86	99,76
De Coquimbo	99,82	99,77	99,84	99,79	99,76	99,77	99,62
De Valparaíso	99,90	99,84	99,83	99,84	99,78	99,78	99,67
Metropolitana de Santiago	99,90	99,87	99,90	99,92	99,90	99,91	99,84
Del Libertador B. O'Higgins	99,86	99,84	99,84	99,89	99,88	99,75	99,81
Del Maule	99,86	99,84	99,90	99,85	99,86	99,85	99,85
Del Biobío	99,80	99,76	99,83	99,78	99,81	99,82	99,77
De La Araucanía	99,80	99,73	99,78	99,85	99,81	99,80	99,73
De Los Ríos	99,85	99,70	99,83	99,85	99,79	99,69	99,64
De Los Lagos	99,80	99,83	99,87	99,87	99,86	99,77	99,85
De Aisén del Gral. C. Ibáñez del Campo	99,83	99,88	99,94	99,87	99,81	99,86	99,61
De Magallanes y de La Antártica Chilena	99,73	99,50	99,60	99,76	99,91	99,80	99,71

Fuente: DEIS-MINSAL.

Calculo en base a NV inscritos.

3.2 De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos

3.2.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años

Respecto a la Tasa de Mortalidad de niños menores de 5 años, el 2014 ésta correspondía a 8,4 por 1.000 nacidos vivos. Las regiones con menores tasas son las de Valparaíso, Metropolitana, Bio y Bio y Arica y Parinacota. Tanto a nivel país como regiones, las tasas son menores a la establecida como meta ODS (Tabla 3).

Tabla 3. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años, por región. Chile 2008-2014.

Región	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total país	9,1	9,1	8,7	8,8	8,6	8,1	8,4
De Arica y Parinacota	7,3	9,0	7,3	9,3	12,1	11,4	8,2
De Tarapacá	10,4	9,9	7,2	8,9	7,7	6,9	8,4
De Antofagasta	9,5	10,2	9,6	7,8	10,2	7,9	8,8
De Atacama	12,4	12,6	9,3	10,7	9,7	9,7	8,7
De Coquimbo	8,9	8,4	7,8	8,9	10,2	9,0	8,5
De Valparaíso	8,3	9,7	8,8	8,5	8,9	7,8	6,9
Metropolitana de Santiago	8,2	8,1	8,2	8,5	8,2	7,7	7,9
Del Libertador B. O'Higgins	9,3	8,5	8,5	8,6	9,0	6,8	9,1
Del Maule	10,2	9,4	10,8	8,8	7,7	7,7	9,8
Del Biobío	9,9	10,3	9,1	8,5	8,4	9,2	8,2
De La Araucanía	10,5	10,5	10,5	9,9	8,5	8,0	10,0
De Los Ríos	10,3	8,4	7,9	10,1	8,8	9,9	9,5
De Los Lagos	9,7	10,5	8,3	9,8	9,9	9,8	10,0
De Aisén del Gral. C. Ibáñez del Campo	11,9	13,0	6,1	9,1	9,7	6,9	9,7
De Magallanes y de La Antártica Chilena	10,1	7,2	10,7	11,7	7,6	8,3	8,0

Fuente: DEIS-MINSAL.

Tasa por 1.000 NV.

3.2.2 Tasa de mortalidad neonatal

Respecto a la mortalidad neonatal, esta fue de 5,2 por 1.000 NV el año 2014, cifra menor a la meta ODS de 12 por cada 1.000 NV. Al desagregar por regiones se observa que aquellas por sobre la tasa nacional son las Regiones de Tarapacá, Antofagasta, O` Higgins, Maule, La Araucanía, Aysén y Magallanes. La menor tasa de mortalidad se registra en Atacama con un 3,2 por 1.000 nacidos vivos (Tabla 4).

Tabla 4. Tasa de mortalidad neonatal, por región de residencia de la madre. Chile 2008-2014.

Región	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total país	5,5	5,4	5,1	5,4	5,4	5,2	5,2
De Arica y Parinacota	4,1	5,1	4,3	6,0	6,5	6,5	4,2
De Tarapacá	7,1	6,4	4,4	5,2	5,0	4,0	5,3
De Antofagasta	5,6	5,6	6,0	4,7	5,5	4,6	5,3
De Atacama	7,0	8,4	6,7	6,0	6,0	6,6	3,2
De Coquimbo	5,5	4,7	3,7	5,4	6,2	6,1	5,0
De Valparaíso	5,2	5,8	5,0	4,6	5,3	5,0	4,2
Metropolitana de Santiago	5,0	5,0	5,1	5,6	5,1	5,0	5,0
Del Libertador B. O'Higgins	5,9	5,5	4,9	5,5	5,3	4,6	5,8
Del Maule	6,0	4,8	6,1	5,8	4,8	4,9	6,2
Del Biobío	5,9	5,7	5,2	5,4	5,9	5,7	5,1
De La Araucanía	6,6	5,8	6,0	5,5	5,1	5,4	7,2
De Los Ríos	6,6	3,7	3,5	6,1	5,5	5,4	4,9
De Los Lagos	5,6	5,9	4,2	5,5	6,5	5,4	5,9
De Aysén del Gral. C. Ibáñez del Campo	7,4	7,1	3,6	5,2	5,2	4,1	7,1
De Magallanes y de La Antártica Chilena	5,7	4,1	5,3	4,2	5,7	4,9	7,1

Fuente: DEIS-MINSAL.

Tasa por 1.000 NV.

Con respecto a la tasa de mortalidad neonatal según área urbana-rural, se observan diferencias entre las tasas; en el área urbana se reportaron 5,1 muertes por mil nacidos vivos y el área rural 6,8 por mil nacidos vivos el 2014. Mientras en el área urbana podemos observar una tendencia a la disminución de las tasas, en el área rural ocurre lo contrario, observándose una tasa de 5,6 en el 2008 para aumentar a 6,8 en el 2014 (Tabla 5).

Tabla 5. Tasa de mortalidad neonatal, según área urbano-rural. Chile 2008-2014.

Año	Urbano	Rural
2008	5,5	5,6
2009	5,3	6,3
2010	5,0	6,3
2011	5,3	6,8
2012	5,4	4,9
2013	5,2	4,7
2014	5,1	6,8

Fuente: Bases de estadísticas vitales. DEIS-MINSAL.
Tasa por 1.000 NV.

De acuerdo a la Tabla 6, al analizar mortalidad neonatal según edad de la madre, podemos observar que las menores de 15 años presentaron las tasas más altas en la mayoría de los años, especialmente el 2009 y el 2014, con 12,1 y 14,1 por 1.000 nacidos vivos. Por otra parte, las tasas más bajas se registran en las mujeres entre 20 y 34 años.

Respecto a la mortalidad neonatal según años de estudio de la madre, esta es de 6,8 por 1.000 nacidos vivos en madres con menos de 8 años de estudio, a diferencia de una tasa de 4,3 por 1.000 nacidos vivos en el grupo de madres con 13 y más años de estudio en el año 2014. Esta diferencia se mantiene en todos los años reportados desde el 2008 al 2014 (Tabla 7).

Ambos hallazgos muestran la vulnerabilidad de los grupos analizados, sobre los cuales se hace necesario centrar estrategias de intervención en Salud.

Tabla 6. Tasa de mortalidad neonatal, según edad de la madre, por región. Chile 2008-2014.

Año	Menor de 15 años	15 a 19 años	20 a 34 años	35 y más años	Ignorado (defunciones)
2008	3,9	6,8	4,9	7,2	0
2009	12,1	6,0	4,7	7,4	3
2010	7,3	5,4	4,5	7,2	2
2011	8,7	6,0	4,9	6,9	4
2012	3,4	6,2	4,8	7,1	1
2013	7,8	5,5	4,7	7,0	0
2014	14,1	5,6	4,7	6,9	1

Fuente: Bases de estadísticas vitales. DEIS-MINSAL.
Tasa por 1.000 NV.

Tabla 7. Tasa de mortalidad neonatal, según años de estudio de la madre, por región.
Chile 2008-2014.

Año	<8 años estudio	9 a 12 años estudio	13 y más años estudio	Ignorado (defunciones)
2008	6,7	5,9	3,8	6
2009	6,6	5,4	4,7	3
2010	6,1	5,1	4,5	12
2011	6,6	5,9	4,1	1
2012	6,0	5,4	4,8	15
2013	5,5	5,6	4,4	0
2014	6,8	5,5	4,3	9

Fuente: Bases de estadísticas vitales. DEIS-MINSAL.
Tasa por 1.000 NV.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

3.3 De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles

Virus de inmunodeficiencia humana/ SIDA

3.3.1 Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, edad y sectores clave de la población

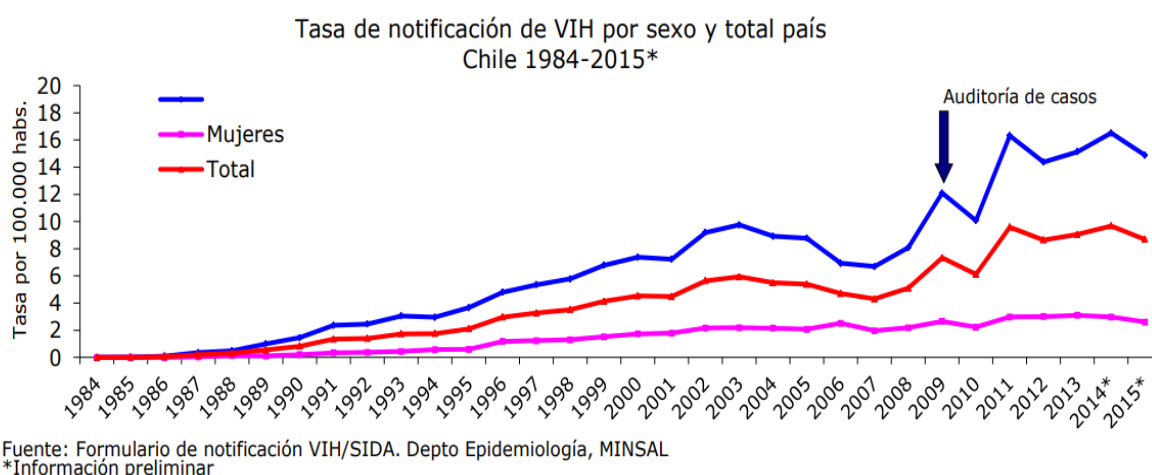
Situación Epidemiológica

La tasa de notificación de VIH para el 2015 alcanzó la cifra de 8,7 por cada 100.000 habitantes, con diferencias por sexo; 14,9 en hombres y 2,6 en mujeres. Asimismo, existen diferencias entre grupos de edad, registrándose tasas más altas en la población de 20 a 29 años (25,8); de 30 a 39 (14,7) y de 40 a 49 (8,4) (Gráfico 1, Tabla 8).

Desde el año 1984 hasta el 2015, la tasa de notificación presentó tendencia al aumento. El año 2011 se presentó la mayor tasa de notificación del periodo para SIDA con un 6,0 por cien mil habitantes y VIH con un 9,6 por cien mil habitantes, permaneciendo estables las incidencias en ambas etapas. Tanto en etapa SIDA como VIH el número de casos en hombres supera ampliamente al de mujeres; la razón hombre: mujer fue de 5,7 en etapa SIDA y de 5 en etapa VIH (Gráfico 1).

La principal vía de transmisión fue la sexual, representando un 99% en el quinquenio 2011-2015, siendo la principal práctica de riesgo declarada la relación sexual de hombres con otros hombres, concentrando el 63% de los casos en este mismo quinquenio. Del total de casos de VIH/SIDA notificados en Chile entre 2011 y 2015, el 62% se notificó en etapa VIH mientras que el 38% fue notificado en etapa SIDA (6).

Gráfico 1. Tasa de Notificación de VIH por sexo y total país Chile 1984-2015.



De las tasas de notificación por VIH, distribuido por grupo de edad, podemos observar una disminución en los niños menores de 14 años. Considerando el bajo número de casos, podemos comparar en números absolutos que el año 2011 hubo 17 casos y el año 2014, sólo 3 casos. Esto da cuenta del éxito de la política sanitaria para eliminar la transmisión vertical como problema de Salud Pública. El grupo etario que presenta un mayor ascenso en las tasas de VIH, es el grupo de 20-29 años en el año 2014, siendo un aumento de 738 casos en 2011 a 830 casos en 2014, cifras que representan un incremento de un 9% entre el 2011 y 2015. En el resto de los grupos no hay grandes variaciones de las tasas de VIH en este quinquenio, más bien son tasas oscilantes a excepción del grupo de menores de 14 años. Un análisis más completo podría considerar, la evaluación de las tasas por trienios de los último veinte años (Tabla 8).

Tabla 8. Tasa de notificación de VIH según grupos de edad y clasificación Chile 2001-2015.

Grupo edad	2011		2012		2013		2014		2015	
	Nº	Tasa*	Nº	Tasa*	Nº	Tasa*	Nº	Tasa*	Nº	Tasa*
0-4	8	0,7	2	0,2	5	0,4	2	0,2	4	0,3
5-9	4	0,3	2	0,2	1	0,1	0	-	2	0,2
10-14	5	0,4	-	-	1	0,1	1	0,1	1	0,1
15-19	84	5,9	81	5,8	94	6,9	83	6,2	80	6,0
20-29	738	25,8	691	23,8	783	26,7	830	28,1	763	25,8
30-39	458	18,5	418	16,8	380	15,1	462	18,1	383	14,7
40-49	240	9,6	207	8,3	213	8,5	221	8,8	210	8,4
50-59	86	4,3	85	4,1	89	4,2	88	4,0	89	3,9
60 y más años	31	1,3	21	0,9	30	1,2	37	1,4	31	1,2
Total	1654	9,6	1507	8,6	1596	9,1	1724	9,7	1563	8,7

Fuente: Formulario caso VIH/SIDA, Depto. Epidemiología. MINSAL.

*Tasa por cien mil habitantes.

Vigilancia

La notificación de caso de VIH/SIDA (DS N° 158), es obligatoria, universal y de periodicidad diaria (desde los establecimientos de salud, a la Autoridad Sanitaria Regional). Además, el VIH se considera como agente sujeto a vigilancia de laboratorio (artículo 9, DS.158), debiendo enviar la muestra adjuntando el formulario ad-hoc, de acuerdo a la normativa vigente (DS N° 371), donde toda muestra reactiva debe ser enviada al Instituto de Salud Pública para confirmación.

Dinámica Espacial

La Epidemia del VIH tiene un riesgo poblacional diferenciado por territorio. Las regiones que concentran las mayores tasas de VIH/SIDA en los últimos 5 años son las del extremo norte y centro del país, siendo éstas, Arica y Parinacota, Tarapacá y la Región Metropolitana. El año 2014 y 2015 hubo un aumento de la tasa en la región de Magallanes, doblando la tasa de años anteriores. Las regiones de O'Higgins y Maule presentan las menores tasas a nivel nacional (Tabla 9).

El año 2015, en las regiones de Los Ríos, Arica y Parinacota y Los Lagos ocurrieron los mayores aumentos porcentuales en relación al año 2014. Es importante señalar que, desde fines del año 2011, la región de Arica y Parinacota, tiene una estrategia de búsqueda activa, a través de un centro comunitario, que pesquiza más del 20% de los casos de la región, siendo el 87% de éstos en etapa VIH. Por su parte las regiones de Bío Bío, Atacama y Valparaíso presentaron las mayores disminuciones porcentuales en sus tasas en relación al año anterior (Tabla 9).

Tabla 9. Tasa de notificación de VIH-SIDA, según región de residencia, año 2011-2015.

Región	2011		2012		2013		2014		2015	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Arica y Parinacota	51	22,9	77	33,9	55	23,8	69	29,4	107	44,7
Tarapacá	63	20,6	57	18,2	62	19,3	69	21,0	66	19,6
Antofagasta	87	14,9	79	13,3	112	18,5	63	10,3	63	10,1
Atacama	33	11,2	45	15,0	38	12,5	46	14,9	27	8,6
Coquimbo	81	11,2	110	15,0	106	14,2	123	16,2	108	14,0
Valparaíso	242	13,8	233	13,1	225	12,6	225	12,4	257	14,1
Metropolitana	1445	20,7	1188	16,8	1237	17,3	1469	20,3	1205	16,5
O'Higgins	53	6,0	53	5,9	66	7,3	86	9,4	83	9,0
Maule	71	7,0	72	7,1	118	11,5	85	8,2	77	7,4
Bio Bio	209	10,1	204	9,8	200	9,6	204	9,7	248	11,7
La Araucanía	155	16,1	139	14,3	171	17,5	152	15,5	79	8,0
Los Ríos	28	7,1	46	11,6	30	7,5	11	2,7	41	10,1
Los Lagos	129	15,8	118	14,4	122	14,7	88	10,5	113	13,4
Aisén	13	12,4	5	4,7	12	11,3	11	10,2	10	9,2
Magallanes	18	11,2	12	7,4	14	8,6	32	19,5	30	18,2
Total	2678	15,5	2438	14,0	2568	14,6	2733	15,3	2514	14,0
Sin dato	4		3		3		8		25	

Fuente: Epidemiología MINSAL.

Tuberculosis

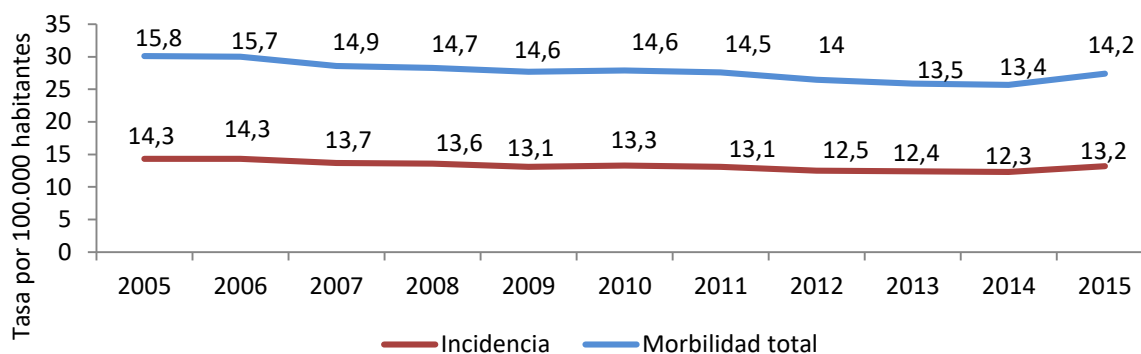
3.3.2 Incidencia de la tuberculosis por cada 100.000 habitantes

Situación Epidemiológica

La morbilidad total de tuberculosis en todas las formas (TBTF), es decir, la suma de casos nuevos y las recaídas, fue de 14,2 por 100.000 habitantes al año 2015, con una incidencia de un 13,2 por 100.000 habitantes. Del periodo observado entre los años 2012 -2014 se observan las menores tasas de incidencia. Sin embargo, el año 2015, ocurre un nuevo aumento en la tasa volviendo a cifras cercanas a las reportadas el año 2011 (Gráfico 2).

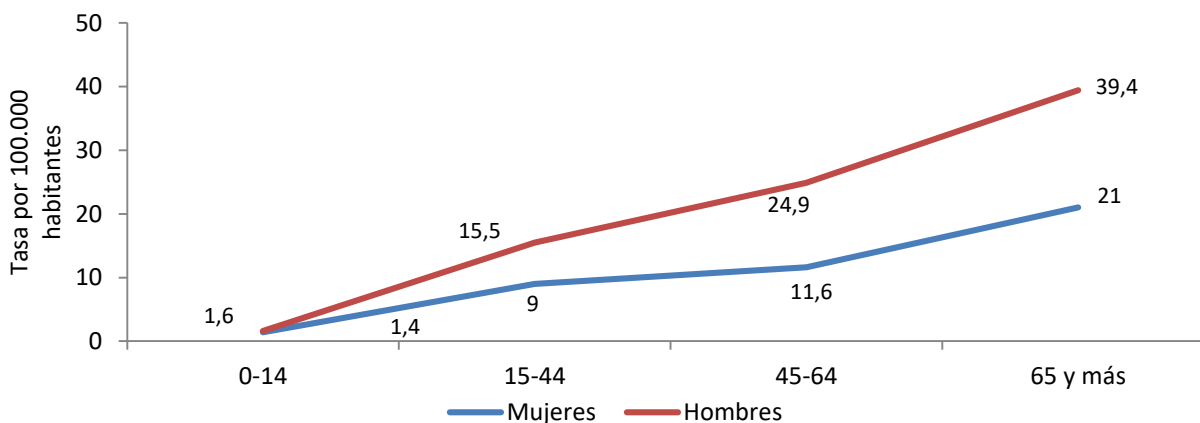
De acuerdo a la información proporcionada por el Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PROCET), esta enfermedad tiene mayor presencia en hombres que en mujeres, y aumenta con la edad (7). En Chile, el año 2015, la tuberculosis presentó la tasa de incidencia más baja en el grupo etario de 0-14 años, (1,4 en las mujeres, y 1,6 en los hombres), siendo el grupo de 65 años y más el que presenta la tasa de incidencia más alta (39,4 en hombres y 21 en las mujeres) (Gráfico 3).

Gráfico 2. Incidencia de Tuberculosis en todas sus formas. Chile 2005-2015.



Fuente: Informe de Situación de Tuberculosis 2016. MINSAL.

Gráfico 3. Incidencia de Tuberculosis en todas sus formas por edad y sexo. Chile 2005-2015.



Fuente: Informe de Situación de Tuberculosis 2016. MINSAL.

Vigilancia

La tuberculosis es una enfermedad de notificación obligatoria diaria, con una modalidad de vigilancia universal. Esto significa que debe notificarse la tuberculosis en todas sus formas y localizaciones a través del "Boletín de Declaración de Enfermedades de Notificación Obligatoria" ENO. Es obligación de todos los médicos que atiendan pacientes en los establecimientos asistenciales, sean públicos o privados, notificar la tuberculosis. Se notificarán los casos de tuberculosis en todas sus formas y localizaciones que se consideren activos y en los cuales se haya decidido iniciar un tratamiento específico, incluyendo los casos sin confirmación bacteriológica. Se notificarán tanto los casos nuevos de tuberculosis como las recaídas.

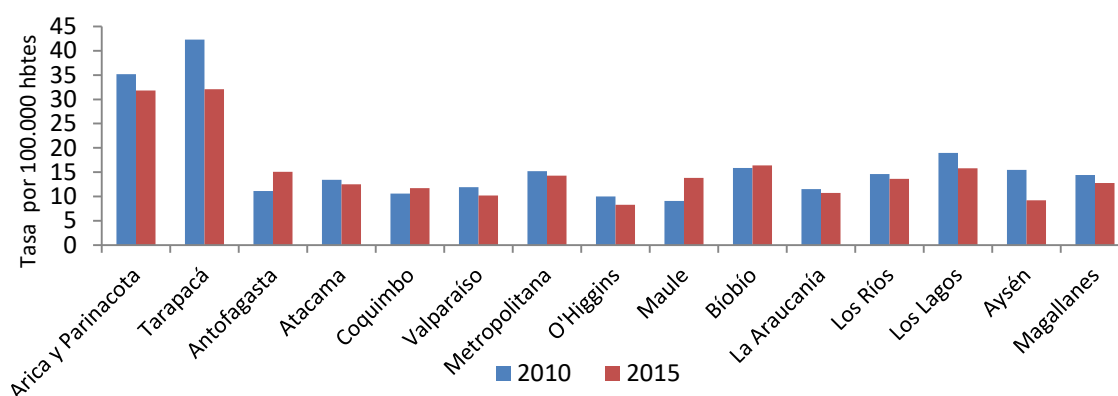
Los pacientes con "sospecha" de tuberculosis, los casos de fracasos de tratamiento, los abandonos reingresados, la tuberculosis latente (infección por *M. tuberculosis* sin enfermedad activa) y los enfermos trasladados desde otros establecimientos no deben ser notificados. Tampoco se notifican pacientes afectados por micobacterias atípicas.

Dinámica Espacial

En Chile, la incidencia es variable dependiendo de la región. Los extremos del norte y el sur son quienes tienen tasas más altas de tuberculosis, y las regiones del centro del país mantienen tasas más bajas, pero tampoco logran la eliminación de la enfermedad como problema de salud pública. Hay que considerar, además, que la incidencia anual varía dependiendo de las actividades de localización de los casos que realizan los equipos de salud, por lo que el análisis epidemiológico siempre debe ir acompañado por un análisis de tendencias en el tiempo y un análisis de las actividades operacionales de cada lugar. Por otra parte, si se habla de número total de casos, la mayoría de ellos están en regiones con mayor cantidad de habitantes, siendo la Región Metropolitana la que concentra el 40% de los casos del país.

El Gráfico 4 muestra la tasa de incidencia para Tuberculosis por Región en los años 2010 y 2015. Antofagasta, Coquimbo, Maule y Bío Bío han aumentado sus tasas mientras que el resto ha logrado una disminución discreta con respecto al año 2010.

Gráfico 4. Tasa de incidencia de Tuberculosis Chile por Región, 2010-2015.



Fuente: Registro Programa Nacional de Tuberculosis.

Prevención y control

Para el control de la tuberculosis existe la vacuna BCG del recién nacido, lo que permite prevenir las formas graves de la enfermedad en población infantil. Sin embargo, esta medida no es capaz de evitar la infección ni la enfermedad. Asimismo, como estrategia de prevención se cuenta con quimioprofilaxis que puede ser utilizada tanto para prevenir la infección (quimioprofilaxis primaria) como para evitar el desarrollo de la enfermedad (quimioprofilaxis secundaria). El estudio de contactos es otra forma de control de un caso confirmado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó en junio de 2014 un nuevo marco para eliminar la tuberculosis en aquellos países con menos de 100 casos por millón de habitantes, con miras de lograr una incidencia de menos de 1 caso por millón de habitantes para el año 2050. Treinta y tres son los países que constituyen el grupo al que apunta esta

nueva estrategia, siete de los cuales pertenecen a la región de las Américas; Bahamas, Canadá, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos de América, Jamaica, y Puerto Rico.

Si bien Chile aún no está en este grupo de países, sí cuenta con los elementos básicos que posibilitarían aplicar las estrategias definidas en este nuevo marco, ya que posee entre otros, un Programa Nacional de Control de la Tuberculosis de larga data, cobertura universal de diagnóstico y tratamiento, una red de laboratorios organizada y un buen registro de información que permiten mantener un conocimiento acabado sobre la situación (7).

Nuestro país, presenta en el Plan Nacional de Salud 2011-2020, la meta sanitaria de reducir la tasa de incidencia de TBC en todas las formas a menos de 5 por 100.000 habitantes. Para ello se han establecido estrategias de intervención en el PROCET, que permitan lograr la meta sanitaria (7).

- ✓ Lograr coberturas de vacunación BCG en el recién nacido mayores a 95%.
- ✓ Localizar y diagnosticar sobre el 90% de la incidencia estimada de los casos pulmonares bacilíferos, por bacteriología directa o cultivo.
- ✓ Lograr 90% de curación de todos los casos diagnosticados de tuberculosis.
- ✓ Efectuar estudio completo al 90% o más de los contactos de casos índices pulmonares confirmados bacteriológicamente (baciloscopía o cultivo) y de los casos índices de tuberculosis en menores de 15 años, en cualquiera de sus formas.

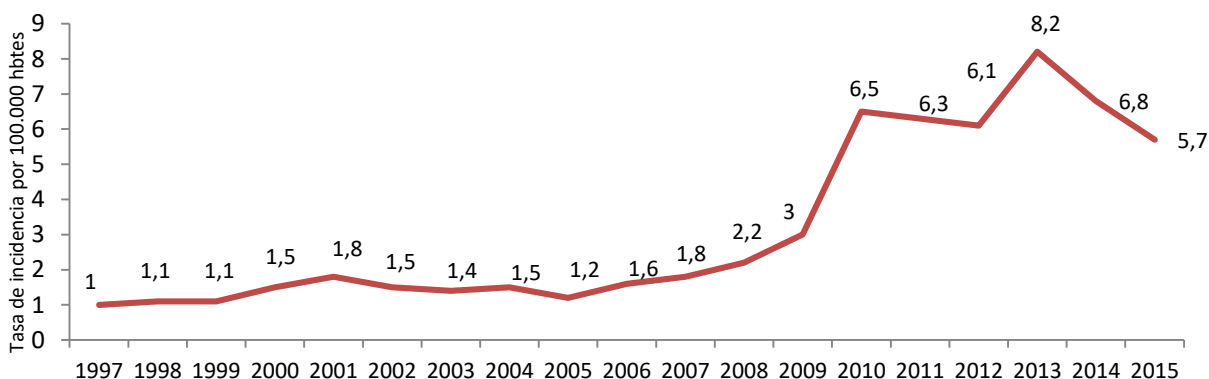
Hepatitis B

3.3.4 Incidencia de la hepatitis B por cada 100.000 habitantes

Situación Epidemiológica:

Entre los años 1997 al 2005 la tasa de hepatitis B mantuvo tasas relativamente estables entre 1,0 y 1,2 por cien mil hab. A partir del año 2008, se observa una tendencia sostenida al alza en las tasas de notificación, especialmente el año 2010 lo que significó un 115% de aumento respecto del año anterior. La mayor tasa se presenta en el año 2013 (8,2 por 100.000 habitantes), para luego descender hasta el año 2015 mostrando un valor de 5,7 por 100.000 mil habitantes (Gráfico 5) (8).

Gráfico 5. Tasa de notificación hepatitis B, Chile 1997-2015.



Fuente: Base de datos, ENO-DEIS, MINSAL, Departamento de Epidemiología.

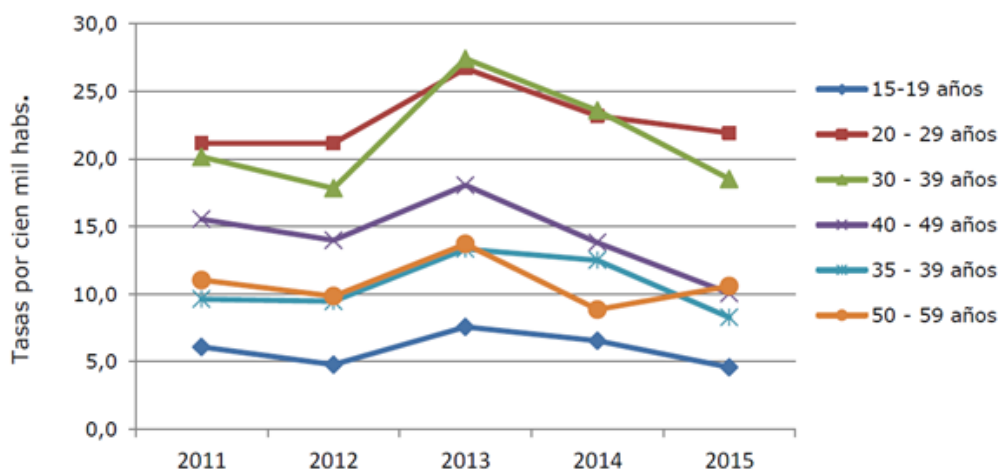
En relación a la clasificación del tipo de hepatitis, como aguda o crónica, hasta el año 2007 alrededor del 90% de los casos fueron notificados como hepatitis aguda, situación que se modifica desde el año 2010, donde ambas formas clínicas muestran porcentajes similares.

El año 2015, subió nuevamente el porcentaje de notificaciones en etapa aguda representado 65% del total de la hepatitis. En términos de tasas, el año 2015, la hepatitis aguda concentra 3,7 por 100.000 habitantes y la forma crónica es de 2,0 por 100.000 habitantes (8).

La mediana de edad en el último quinquenio fue de 34 años. El grupo de 20 a 39 años presentaron las mayores tasas en el periodo 2011-2015. Específicamente el mayor riesgo se presentó en el grupo quinquenal de 25 a 29 años y de 30 a 34 años de edad, destacando el año 2013, donde estos grupos etarios alcanzan las mayores tasas del periodo (14,9 y 17,3 por 100.000 habtes). El año 2015 el grupo de 20 a 39 años concentra el 60% del total de casos (Gráfico 6) (8).

En el último quinquenio, los hombres representaron el 87% del total de casos (7 hombres por cada mujer) superando ampliamente a las mujeres en todos los grupos de edad, mostrando el mayor riesgo entre los 20 a 39 años. A partir de los 40 años las tasas comienzan una disminución paulatina hasta los 64 años. Las mujeres por su parte, muestran su mayor riesgo entre los 30 a 34 y entre los 65 a 69 años.

Gráfico 6. Tasa de hepatitis B, según grupos de edad, Chile 2011-2015.



Fuente: Situación Epidemiológica de hepatitis B Chile, 2015.

Transmisión vertical

En los últimos 3 años se han notificado 9 gestantes con hepatitis B, con una mediana de 2 casos por año. Estas gestantes representan el 2,4% del total de notificaciones realizadas en mujeres por hepatitis B. La Región Metropolitana concentra el 55% del total de notificaciones.

En este trienio (2013-2015) se notificaron 4 casos en niños (2 casos el 2013 y 2 el 2015) que correspondieron a transmisión vertical de la hepatitis B. Sus rangos de edad fueron desde 4 meses a 10 años, de ellos el 50% correspondieron a hombres. Los casos se presentaron en las regiones de Los Lagos y Metropolitana (8).

Mortalidad

La tasa de mortalidad por hepatitis B presenta un curso oscilante entre 0,04 y 0,18 muertes por cien mil habitantes.

Prevención

Los pilares de la prevención de la transmisión vertical de la hepatitis B, son el tamizaje universal de la hepatitis B en mujeres embarazadas y la administración de inmunoglobulina de hepatitis B (IgHB) seguida de una vacunación (3 dosis) al recién nacido. Esta estrategia logra reducir de un 90% a un 5-10% la posibilidad de transmisión vertical. Actualmente, en Chile se aplica inmunoglobulina y la vacuna según protocolos, no obstante, no existe tamizaje de hepatitis B en las gestantes, lo que representa un desafío de Salud Pública dado el impacto de la ocurrencia de la transmisión vertical y sus consecuencias crónicas. El Ministerio de Salud se encuentra trabajando en esta área para evaluar la factibilidad de implementar el tamizaje. La vacuna contra la hepatitis B es una forma eficaz de prevenir la infección por el VHB, su efectividad alcanza niveles de protección en el 95% de las personas vacunadas inmunocompetentes, lográndose mayor efectividad mientras más precozmente se administre.

Existe además vacunación anti-hepatitis B en el personal de salud, en grupos de especial riesgo y en contactos de casos positivos, como medida de Salud Pública, según se detalla en el Decreto exento 865 del 15/09/2015, publicado en el diario oficial el 01/10/2015. Debido al alto impacto que presenta esta enfermedad, en enero de 2010, la hepatitis B fue incorporada como problema de salud con garantía explícita, y pasó a formar parte de las garantías explícitas en Salud (GES), asegurando así el acceso, oportunidad, protección financiera y calidad en la atención de esta enfermedad.

ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES Y FACTORES DE RIESGO

3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar

3.4.1 Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas

Enfermedades cardiovasculares

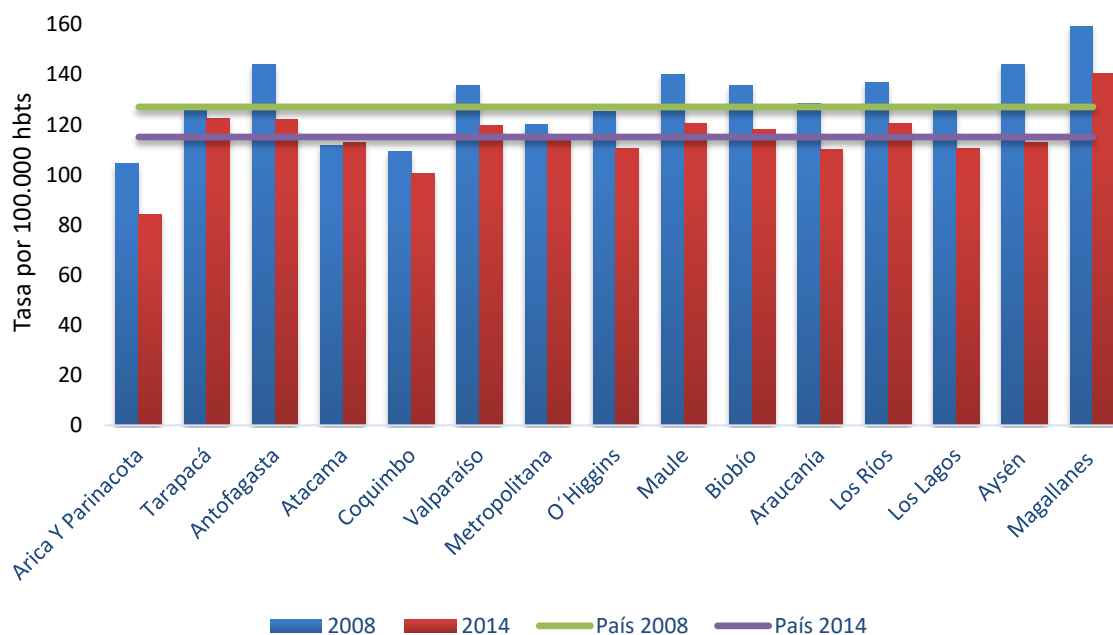
Con respecto a la tasa ajustada de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, el país ha presentado descenso al comparar el año 2008 (127 por 100.000 habitantes) y 2014 (115 por 100.000 habitantes). A nivel regional, para el periodo señalado, la única región que presentó aumento de su tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares fue Atacama. Tomando como base la tasa nacional de 2014, las regiones que presentaron tasas por sobre este valor fueron Tarapacá (122,4), Antofagasta (122,1), Valparaíso (119,4), Maule (120,6), Bío-Bío (117,9), Los Ríos (120,4) y Magallanes (140,4), siendo esta última la que presentó la tasa más alta (Tabla 10, Gráfico 7).

Tabla 10. Tasa ajustada de Mortalidad por Enfermedades Cardiovasculares por Región, 2008-2014.

Región de residencia	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Chile	127,0	122,1	128,6	117,7	119,8	117,8	115,0
De Arica Y Parinacota	104,3	93,0	95,2	92,1	106,0	97,6	84,3
De Tarapacá	125,6	111,0	118,2	107,6	113,5	123,2	122,4
De Antofagasta	144,0	125,6	117,8	112,6	116,0	124,4	122,1
De Atacama	111,6	109,5	121,0	106,7	122,9	111,4	112,8
De Coquimbo	109,2	105,4	111,5	104,6	106,3	104,5	100,5
De Valparaíso	135,5	132,2	136,1	125,7	130,0	127,3	119,4
Metropolitana de Santiago	120,2	117,3	125,3	115,1	115,2	113,4	114,6
Del Libertador Gral. Bernardo O'Higgins	125,3	115,2	131,3	114,8	120,2	113,8	110,7
Del Maule	140,2	136,0	147,3	129,9	132,8	125,1	120,6
Del Biobío	135,9	128,6	133,2	120,8	120,0	122,2	117,9
De La Araucanía	128,3	114,6	126,4	111,1	113,8	115,3	110,1
De Los Ríos	136,9	124,9	132,6	124,9	119,6	123,4	120,4
De Los Lagos	126,0	132,9	122,7	119,7	127,6	124,4	110,5
De Aisén Del Gral. Carlos Ibáñez Del Campo	144,1	126,6	166,8	152,1	153,4	108,8	113,0
De Magallanes y de La Antártica Chilena	159,3	165,3	156,0	146,7	156,4	138,9	140,4

Fuente: DEIS-MINSAL.

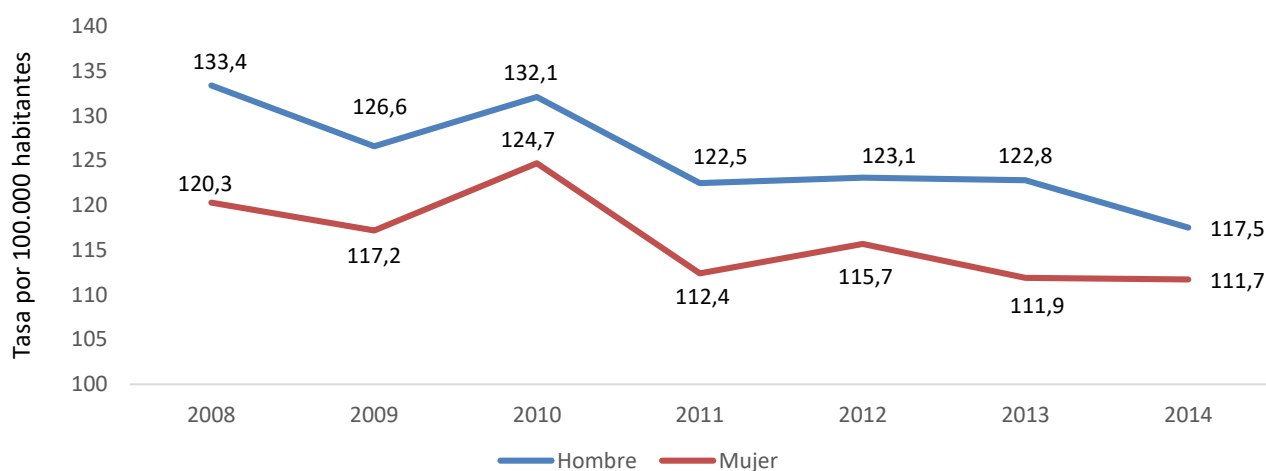
Gráfico 7. Tasa ajustada de Mortalidad por Enfermedades Cardiovasculares por Región, 2008-2014.



Fuente: Elaboración propia con base en los datos disponibles en DEIS - Ministerio de Salud. Tasa ajustada por edad y sexo en base a Censo año 2002.

A nivel país, al desagregar la información por sexo, se observa que las mayores tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares se concentran en el sexo masculino en el periodo 2008-2014. Por otro lado, también se observa una tendencia a la disminución global en las tasas; para el sexo masculino la tasa disminuyó de un 133,4 en 2008 a un 117,5 por 100.000 habitantes en 2014; sexo femenino la tasa disminuyó de un 120,3 en 2008 a un 111,7 por 100.000 habitantes en 2014 (Gráfico 8).

Gráfico 8. Tendencia tasa ajustada de Mortalidad por Enfermedades Cardiovasculares por Sexo, 2008-2014.

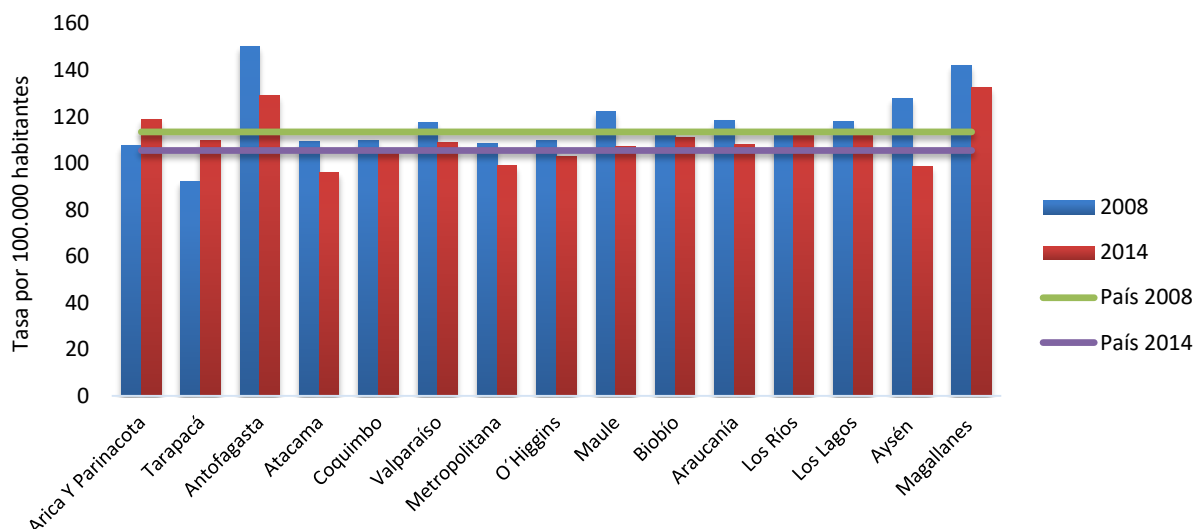


Fuente: Elaboración propia con base en los datos disponibles en DEIS - Ministerio de Salud.
Tasa ajustada por edad y sexo en base a Censo año 2002.

Cáncer

A nivel nacional, la tasa ajustada de mortalidad por tumores para el año 2014 fue de 106 por 100.000 habitantes, menor que la reportada el 2008 (113,4 por 100.000 habitantes). Al comparar ambos años, las regiones que presentaron aumento de sus tasas fueron Arica y Parinacota, Tarapacá y Los Ríos. Tomando como base la tasa nacional de 2014, las regiones que presentaron sus tasas por sobre el valor país corresponden a Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Valparaíso, Maule, Bío-Bío, La Araucanía, Los Ríos, Los Lagos y Magallanes, siendo esta última la que presentó la tasa más alta (Gráfico 9).

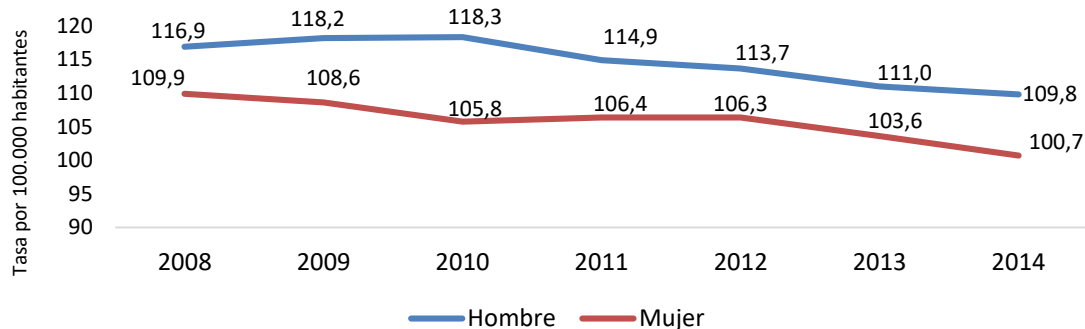
Gráfico 9. Tasa ajustada de Mortalidad por Tumores por Región, 2008-2014.



Fuente: Elaboración propia con base en los datos disponibles en DEIS - Ministerio de Salud.
Tasa ajustada por edad y sexo en base a Censo año 2002.

A nivel país, de acuerdo al Gráfico 10, al desagregar la información por sexo, se observa que las mayores tasas de mortalidad por tumores se concentran en el sexo masculino. Asimismo, se observa una tendencia al descenso de la tasa: para el sexo masculino 116,9 en 2008 a un 109,8 por 100.000 habitantes en 2014; para el sexo femenino, la tasa bajó de un 109,9 en 2008 a un 100,7 por 100.000 habitantes en 2014.

Gráfico 10. Tendencia tasa ajustada de Mortalidad por Tumores por Sexo, 2008-2014.



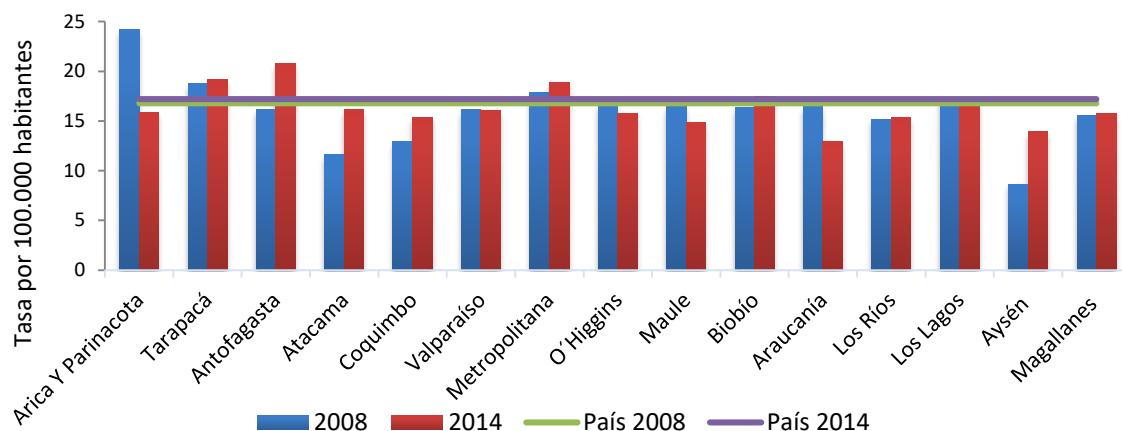
Fuente: Elaboración propia con base en los datos disponibles en DEIS - Ministerio de Salud.
Tasa ajustada por edad y sexo en base a Censo año 2002.

Diabetes

A nivel país, la tasa de mortalidad por diabetes al comparar los años 2008 y 2014 aumentó de un 16,8 a un 17,2 por 100.000 habitantes. A nivel regional, para el periodo señalado, las regiones que presentaron disminución de sus tasas fueron Arica y Parinacota, Valparaíso, O'Higgins, Maule, La Araucanía y Los Lagos. Tomando como base la tasa nacional de 2014, las regiones que presentaron sus tasas por encima de lo esperado fueron

Tarapacá, Antofagasta, Metropolitana y Bío-Bío, siendo la región de Antofagasta la que presentó la tasa más alta (Gráfico 11).

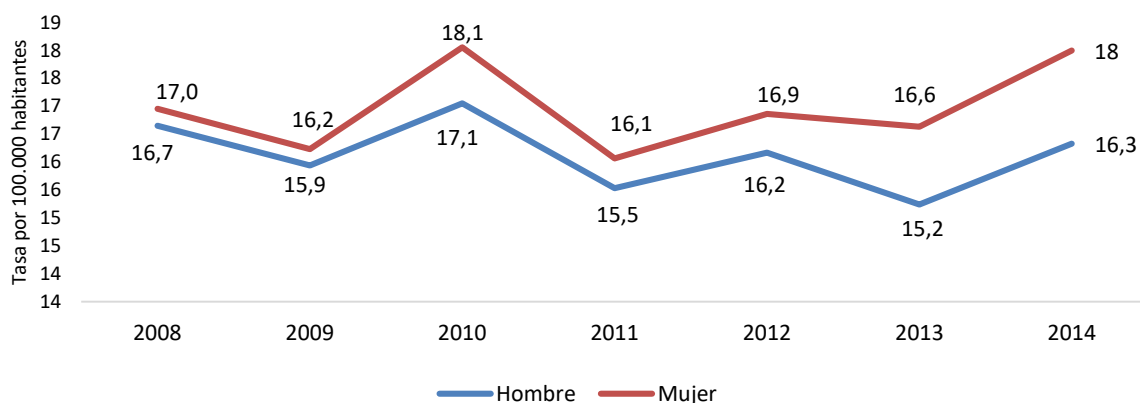
Gráfico 11. Tasa ajustada de Mortalidad por Diabetes por Región, 2008-2014.



Fuente: Elaboración propia con base en los datos disponibles en DEIS - Ministerio de Salud.
Tasa ajustada por edad y sexo en base a Censo año 2002.

A nivel país, al desagregar la información por sexo, se observa que las mayores tasas de mortalidad por diabetes corresponden a las mujeres. También se observa un discreto descenso de la tasa en los hombres, disminuyendo de 16,7 en 2008 a un 16,3 por 100.000 habitantes en el 2014. En mujeres se observa un aumento en la tasa para el periodo analizado (Gráfico 12).

Gráfico 12. Tendencia tasa ajustada de Mortalidad por Diabetes por Sexo, 2008-2014.



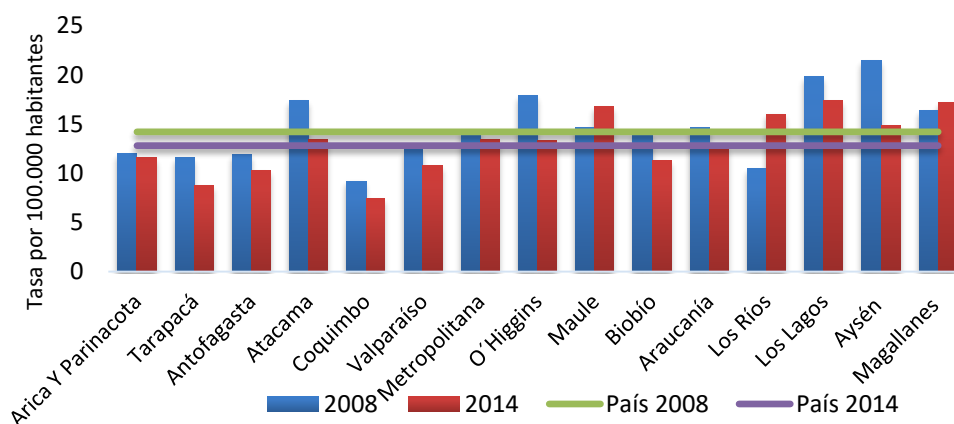
Fuente: Elaboración propia con base en los datos disponibles en DEIS - Ministerio de Salud.
Tasa ajustada por edad y sexo en base a Censo año 2002.

Enfermedades respiratorias crónicas

A nivel nacional, la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias crónicas para el periodo de 2008 al 2014 tuvo una disminución de un 14,2 a un 12,8 por 100.000 habitantes, respectivamente. A nivel regional, para el periodo señalado, las regiones que presentaron aumento de sus tasas fueron Maule, Los Ríos y Magallanes. Tomando como base la tasa nacional de 2014, las regiones que presentaron sus tasas por sobre este valor

son Atacama, Metropolitana, O´Higgins, Maule, Los Ríos, Los Lagos, Aysén y Magallanes, siendo la región de Los Lagos la que presentó la tasa más alta (Gráfico 13).

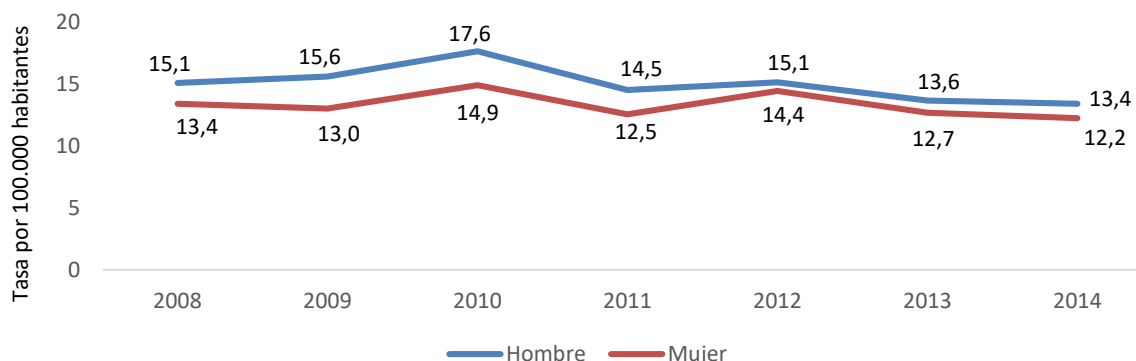
Gráfico 13. Tasa ajustada de Mortalidad por Enfermedades Respiratorias Crónicas por Región, 2008-2014.



Fuente: Elaboración propia con base en los datos disponibles en DEIS - Ministerio de Salud. Tasa ajustada por edad y sexo en base a Censo año 2002.

A nivel país, al desagregar la información por sexo, se observa que las mayores tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias crónicas se presentan en hombres (Gráfico 14).

Gráfico 14. Tendencia tasa ajustada de Mortalidad Enfermedades Respiratorias Crónicas por Sexo, 2008-2014.

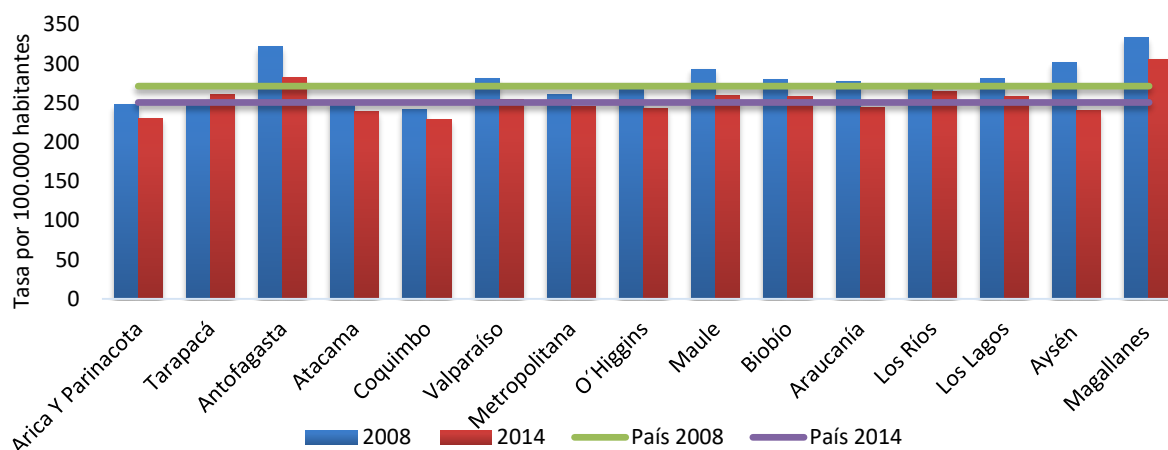


Fuente: Elaboración propia con base en los datos disponibles en DEIS - Ministerio de Salud. Tasa ajustada por edad y sexo en base a Censo año 2002.

Enfermedades crónicas

A nivel nacional, la tasa ajustada de mortalidad por el conjunto de las enfermedades crónicas anteriormente descritas, tuvo una disminución de un 271,5 a un 250,6 por 100.000 habitantes entre los años 2008 al 2014. A nivel regional, para el periodo señalado, la única región que presentó aumento de su tasa fue Tarapacá. Las regiones que presentaron sus tasas por encima de la nacional fueron Tarapacá, Antofagasta, Valparaíso, Maule, Bío-Bío, Los Ríos, Los Lagos y Magallanes, siendo esta última la región que presentó la tasa más alta (Gráfico 15).

Gráfico 15. Tasa ajustada de Mortalidad Enfermedades Crónicas* por Región, 2008-2014.



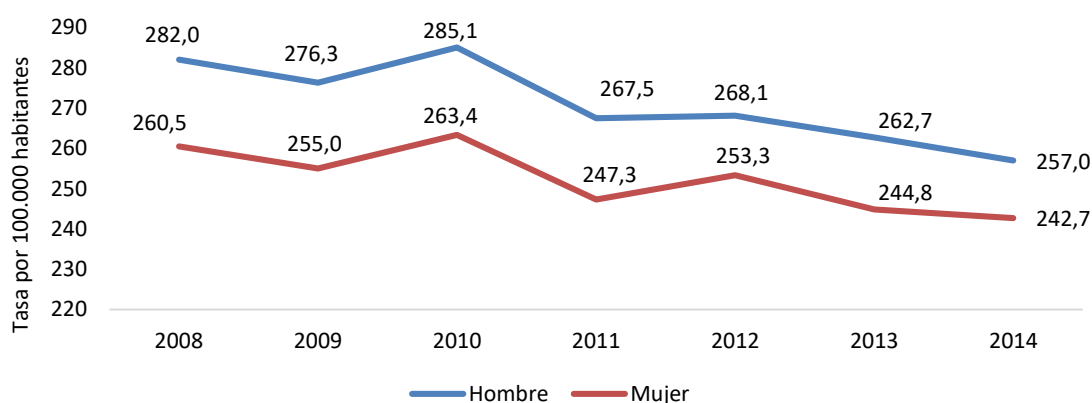
Fuente: Elaboración propia con base en los datos disponibles en DEIS - Ministerio de Salud.

Tasa ajustada por edad y sexo en base a Censo año 2002.

*Enfermedades Cardiovasculares, Cáncer, Diabetes mellitus y Respiratorias Crónicas.

A nivel país, al desagregar la información por sexo, se observa que las mayores tasas de mortalidad por el conjunto de las enfermedades crónicas se concentran en el sexo masculino para el periodo de 2008 al 2014. También se observa un descenso de la tasa: para el sexo masculino la tasa bajó de un 282,0 en 2008 a un 257,0 por 100.000 habitantes en 2014; para el sexo femenino, la tasa bajó de un 260,5 en 2008 a un 242,7 por 100.000 habitantes en 2014 (Gráfico 16).

Gráfico 16. Tendencia tasa ajustada de Mortalidad Enfermedades Crónicas por Sexo, 2008-2014.



Fuente: Elaboración propia con base en los datos disponibles en DEIS - Ministerio de Salud.

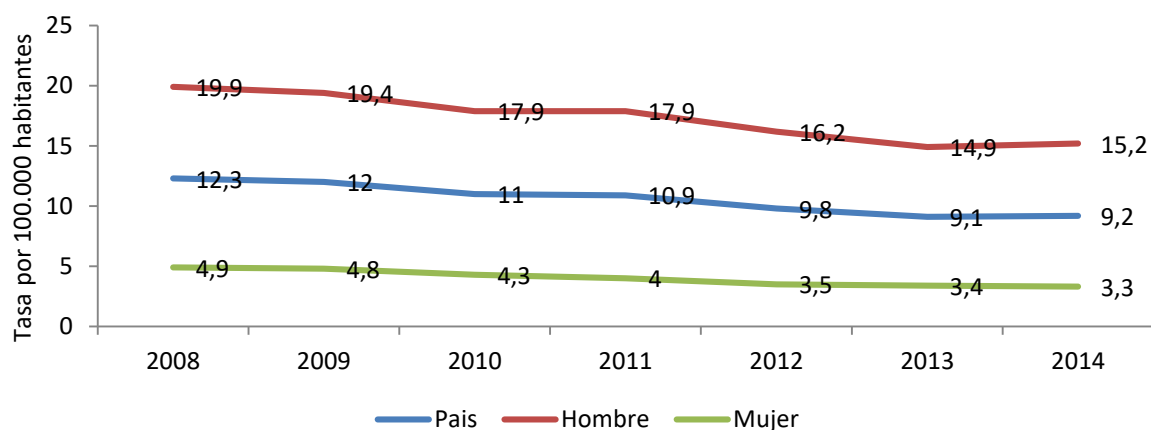
Tasa ajustada por edad y sexo en base a Censo año 2002.

*Enf. Cardiovasculares, Cáncer, Diabetes mellitus y Respiratorias Crónicas.

3.4.2 Tasa de mortalidad por suicidio

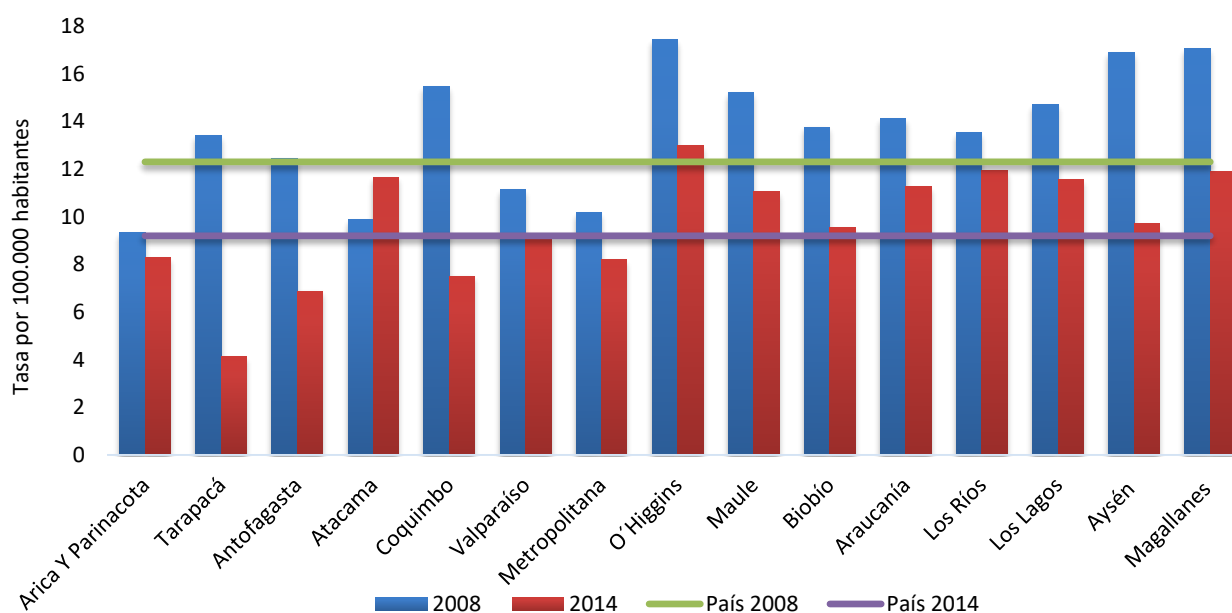
La tasa de mortalidad por suicidio en los últimos años presenta una tendencia a la disminución, de un 12,3 el 2008 a un 9,2 el 2014 por 100.000 habitantes. Se observa que la tasa de suicidio en hombres es más alta que en mujeres (Gráfico 17). La Región de O'Higgins fue la que presentó la tasa más alta el 2014, sin embargo, Atacama fue la única región que tuvo un alza en la tasa de suicidio en el 2014 al compararlo con 2008 (Gráfico 18).

Gráfico 17. Tasa ajustada de Mortalidad por suicidio, por sexo, 2008-2014.



Fuente: Elaboración propia con base en los datos disponibles en DEIS - Ministerio de Salud.
Tasa ajustada por edad y sexo en base a Censo año 2002.

Gráfico 18. Tasa ajustada de Mortalidad por suicidio por región, 2008-2014.



Fuente: Elaboración propia con base en los datos disponibles en DEIS - Ministerio de Salud.
Tasa ajustada por edad y sexo en base a Censo año 2002.

3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.

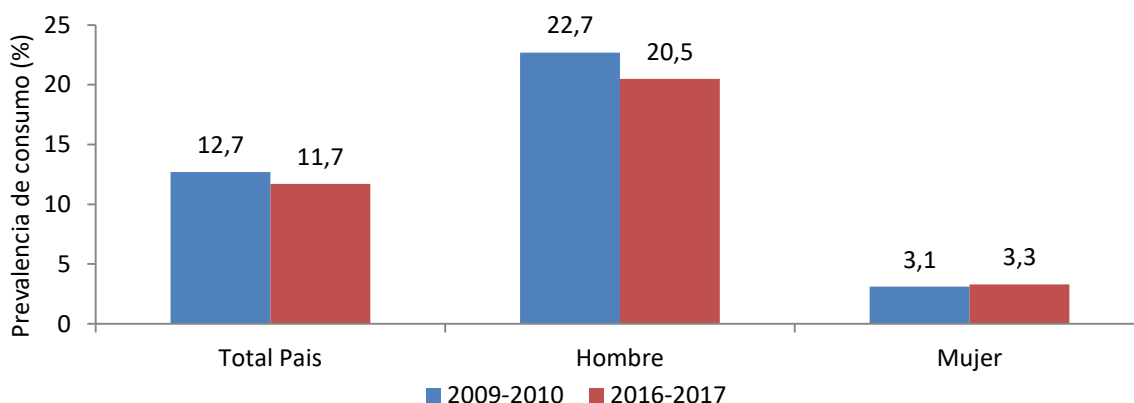
3.5.2 Consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el consumo per cápita de alcohol (15 años y mayores) en un año civil en litros de alcohol puro

Este indicador, tal como está definido en la ficha técnica no ha sido obtenido en la actualidad, de esta forma se presentan resultados país según consumo riesgoso de alcohol.

El Test de Identificación de Trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés), fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método de tamizaje del consumo excesivo de alcohol y como un instrumento de apoyo en la intervención breve. La categoría de consumo de alcohol en la que se encuentre cada individuo va a estar determinada por el puntaje total obtenido en el instrumento. De acuerdo a la recomendación de la OMS, entre 8 y 15 puntos el consumo es clasificado de riesgo. Este instrumento fue aplicado en la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 y sus resultados comparados con la misma Encuesta 2009-2010 (9).

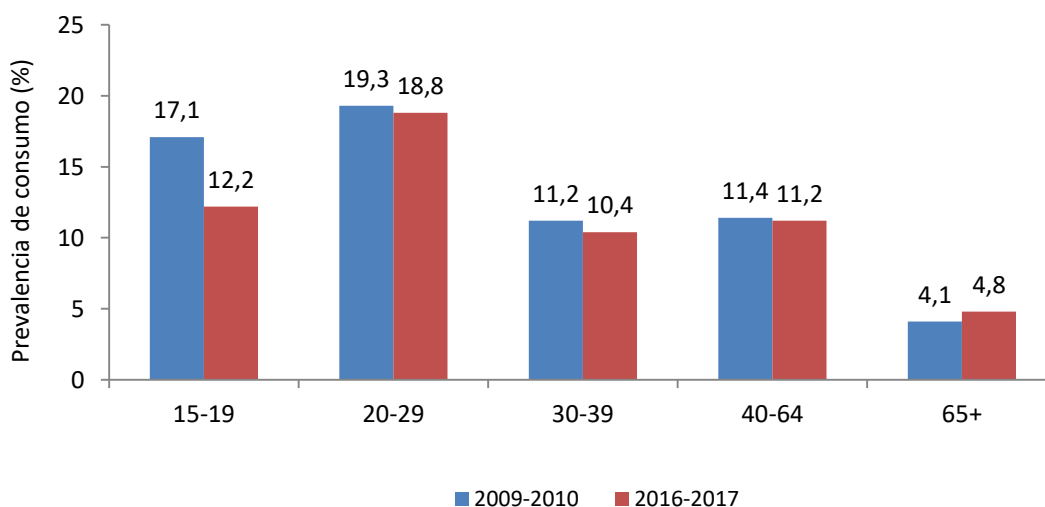
Al comparar ambas mediciones se observa que el consumo de riesgo de alcohol total país disminuyó discretamente de un 12,7% a un 11,7%. Sin embargo, cabe señalar que en el grupo de mujeres se observó un leve aumento de 3,1% a 3,3% (Gráfico 19). Con respecto a los grupos de edad, se observó un aumento del consumo en el grupo de 65 y más años de un 4,1% a un 4,8%. En todos los otros grupos el porcentaje de consumo de riesgo disminuyó (Gráfico 20).

Gráfico 19. Consumo riesgoso de alcohol últimos 12 meses total país y según sexo. ENS 2009-2010 y 2016-2017.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-10, 2016-2017.

Gráfico 20. Consumo riesgoso de alcohol últimos 12 meses según grupo de edad. ENS 2009-2010 y 2016-2017.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-10, 2016-2017.

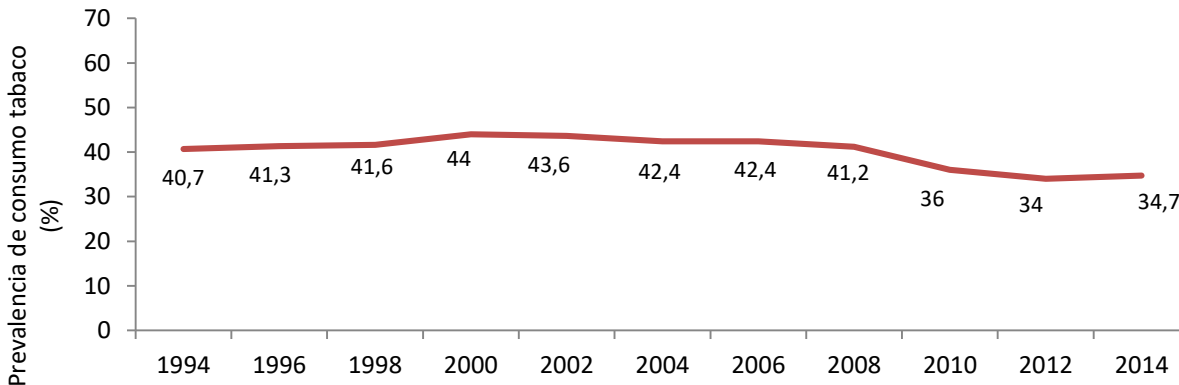
3. a Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.

El consumo del tabaco es considerado como uno de los más importantes factores de riesgo atribuible a la carga de enfermedad en nuestro país. La prevalencia de consumo de tabaco en el último mes en la población de 12 a 64 años ha disminuido considerablemente llegando a un 34,7% el 2014 (Gráfico 21).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de salud (ENS) realizada el año 2016-2017 un 33,3% de la población es fumadora. El consumo de tabaco en Chile está presente en un 37,8% de los hombres y un 29,1% de las mujeres. En ambos sexos se registró una reducción del consumo en relación a la medición 2009-10 (Gráfico 22). Según grupo de edad y sexo podemos observar que todos los grupos etarios, a excepción del grupo 65 y más disminuyeron su consumo de tabaco (Gráfico 23).

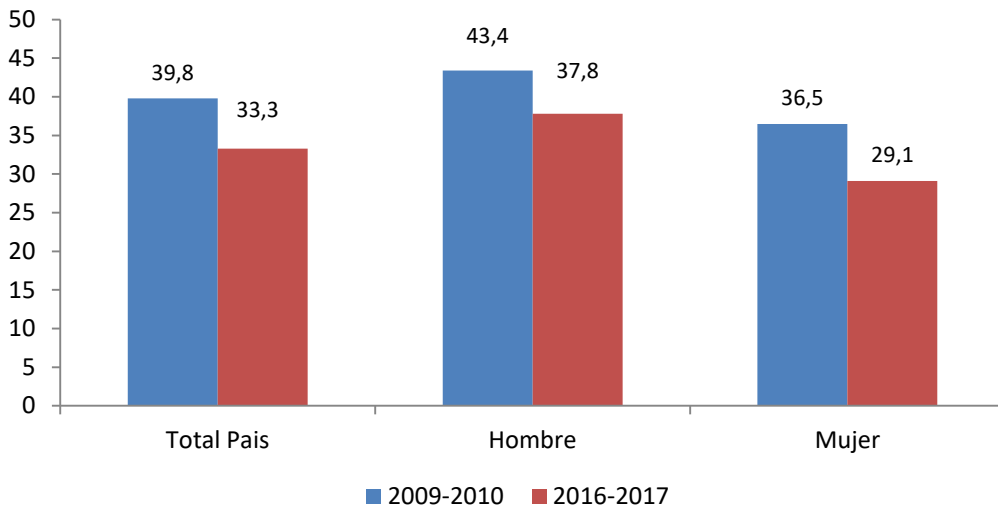
Esta reducción de consumo, se podría atribuir a las medidas regulatorias implementadas en el país como son las modificaciones a la Ley N° 19.419 desarrolladas el año 2013 en cuanto a la restricción de la publicidad y delimitación de espacios de uso público libres de humo de tabaco medidas que, asociadas al aumento de impuestos, son las más eficientes para abordar la epidemia del tabaquismo. Estas medidas legislativas han permitido una mayor conciencia educativa de los riesgos en la salud en las personas, lo que se manifiesta en el descenso sostenido del consumo.

Gráfico 21. Prevalencia de consumo de tabaco en el último mes en población de 12 a 64 años. Chile, 1994 - 2014.



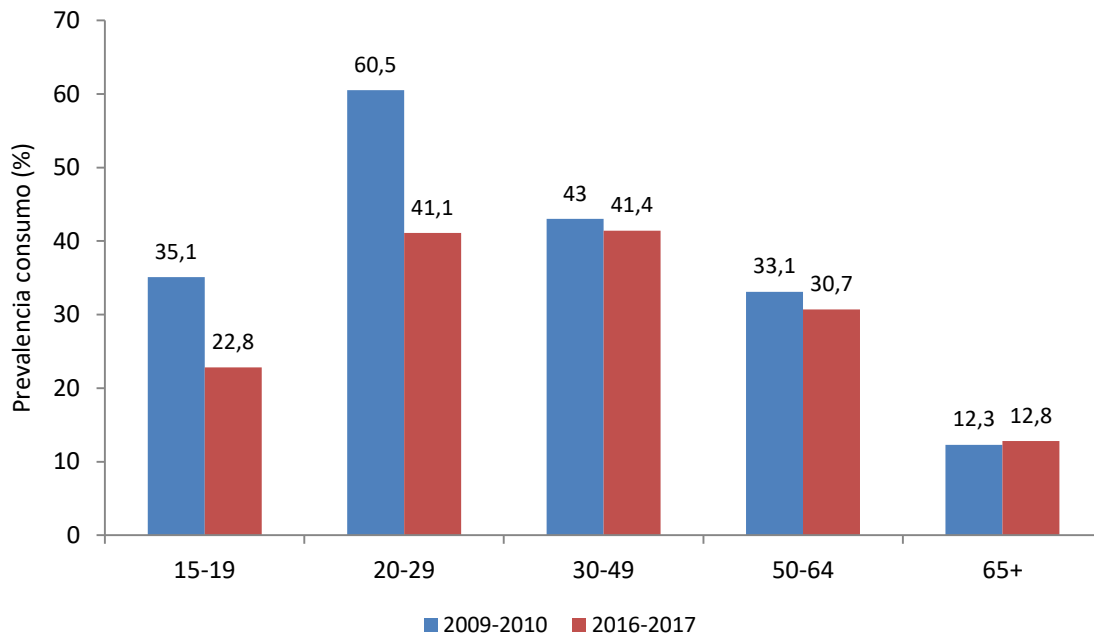
Fuente: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

Gráfico 22. Consumo de cigarrillo actual (consume cigarrillo en forma diaria u ocasional) total país y según sexo. ENS 2009-2010/2016-2017.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-10, 2016-2017.

Gráfico 23. Prevalencia de fumador según grupo de edad y sexo. ENS 2009-2010/2016-2017.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-10, 2016-2017.

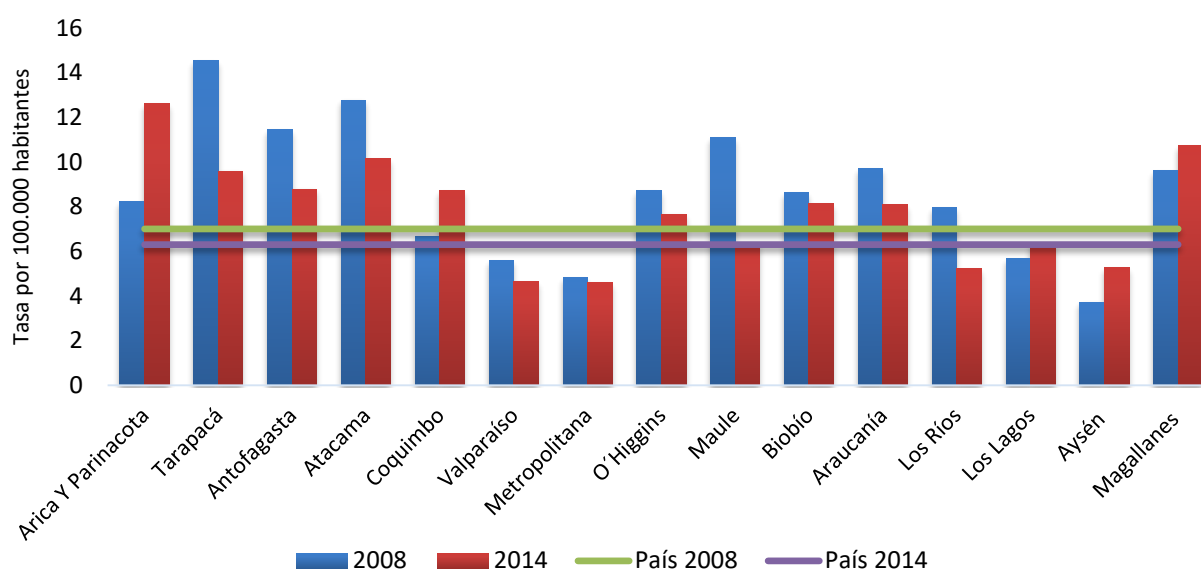
LESIONES Y VIOLENCIA

3.6 Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.

3.6.1 Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico

A nivel nacional, la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico tuvo una disminución de un 7,0 a 6,3 por 100.000 habitantes al comparar los años 2008 y 2014. Las regiones que presentaron aumento de sus tasas fueron Arica y Parinacota, Coquimbo, Los Lagos, Aysén y Magallanes. Tomando como base el año 2014, las regiones que presentaron sus tasas por encima de la nacional fueron Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, O'Higgins, Bío-Bío, La Araucanía, Los Lagos y Magallanes, siendo la región de Arica y Parinacota la que presentó la tasa más alta (Gráfico 24).

Gráfico 24. Tasa ajustada de Mortalidad Accidentes de Tráfico por Región, 2008-2014.



Fuente: Elaboración propia con base en los datos disponibles en DEIS - Ministerio de Salud.
Tasa ajustada por edad y sexo en base a Censo año 2002.

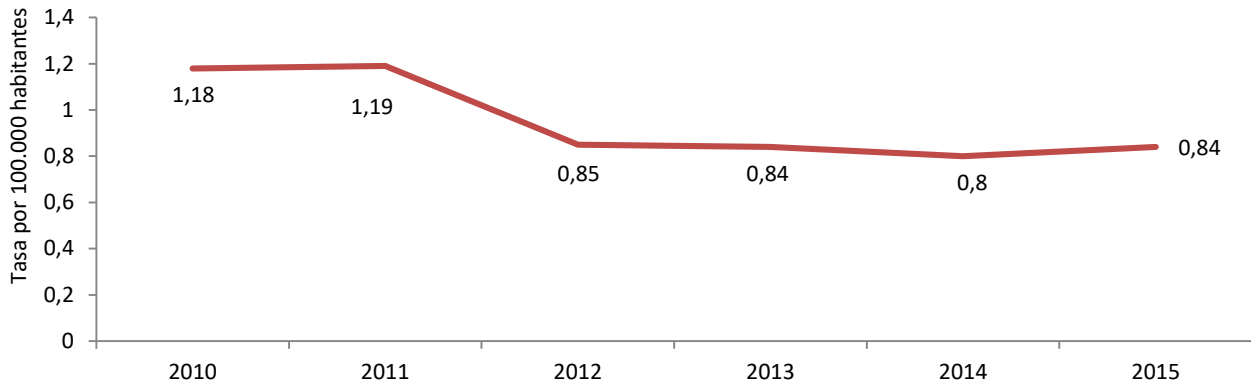
En relación al indicador de impacto Mortalidad por accidentes de tránsito asociados a consumo de alcohol, se ha registrado un avance importante (Gráfico 25), que puede estar relacionado con 3 aspectos principalmente que han constituido avances significativos en el área de tránsito y uso de alcohol, entre 2010 y 2015. Estos son:

- Instauración de Ley de "Tolerancia Cero", que disminuyó la alcoholemia permitida para conducir, de 0,05 a 0,03 mg, además de aumentar las sanciones para la conducción bajo efectos del alcohol y en estado de ebriedad.
- El aumento de la fiscalización de conductores, incluyendo un programa especial del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), que se sumó a los controles regulares.
- La instauración de la Ley Nº20.770, conocida como "Ley Emilia", que endurece las sanciones para conductores en estado de ebriedad que generan lesiones graves, gravísimas o la muerte, incluyendo pena efectiva de cárcel.

Asimismo, la mortalidad por accidentes de tránsito asociado a velocidad imprudente también presentó una disminución importante entre los años 2012 y 2014 para

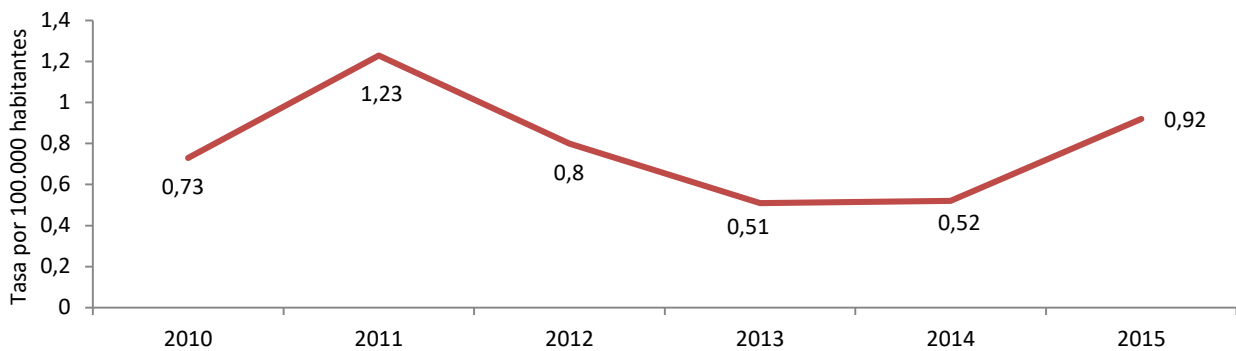
nuevamente aumentar en el 2015, incluso por sobre la tasa de mortalidad asociada al alcohol (Gráfico 26).

Gráfico 25. Tasa de Accidentes por consumo de alcohol, Chile 2010-2014.



Fuente: Base de datos del registro de Carabineros de Chile.

Gráfico 26. Tasa de Accidentes por velocidad imprudente, Chile 2010-2014.



Fuente: Base de datos del registro de Carabineros de Chile.

COBERTURA SANITARIA Y SISTEMAS DE SALUD

3.7 Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

3.7.1 Proporción de mujeres en edad de procrear (de 15 a 49 años) que practican la planificación familiar con métodos modernos.

A nivel país, en el periodo 2014-2016 el porcentaje de mujeres, beneficiarias de FONASA entre 15 y 49 años, con algún método de regulación de fertilidad ha tenido un aumento de un 38,1% a 41,8%. Asimismo, las regiones que han presentado un aumento en la cobertura son Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Metropolitana, O'Higgins, Bío-Bío, La Araucanía, Los Lagos, Aysén y Magallanes. Las regiones que han presentado una reducción del porcentaje, para el mismo periodo son Arica y Parinacota, Valparaíso, Maule y Los Ríos. Si tomamos como referencia el año 2016 y las cifras nivel país, las regiones que se mantienen por debajo de este son Arica y Parinacota (29,4%), Tarapacá (31,4%), Antofagasta (36,6%), Coquimbo (41%), Metropolitana (40,5%), Bío-Bío (39,6%) y Magallanes (35,3%) (Tabla 11).

Tabla 11. Porcentaje de mujeres beneficiarias de FONASA entre 15 y 49 años en control en el SNSS, según método de regulación de fertilidad por Región. Año 2014-2016.

Región	2014	2015	2016
País	38,1	39,8	41,8
Arica y Parinacota	32,2	33,0	29,4
Tarapacá	30,8	31,7	31,4
Antofagasta	25,5	28,8	36,6
Atacama	36,0	37,3	51,3
Coquimbo	39,2	38,4	41,0
Valparaíso	46,7	50,1	46,5
Metropolitana	36,1	37,4	40,5
O'Higgins	37,8	41,1	41,8
Maule	48,5	50,4	47,4
BioBío	37,7	39,4	39,6
La Araucanía	42,2	43,6	42,6
Los Ríos	51,5	49,1	42,5
Los Lagos	41,0	41,6	46,2
Aysén	35,8	36,0	44,3
Magallanes	28,5	31,9	35,3

Fuente: REM-DEIS-MINSAL.

3.7.2 Tasa de fecundidad de las adolescentes (de 10 a 14 años; de 15 a 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad

A nivel país, en el periodo 2008-2014, podemos observar que la tasa de fecundidad de adolescentes entre 10 y 19 años presentó un descenso de un 29,4 a un 24,1 por 1.000 mujeres. Esto se repite a nivel regional (Tabla 12).

Tabla 12. Tasa de fecundidad de adolescentes entre 10 y 19 años, por región. Chile 2008-2014.

Región	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total país	29,4	29,7	28,9	27,9	27	25,3	24,1
De Arica y Parinacota	31,9	30,9	33,4	32,4	31,1	28,3	26,5
De Tarapacá	35,5	39,3	38,3	36,2	35,9	32,6	29,2
De Antofagasta	36,7	36,9	37,3	36,9	34,3	32,2	29,2
De Atacama	37,8	40,1	40,9	40,1	38	38,5	35,7
De Coquimbo	34,4	33,7	34,7	33,9	33,9	32,2	32
De Valparaíso	28,2	27,8	27,8	27,1	27,6	24,9	24,5
Metropolitana de Santiago	27,9	28	27,3	26,3	25,2	23,2	21,8
Del Libertador B. O'Higgins	28,2	28,8	27,4	26,6	25,9	25,4	24,8
Del Maule	27,7	28,1	27,1	26,1	25,9	26	25,8
Del Biobío	26,9	26,9	26	24,9	23,8	22,8	21,6
De La Araucanía	29,7	30,6	28,7	29,1	28	26,9	24,9
De Los Ríos	32,9	33,8	33,6	29,8	29,7	25,8	25,4
De Los Lagos	35,9	36,7	32,7	31	28,7	27,1	25,1
De Aisén del Gral. C. Ibáñez del Campo	38,6	40,2	35,1	33,3	27,7	25,7	27,5
De Magallanes y de La Antártica Chilena	27,5	27,8	27,5	23,5	24,6	18,1	19,5

Fuente: Bases de nacimientos DEIS-MINSAL/ Base de proyecciones población INE actualizada.
Tasa por 1.000 mujeres entre 10 a 19 años.

En el periodo de 2008 a 2014, la tasa de fecundidad de adolescentes entre 10 y 14 años presentó un descenso discreto, de un 1,5 a un 1,4 por 1.000 mujeres. A nivel regional, el descenso de la tasa también se observa en las regiones de Tarapacá, Valparaíso, Metropolitana, Bío-Bío, La Araucanía, Los Ríos, Aysén y Magallanes. Por el contrario, aquellas regiones que han aumentado su tasa de fecundidad en los adolescentes de este grupo etareo son Arica y Parinacota, Atacama, Coquimbo, O` Higgins, Maule y Los Lagos (Tabla 13).

Tabla 13. Tasa de fecundidad de adolescentes entre 10 y 14 años, por región. Chile 2008-2014.

Región	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total país	1,5	1,6	1,5	1,5	1,4	1,5	1,4
De Arica y Parinacota	0,5	1,3	2	0,9	1,2	0,8	1,7
De Tarapacá	1,7	1,8	1,3	2,5	1,9	3	1,6
De Antofagasta	1,7	2	1,8	1,8	1,9	3	1,6
De Atacama	1,4	1,8	2,5	2,3	2,3	2,3	2,2
De Coquimbo	2	1,9	2	1,6	1,8	2	2,1
De Valparaíso	1,8	1,4	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5
Metropolitana de Santiago	1,4	1,5	1,4	1,4	1,3	1,4	1,3
Del Libertador B. O'Higgins	1,3	1,7	1,4	1,7	1,3	1,4	1,6
Del Maule	1,4	1,7	1,1	0,9	1,5	1,6	1,6
Del Biobío	1,5	1,5	1,1	1,4	1,4	1,2	1,2
De La Araucanía	1,5	1,7	1,7	1,2	1,2	1,5	1,3
De Los Ríos	2,1	2	2,6	1,5	1,4	1,6	1,8
De Los Lagos	1,5	2,5	1,7	1,6	1,5	1,4	1,6
De Aisén del Gral. C. Ibáñez del Campo	2,5	2,1	2,6	2,6	1,6	1,2	1,7
De Magallanes y de La Antártica Chilena	1,3	2,2	1,6	1,7	1,4	0,5	0,4

Fuente: Bases de nacimientos DEIS-MINSAL/ Base de proyecciones población INE actualizada.
Tasa por 1.000 mujeres entre 10 a 14 años.

En el periodo de 2008 a 2014, la tasa de fecundidad de adolescentes entre 15 y 19 años presentó un descenso de un 55 a un 44,7 por 1.000 mujeres a nivel país. Asimismo, este descenso en la tasa se observa en todas las regiones. Si tomamos como referencia la tasa del país al 2014, casi todas las regiones se encuentran por sobre esta, a excepción de la Metropolitana, Bío Bío y Magallanes (Tabla 14).

Tabla 14. Tasa de fecundidad de adolescentes entre 15 y 19 años, por región. Chile 2008-2014.

Región	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total país	55	55,2	53,8	52	50,3	47	44,7
De Arica y Parinacota	61,4	59	63,6	63	59,9	54,8	50,2
De Tarapacá	69,9	77,1	75,2	69,5	69,4	61,8	56,7
De Antofagasta	71,6	71	71,3	69,8	64,1	60,3	54,7
De Atacama	72,6	76,1	76,8	75,3	71,4	72,3	67,1
De Coquimbo	64,1	62,6	64,2	63,1	63	59,5	58,8
De Valparaíso	52	51,6	51,2	49,8	50,8	45,9	45,1
Metropolitana de Santiago	52,1	52	50,8	49	47	43,2	40,8
Del Libertador B. O'Higgins	53,2	53,8	51,5	49,7	48,9	47,6	46
Del Maule	51,1	51,6	50,4	48,8	47,9	48,1	47,5
Del Biobío	49,6	49,4	48,1	45,9	44	42,2	39,9
De La Araucanía	55,3	56,6	52,9	54	51,6	49,2	45,5
De Los Ríos	60,9	62,2	61,1	54,6	54,5	47	46
De Los Lagos	68,6	69,1	62	58,8	54,2	51,2	47
De Aisén del Gral. C. Ibáñez del Campo	71,8	75,5	66,1	63,5	54,2	50,7	53,6
De Magallanes y de La Antártica Chilena	52,3	52,1	52,4	44,7	47,6	35,6	38,4

Fuente: Bases de nacimientos DEIS-MINSAL/ Base de proyecciones población INE actualizada.
Tasa por 1.000 mujeres entre 15 a 19 años.

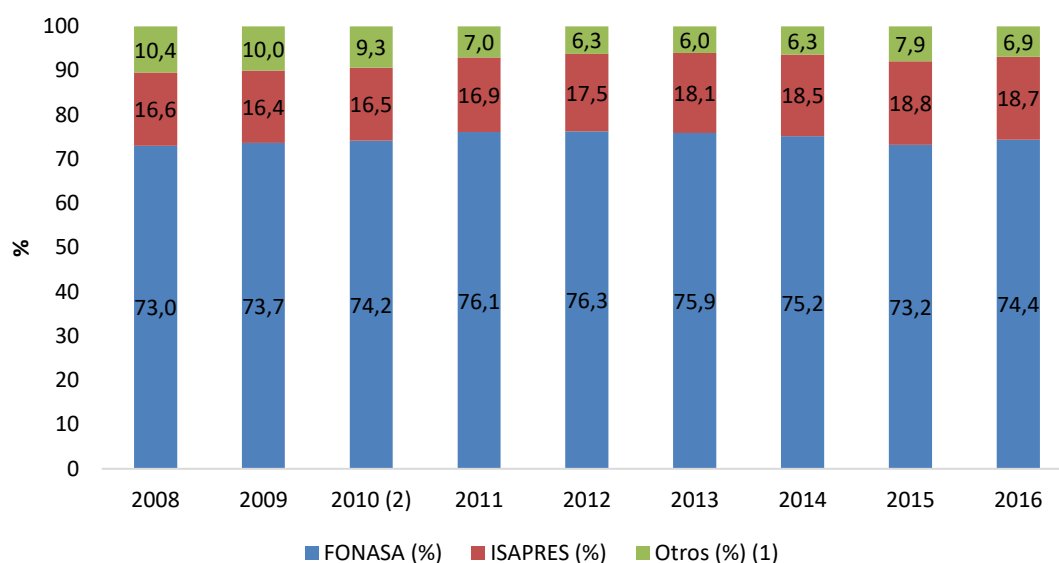
Cobertura sanitaria universal

3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esencial de calidad y el acceso a medicamentos y vacuna seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

3.8.2 Número de personas con seguro de salud o cobertura de un sistema de salud pública por cada 1.000 habitantes.

A nivel país, el Gráfico 27 nos muestra que la mayor parte de la población se encuentra adherida al Fondo Nacional de Salud (FONASA), siendo de 74, 4% el 2016, en tanto el 18,7% de la población está adherida a Isapres y 6,9% a otros seguros.

Gráfico 27. Estadística de la población beneficiaria del sistema público de salud (FONASA) y su participación respecto de otros sistemas, Chile 2008-2016.



Fuente: Elaboración propia con base en los datos disponibles en el Boletín Estadístico 2015-2016 FONASA.

Notas: (1) Considera a personas particulares y F.F.A.A. no aseguradas en FONASA e ISAPRES; (2) Antes del año 2010, el dato informado relativo a población asegurada en FONASA, correspondía a una estimación más que una estadística.

Para el periodo de 2003 al 2014, se puede observar el aumento en pesos del gasto total en salud; tanto en gastos privados como en gastos de bolsillo. Sin embargo, el porcentaje de gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total tuvo una disminución en el periodo señalado, desde un 42,45% en 2003 a 31,74% en el 2014 (Tabla 15).

Tabla 15. Gasto de bolsillo en salud como % del gasto total en salud. Chile 2003-2014.

Año	Gasto de Bolsillo en Salud	Gasto Privado en Salud	Gasto Total en Salud	%GBS
2003	1.640.126	2.448.918	3.863.738	42,45%
2004	1.746.257	2.600.951	4.198.255	41,59%
2005	1.926.107	2.862.013	4.609.081	41,79%
2006	2.018.623	3.004.702	5.069.606	39,82%
2007	2.194.975	3.336.450	5.737.927	38,25%
2008	2.367.930	3.684.250	6.445.522	36,74%
2009	2.410.952	3.784.864	7.129.633	33,82%
2010	2.603.888	4.077.739	7.735.064	33,66%
2011	2.850.327	4.454.778	8.497.918	33,54%
2012	3.047.946	4.853.735	9.338.945	32,64%
2013	3.334.971	5.342.038	10.320.056	32,32%
2014	3.705.648	6.034.560	11.674.742	31,74%

Fuente: Oficina de información económica de salud IES.

*Datos en millones de pesos.

Financiamiento y personal sanitario en Salud

3. c Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.

3. c.1 Densidad y distribución de los trabajadores sanitarios

Para el año 2016 la densidad de profesionales nucleares (médicos, enfermeros/as y matronas/es) fue de 30,3 por 10.000 beneficiarios FONASA (Tabla 16). En los últimos dos años el Estado ha gestionado políticas de recursos humanos, que han permitido dos importantes acuerdos plurianuales tendientes a mejorar las condiciones laborales y de desarrollo profesional; aumentar las remuneraciones; entregar mayor movilidad dentro del Sistema de Salud; y fortalecer las carreras funcionarias, factores esenciales para atraer y retener el personal sanitario en el sector público, además de alcanzar mayores niveles de satisfacción en el trabajo a través de la implementación del plan presidencial de buenas prácticas laborales. Este plan incluye un Protocolo de Acuerdo entre el Ministerio de Salud, la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda y el Colegio Médico y otro protocolo entre el Ministerio de Salud, la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda y siete gremios de representantes de los funcionarios de los Servicios de Salud.

Tabla 16. Densidad de profesionales nucleares por 10.000 beneficiarios de FONASA, por región. Chile 2016.

Región de Residencia	Densidad profesionales nucleares* por 10.000 beneficiarios FONASA
Total país	30,3
De Arica y Parinacota	35,6
De Tarapacá	34,7
De Antofagasta	30,1
De Atacama	29,3
De Coquimbo	26,5
De Valparaíso	29,9
Metropolitana de Santiago	28,9
Del Libertador B. O'Higgins	25,6
Del Maule	28,8
Del Biobío	35,1
De La Araucanía	33,1
De Los Ríos	37,5
De Los Lagos	37,9
De Aisén del Gral. C. Ibáñez del Campo	54,2
De Magallanes y de La Antártica Chilena	46,9

Fuente: Informe Brechas RHS en Sector Público abril 2017.

*Profesionales nucleares: médicos. Enfermeras y matronas.

RIESGOS MEDIOAMBIENTALES

3.9 Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.

3.9.2 Tasa de mortalidad atribuida al agua no apta para el consumo, el saneamiento en condiciones de riesgo y la falta de higiene (exposición a servicios de Agua, Saneamiento e Higiene para Todos (WASH) no seguros)

En el periodo de 2008-2014, el número de defunciones atribuidas al consumo de agua no apta para el consumo en el país aumentó de 739 a 861, representando un aumento de un 16,5% a nivel país. La gran mayoría de las regiones presentaron un aumento en el número de defunciones al 2014 en comparación al 2008, excepto las Regiones de Antofagasta, Los Ríos, Los Lagos y Aysén (Tabla 17).

Tabla 17. Número de defunciones atribuidas al consumo de agua*.

Región de Residencia	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total país	739	747	839	804	800	866	861
De Arica y Parinacota	11	10	18	15	23	16	16
De Tarapacá	10	13	15	13	10	12	11
De Antofagasta	36	24	26	16	13	23	17
De Atacama	8	11	12	11	6	17	8
De Coquimbo	27	26	31	36	34	43	44
De Valparaíso	75	93	96	89	110	95	101
Metropolitana de Santiago	264	283	309	342	337	351	288
Del Libertador B. O'Higgins	52	36	34	41	54	52	58
Del Maule	48	47	60	37	47	58	49
Del Biobío	110	87	118	91	79	111	147
De La Araucanía	27	41	44	46	43	38	57
De Los Ríos	22	26	16	16	11	16	17
De Los Lagos	38	39	40	37	25	30	33
De Aysén del Gral. C. Ibáñez del Campo	6	3	6	5	1	1	4
De Magallanes y de La Antártica Chilena	5	8	14	9	7	3	11

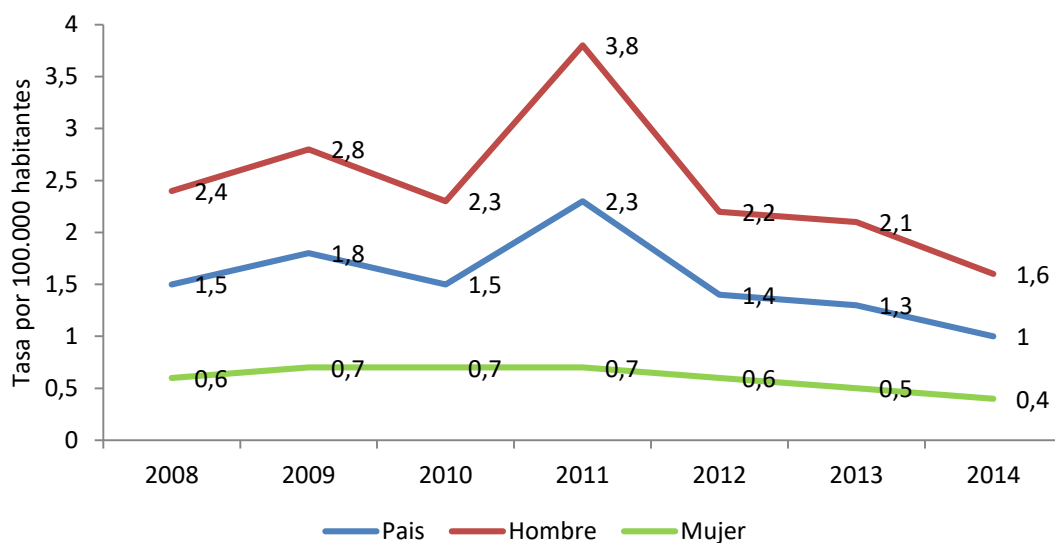
Fuente: Base de defunciones DEIS-MINSAL.

*Código CIE 10 WASH attributable fractions of diarrhoea (ICD-10 code A00, A01, A03, A04, A06-A09), intestinal nematode infections (ICD-10 code B76-B77, B79) and protein-energy malnutrition (ICD-10 code E40-E46).

3.9.3 Tasa de mortalidad atribuida a la intoxicación accidental

La intoxicación accidental, como podemos observar en el Gráfico 28, es mayor en hombres que en mujeres. El año 2014 la tasa fue de 1,6 intoxicaciones accidentales en hombres y 0,4 en mujeres. La tasa más alta se registró en la Región de los Lagos, seguido de la Metropolitana y Antofagasta. Lo anterior puede estar asociado a labores ocupacionales específicas.

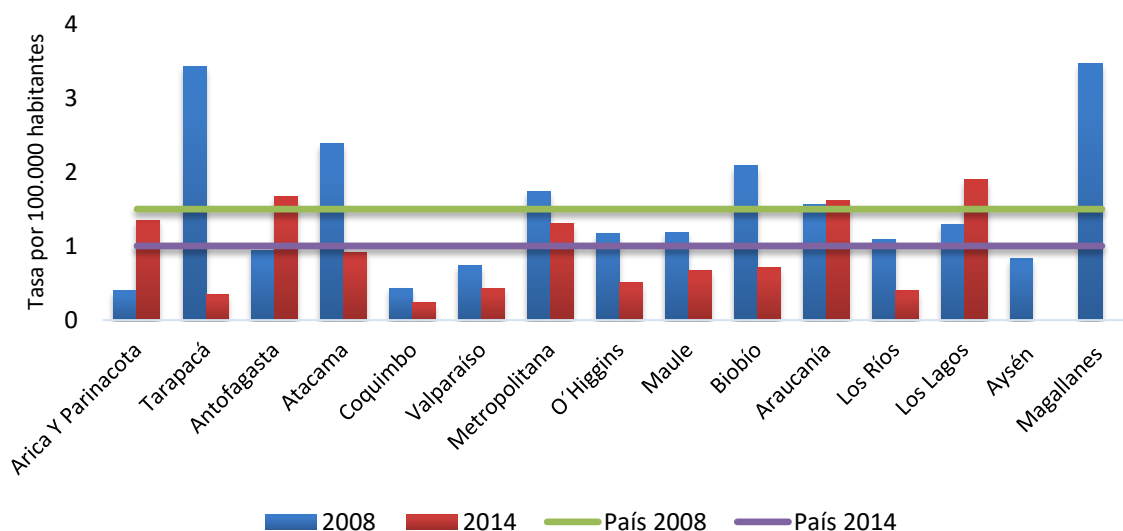
Grafico 28. Tasa ajustada de Mortalidad por intoxicación accidental, por sexo y región, 2008-2014.



Fuente: Base de defunciones DEIS-MINSAL.

Con respecto a las regiones, existe variabilidad. Algunas disminuyeron sus tasas 2014 con respecto al 2008 y otras la aumentaron, tal es el caso de Antofagasta, La Araucanía y Los Lagos, las que a su vez se sitúan, junto con la Metropolitana, con una tasa por sobre lo esperado con respecto a lo obtenido a nivel País (Gráfico 29).

Gráfico 29. Tasa ajustada de Mortalidad por intoxicación accidental, por región, 2008-2014.



Fuente: Fuente: Elaboración propia con base en los datos disponibles en DEIS - Ministerio de Salud. Tasa ajustada por edad y sexo en base a Censo año 2002.

Riesgos para la salud y brotes epidémico.

3. d Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos para la salud nacional y mundial.

3. d.1 Capacidad del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y preparación para emergencias de salud.

En relación a cuestionario aplicado al país por la organización Panamericana de la Salud, se obtiene en promedio un logro del 78% en las capacidades Reglamento Sanitario Internacional, entregándose en la Tabla 18 el detalle del logro según ítem presente en el instrumento aplicado.

Tabla 18. Porcentaje total y por ítem de capacidades reglamento Sanitario Internacional. Chile 2015. Respuesta cuestionario anual implementación RSI para Chile, 2015.

Ítem	Si	Total	%
1	5	5	100
2.1.1	7	7	100
2.1.2	10	11	90,9
3.1.1	9	9	100
3.2.1	15	18	83,3
4.1.1	11	13	84,6
4.2.1	14	14	100
5.1.1	10	12	83,3
5.2.1	0	9	0
6.1.1	7	10	70
7.1	5	7	71,4
8.1	13	16	81,3
8.2.1	3	6	50
9.1	10	14	71,4
9.1	1	2	50
9.3	1	3	33,3
10	13	13	100
11	23	24	95,8
12	8	18	44,4
13	13	17	76,5
Total	178	228	78,1

Fuente: Depto. Epidemiología.

INDICADORES DE SALUD PRESENTES EN OTROS ODS

ODS 8: Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos.

8.8 Proteger los derechos laborales y promover un entorno de trabajo seguro y protegido para todos los trabajadores, incluidos los trabajadores migrantes, en particular las mujeres migrantes y las personas con empleos precarios.

8.8.1 Tasas de frecuencia de lesiones ocupacionales mortales y no mortales, desglosadas por sexo y situación migratoria.

A nivel país, la mortalidad por accidentes laborales de personas en fuerza laboral de 15 años y más de edad, para ambos sexos, fue de 6,7 por 100.000 ocupados en el año 2007, disminuyendo sostenidamente hasta llegar a 5,1 en el año 2014. La misma tendencia se observa para la desagregación por sexo; entre el 2007 y 2014, en hombres, tasa de mortalidad bajó de 9,9 a 8,1 por 100.000 ocupados y de 1,2 a 0,9 por 100.000 ocupados para las mujeres en igual periodo. La tasa más alta en hombres se observa en el año 2008 y en mujeres el año 2010. Para ambos sexos la tasa mortalidad más alta se observó en el año 2008 (Tabla 19).

Cabe señalar que a partir del año 2010 las notificaciones cambiaron de fuente desde el Sistema Nacional de Información en Salud Ocupacional a Encuesta Nacional de Empleo, lo que produce un quiebre en la comparabilidad de los datos.

Tabla 19. Defunciones y Mortalidad por Accidentes Laborales según sexo y año del accidente.

Año	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Nº Defunciones	Tasa	Nº Defunciones	Tasa	Nº Defunciones	Tasa
2007	467	6,7	436	9,9	31	1,2
2008	510	7,1	486	10,7	24	0,9
2009	442	6,1	413	9,1	29	1,1
2010	512	6,6	470	10,0	42	1,4
2011	470	5,8	441	9,2	29	0,9
2012	492	6,0	459	9,5	33	1,0
2013	486	5,9	450	9,2	36	1,1
2014	434	5,1	404	8,1	30	0,9

Fuente: DEIS MINSAL.

Tasas por 100.000 personas en fuerza laboral. Poblaciones promedio anuales de fuerza laboral de 15 y más años estimadas con base en la Encuesta Nacional del Empleo del Instituto Nacional de Estadísticas.

A nivel país, para ambos sexos, la tasa de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) por accidentes laborales tuvo una disminución de 254 a 182,2 por 100.000 personas en

fuerza laboral en el periodo 2007-2014. Al comparar hombres y mujeres se observa una diferencia en todos los años desde el 2007 al 2014, siendo los AVPP mucho mayores para hombres que para mujeres. En el año 2014, los hombres presentan una tasa de 286,6 años por 100.000 y las mujeres un 33,0 (Tabla 20).

Tabla 20. Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) y Tasa de AVPP por Accidentes Laborales según sexo y año del accidente.

Año	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	AVPP	Tasa	AVPP	Tasa	AVPP	Tasa
2007	17.637	254,0	16.497	372,8	1.140	45,3
2008	19.757	274,4	18.728	413,6	1.029	38,5
2009	16.187	221,7	15.069	331,0	1.118	40,7
2010	19.080	245,4	17.393	369,9	1.687	54,9
2011	17.061	211,8	15.833	329,3	1.228	37,8
2012	18.187	223,1	16.960	350,8	1.227	37,0
2013	17.520	211,6	16.181	329,8	1.339	39,7
2014	15.376	182,2	14.229	286,6	1.147	33,0

Fuente: DEIS-MINSAL.

ODS 13: Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos

13.1 Fortalecer la resiliencia y la capacidad de adaptación a los riesgos relacionados con el clima y los desastres naturales en todos los países.

13.1.2 Número de muertes, personas desaparecidas y afectados por desastres por cada 100.000 personas

A nivel país, para el periodo de 2008 al 2014, el número de defunciones producto de desastres disminuyó de 40 a 30, representando una reducción de un 25%. A nivel regional, para el mismo periodo, las regiones que redujeron el número de defunciones fueron Valparaíso, Metropolitana, Los Lagos y Magallanes. Por otro lado, las regiones que aumentaron el número de defunciones fueron O'Higgins y La Araucanía. (Tabla 21)

En la Tabla 21 se puede observar el impacto del terremoto 8,8 en la Escala de Richter ocurrido en el año 2010, donde las regiones más afectadas en cuanto a defunciones fueron Maule (244), Bío-Bío (137), Metropolitana (58), O'Higgins (52), Valparaíso (22) y La Araucanía (18). Maule y Bío-Bío fueron las más afectadas, dado que el epicentro del sismo se ubicó entre ambas regiones.

Tabla 21. Número de defunciones producto de desastres, 2008-2014.

Región de Residencia	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total país	40	34	541	34	26	36	30
De Arica y Parinacota	0	0	0	0	0	0	0
De Tarapacá	0	0	0	0	0	0	2
De Antofagasta	0	0	1	0	1	2	0
De Atacama	0	0	0	0	0	0	0
De Coquimbo	0	1	1	0	1	0	0
De Valparaíso	5	2	22	1	4	2	2
Metropolitana de Santiago	6	0	58	6	3	1	3
Del Libertador B. O'Higgins	1	0	52	3	3	4	2
Del Maule	2	3	244	2	3	5	2
Del Biobío	12	13	137	6	5	8	8
De La Araucanía	4	2	18	9	3	5	6
De Los Ríos	0	0	0	0	0	3	1
De Los Lagos	6	8	7	4	2	2	2
De Aisén del Gral. C. Ibáñez del Campo	0	3	1	1	0	1	1
De Magallanes y de La Antártica Chilena	4	2	0	2	1	3	1

Fuente: Base de defunciones DEIS Minsal.

ODS 16: Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.

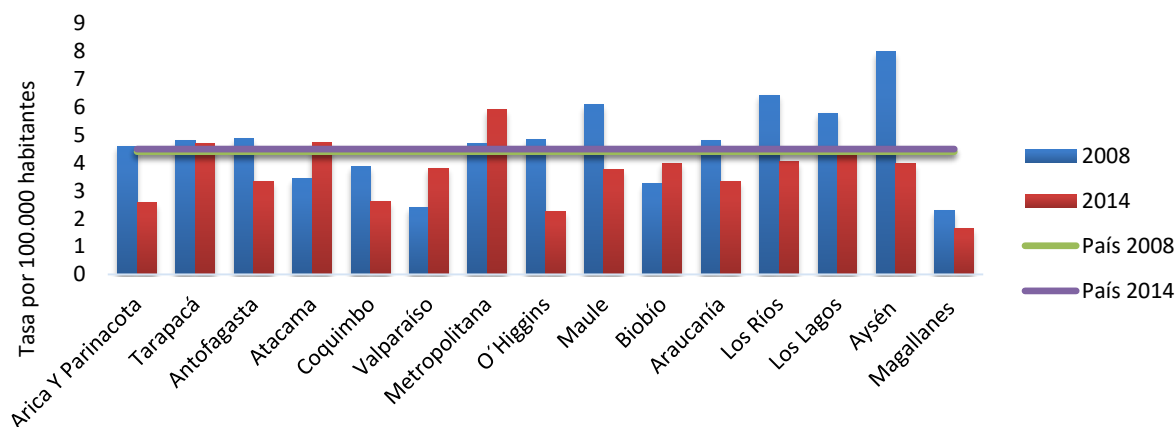
16.1 Reducir considerablemente todas las formas de violencia y las tasas de mortalidad conexas en todo el mundo.

16.1.1 Número de víctimas de homicidios dolosos por cada 100.000 habitantes, desglosado por sexo y edad

La tasa de mortalidad debido a homicidios dolosos el año 2008 correspondió a 4,4 por 100.000 habitantes, siendo el último año analizado de 4,5 por 100.000 habitantes (Gráfico 30). A nivel regional la Metropolitana, Tarapacá y Atacama presentan las tasas más altas el 2014 (Gráfico 30).

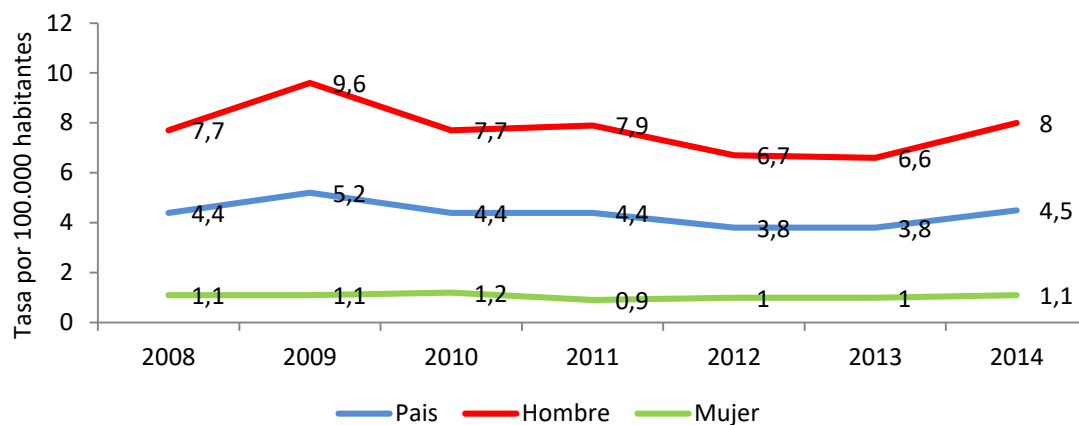
Al observar la tasa por sexo, existe marcadamente una mayor tasa en hombres; en ellos la tasa de homicidio se mantiene más alta que las mujeres en todos los años analizados. La tasa en hombres aumento de un 7,7 a un 8,0 el 2014 y la tasa de mujeres se mantuvo estable en 1,1 por 100.000 habitantes (Gráfico 31).

Gráfico 30. Tasa ajustada de homicidios, por región. 2008-2014.



Fuente: Elaboración propia con base en los datos disponibles en DEIS - Ministerio de Salud. Tasa ajustada por edad y sexo en base a Censo año 2002.

Gráfico 31. Tasa ajustada de homicidios, por País y sexo. 2008-2014.



Fuente: DEIS MINSAL.

Tasa ajustada por edad y sexo en base a Censo año 2002.

Recomendaciones

Considerando la importancia de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y teniendo en cuenta el rol del sector salud en establecer y/o fortalecer estrategias y acciones que permitan enfrentar los desafíos para el logro de tales objetivos, se hace necesario:

- Generar un trabajo coordinado intrasectorial, como con otros sectores y organizaciones del país.
- Mantener y mejorar el monitoreo de los indicadores asociados a los ODS, con el propósito de aportar información de manera oportuna.
- Alinear los futuros planes de salud y los programas en sintonía con los temas priorizados por los ODS.
- Adaptar las metodologías de medición y fuentes de información de los indicadores globales a la realidad nacional.
- Profundizar los análisis de los indicadores con el fin de identificar las variables que influyen en las brechas observadas en los resultados regionales y así dirigir las estrategias con un enfoque de desigualdades de acuerdo a la realidad de cada lugar.

Conclusiones

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible es un desafío que busca impulsar el nivel de desarrollo en términos regionales/locales y a nivel global. Este compromiso global se trata de un esfuerzo colectivo para lograr el bienestar de futuras generaciones.

Poder explorar y analizar las diferencias regionales de los resultados en salud al interior del país promueve la mirada integral hacia los ODS, de vital importancia en el sector salud que está ampliamente influenciado por los determinantes sociales. Aunque exista un ODS específico para temas de salud, no podemos dejar de observar y tomar en consideración los demás ODS planteados en la Agenda 2030, ya que estos contienen metas e indicadores que impactan directa e indirectamente en los resultados de salud.

Identificar donde se ubican las brechas y cuáles son sus especificidades permite a quienes deben tomar decisiones enfocar estrategias, alinear planes e inversiones en pro del desarrollo del país y del mundo. Además, permite a los distintos actores involucrados en este proceso (sector público, sector empresarial, trabajadores, sociedad civil y academia) conocer los avances en los resultados en salud y ofrecer su aporte en beneficio del desarrollo colectivo.

Referencias

1. Consejo Nacional para la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ODS). Chile Agenda 2030 Objetivos de Desarrollo Sostenible. Informe Nacional Voluntario. [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO); 2017 Jun [cited 2018 Mar 19] p. 133. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/15776Chile.pdf>
2. Secretaría Técnica ODS. Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO). Sobre la Agenda de Desarrollo Sostenible. [Internet]. Chile Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. [cited 2018 Mar 20]. Available from: <http://www.chileagenda2030.gob.cl/agenda-2030/sobre-la-agenda>
3. Consejo Nacional para la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ODS). Informe de Diagnóstico e Implementación de la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible en Chile. [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO); 2017 [cited 2018 Mar 14] p. 365. Available from: http://www.chileagenda2030.gob.cl/storage/docs/Diagnostico-Inicial_2.0_Agenda2030-ODS_2017.pdf
4. CIDOB Barcelona Centre for International Affairs. El sistema de medición y seguimiento de los ODS. [Internet]. CIDOB. [cited 2018 Mar 25]. Available from: http://www.cidob.org/es/publicaciones/documentacion/dossiers/dossier_ods_2015_2030/objetivos_de_desarrollo_sostenible_la_agenda_2030_del_compromiso_a_la_practica/el_sistema_de_medicion_y_seguimiento_de_los_ods
5. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). FAO y Los ODS. Indicadores: Seguimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. [Internet]. FAO; 2017 [cited 2018 Mar 20] p. 40. Report No.: I6919. Available from: <http://www.fao.org/documents/card/es/c/542ab92c-b6bb-4d37-afb1-a0228935bbe9/>
6. Departamento de Epidemiología. División de Planificación Sanitaria (DIPLAS). Evolución del VIH/SIDA Chile 2015. [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud (MINSAL); 2015 [cited 2018 Mar 19] p. 12. Available from: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/12/Informe_ejecutivo_VIH2015.pdf
7. Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PROCET). Departamento de Enfermedades Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. "Tuberculosis": Informe de Situación Chile 2016. [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud (MINSAL); 2017 Jun [cited 2018 Mar 19] p. 39. Available from: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/06/Informe-de-Situaci%C3%B3n-de-Tuberculosis-2016.pdf
8. Ministerio de Salud (MINSAL), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Vigilancia y Monitoreo de las Hepatitis B y C, exploración y análisis de datos. [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud (MINSAL); 2015 [cited 2018 Mar 19] p. 38. Available from: <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/07/INFORME-HEPATITIS-B-Y-C-2015.pdf>
9. Departamento de Epidemiología. División de Planificación Sanitaria (DIPLAS). Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud (MINSAL). Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primeros resultados. [Internet]. 2017 [cited 2017 Mar 19]; Santiago, Chile.

Available from: http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf