



Subsecretaría de Salud Pública
División de Planificación Sanitaria

Informe Final Diagnóstico Regional con enfoque de Equidad

Diciembre 2018
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.....	4
Situación de salud materna e infantil	6
Situación de salud adolescente.....	7
3. OBJETIVO.....	9
4. METODOLOGÍA	10
5. RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE DESIGUALDADES EN SALUD MATERNO, INFANTIL Y ADOLESCENTE POR REGIÓN	12
6. RECOMENDACIONES PARA LA MEDICIÓN Y MONITOREO DE DESIGUALDADES ..	87
7. REFERENCIAS	88

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, establece 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, generándose instancias de capacitación a los equipos regionales, de modo de contar con un análisis a nivel país desarrollado por las mismas regiones, siendo este un insumo relevante para emplear en las instancias de trabajo regional que permitan establecer prioridades y acciones en pos de reducir las desigualdades.

El informe que se presenta a continuación es una compilación de los informes y/o perfiles realizados por cada región, se realizó una selección de indicadores de cada ámbito (materno, infantil y adolescente), y se extrajeron los principales resultados considerando la importancia dentro de la región. Los informes y/o perfiles regionales se realizaron bajo las sugerencias de las orientaciones técnicas para la elaboración de diagnósticos regionales con enfoque de equidad.

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).

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. OBJETIVO

Objetivo General

Describir las desigualdades sociales en salud materna, infantil y adolescente que se presentan entre los años 2008-2015 en las Regiones de Chile.

Objetivos Específicos

Generar capacidades regionales en la medición y monitoreo de desigualdades sociales en salud.

Aportar con información regional en materia de desigualdades sociales en salud.

4. METODOLOGÍA

El estudio de desigualdades 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).

Para este desarrollo se estableció un grupo de trabajo, constituido por profesionales del Departamento Estrategia Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología y asesor OPS, el cual estableció un programa de capacitación en medición de desigualdades para los equipos regionales en el periodo comprendido marzo y mayo del año 2018.

Se generaron cuatro jornadas de capacitación, en las ciudades de Antofagasta, Santiago, Valdivia y Punta Arenas, donde se convocaron a profesionales del área de estadísticas, epidemiología y referente Estrategia Nacional de Salud de SEREMI y Servicios de Salud.

La capacitación incluyó aspectos conceptuales referidos a inequidades en salud, marco de trabajo regional y nacional en medición de desigualdades, y metodología y herramientas para desarrollar localmente la medición de desigualdades.

Posterior a la capacitación, los equipos regionales siguieron los pasos metodológicos expuestos en las jornadas, los que se basan en las recomendaciones descritas 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 en los temas de salud Materna, Infantil y Adolescentes, analizando la información en los periodos 2008-2015.

2. Identificación y cálculo de indicadores de salud y sociales: El cálculo de las medidas de desigualdad, involucran el uso de indicadores de salud, ponderadores demográficos y estratificadores sociales.

Cada equipo regional realizó una selección de indicadores sanitarios y sociales (basados en Estrategia Nacional de Salud, Agenda 2030, OPS, información regional), que permitieran visualizar las desigualdades sociales en salud materna, infantil y adolescente.

3. Cálculo de medidas de desigualdades simples: se procedió a generar las medidas de desigualdad simples empleando la información de los indicadores que cada equipo regional seleccionó.

Las métricas de desigualdades simples fueron calculadas para los periodos definidos, utilizando una herramienta estandarizada en Excel, provista por OPS. Para efectos de la medición de brecha absoluta y relativa, se agruparon las comunas de cada región en quintiles o terciles, dependiendo de las definiciones realizadas localmente.

Para efectos de los quintiles, según el estratificador social a emplear, el Quintil 1 corresponde 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 comunas del Quintil 1 y el promedio ponderado de las comunas del Quintil 5. A su vez la brecha relativa corresponde al cociente entre el promedio ponderado del indicador de salud de las comunas del Quintil 1 y el promedio ponderado de las comunas del Quintil 5.

4. Elaboración documento de desigualdades: considerando la necesidad de transferir y difundir la información de las mediciones de desigualdades, cada región elaboró un perfil y/o informe, donde describieron para los ámbitos de salud materna, infantil y adolescente los principales resultados obtenidos.

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

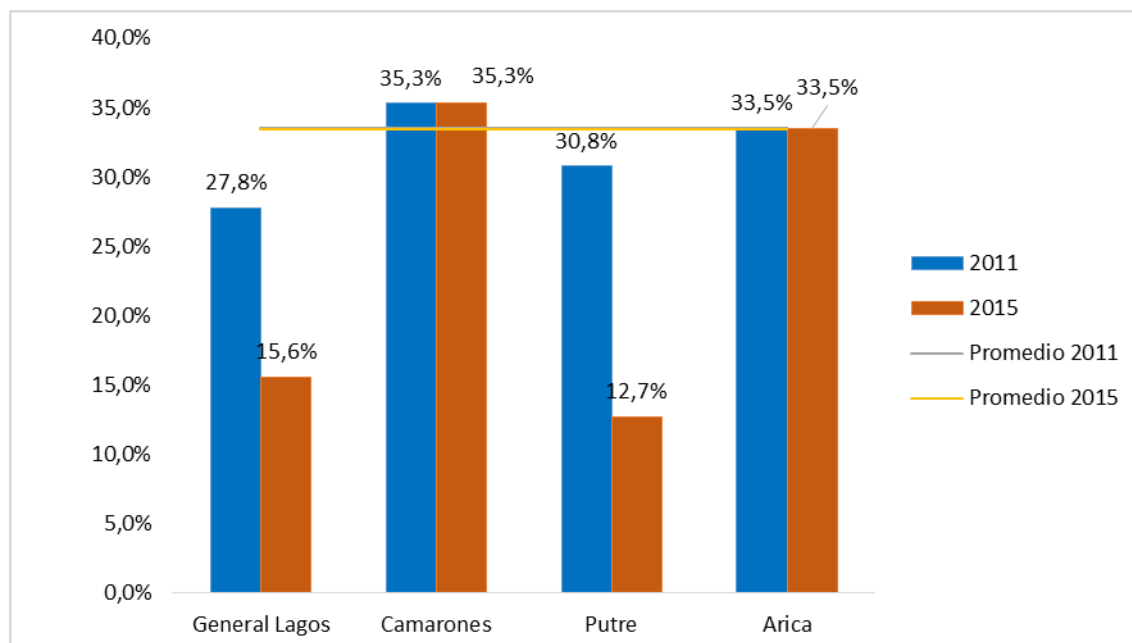
A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos de los trabajos desarrollados por los equipos regionales, en torno a las mediciones de desigualdades sociales en salud materna, infantil y adolescente.

Región de Arica y Parinacota

Salud Infantil

La malnutrición por exceso en niñas y niños menores de 6 años beneficiarios del sistema público de salud estratificado por promedio de escolaridad alcanza el 33,5% en 2011 y 33,4% en 2015, observando la comuna de General Lagos, la que presenta el menor porcentaje de malnutrición en los periodos analizados (Gráfico 1).

Gráfico 1 Malnutrición por exceso en menores de 6 años, región Arica y Parinacota, años 2011 – 2015

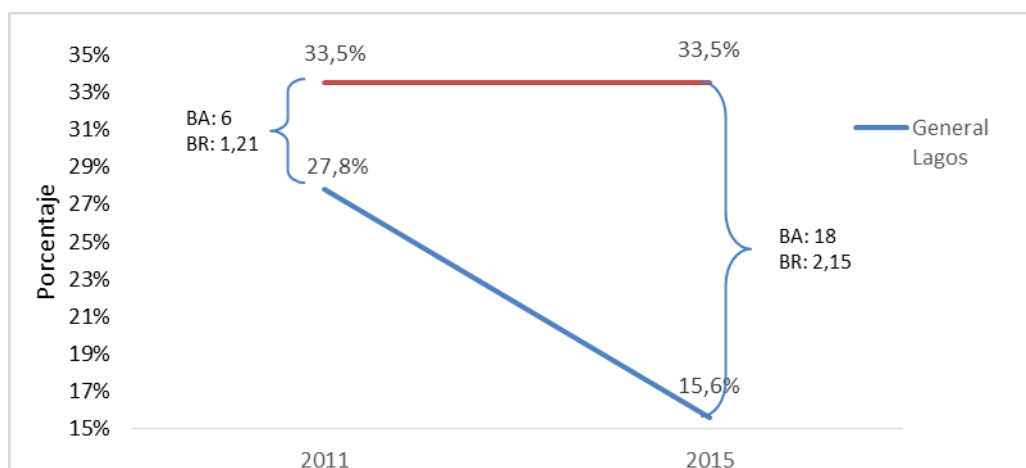


Fuente: DEIS- CASEN 2015

En el análisis de desigualdades de acuerdo al promedio de años de escolaridad es posible apreciar que 6 puntos porcentuales menos de malnutrición por exceso desde la comuna de General Lagos con menor promedio de escolaridad, comparado con la comuna de Arica con mayor promedio de escolaridad en el 2011, lo que aumentó la brecha 18 puntos porcentuales entre los mismos grupos en el 2015.

Respecto a la brecha relativa, esta diferencia se duplica (2,15) en el 2015 entre ambas comunas (Gráfico 2).

Gráfico 2. Malnutrición por exceso en menores de 6 años, según promedio de escolaridad, Región de Arica y Parinacota (2011 - 2015)

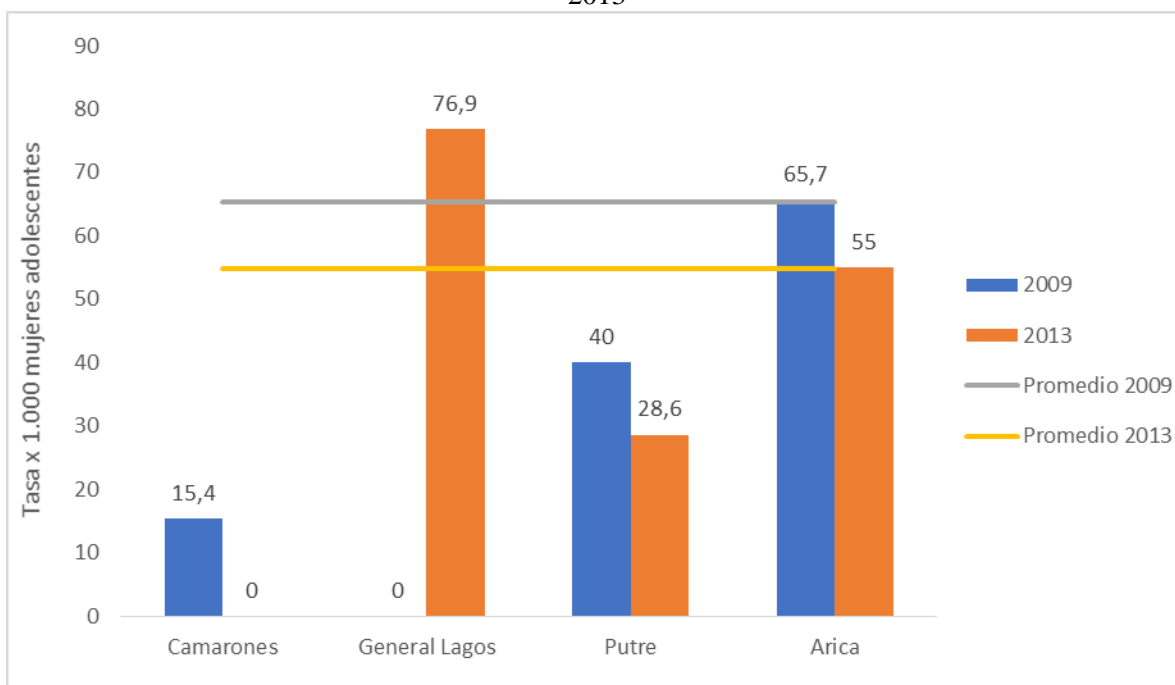


Fuente: DEIS- CASEN 2015

Salud Adolescente

La tasa de fecundidad adolescente en la región muestra un descenso entre los años 2009 y 2014, pasando de 65,3 nacimientos por 1.000 mujeres entre las edades de 15 a 19 años a 54,7 nacimientos en 2014 en mujeres del mismo grupo de edad. Observando la comuna de Camarones la que presenta menor tasa de fecundidad en los periodos analizados (Gráfico 3).

Gráfico 3. Tasa de Fecundidad Adolescente por Comuna, Región Arica y Parinacota, años 2009 – 2013

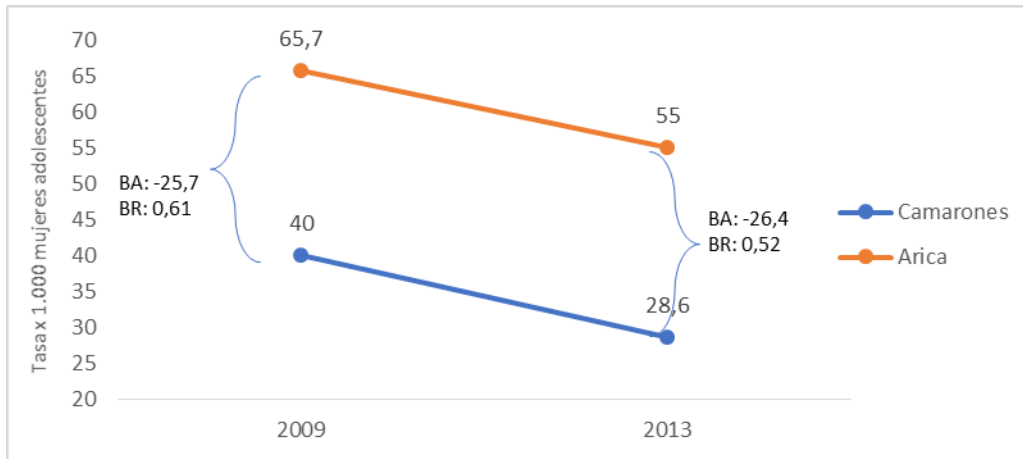


Fuente: DEIS - CASEN

Al analizar la tasa de fecundidad según promedio de escolaridad como estratificador social de medición de desigualdad, (Gráfico 4), se observa que la diferencia absoluta entre la comuna con mayor promedio de escolaridad que corresponde Arica con la de menor promedio de escolaridad que es Camarones es de 25,7 nacimientos por 1.000 mujeres de 10 a 19 años en el año 2009 y de 26,4 nacimientos en el 2014.

En términos relativos, en 2009 esta brecha fue de 61%, mientras en 2014, esta diferencia disminuyó en un 52%.

Gráfico 4. Tasa de Fecundidad Adolescente por Comuna, según años de escolaridad, Región Arica y Parinacota, años 2009 – 2013



Fuente: DEIS - CASEN

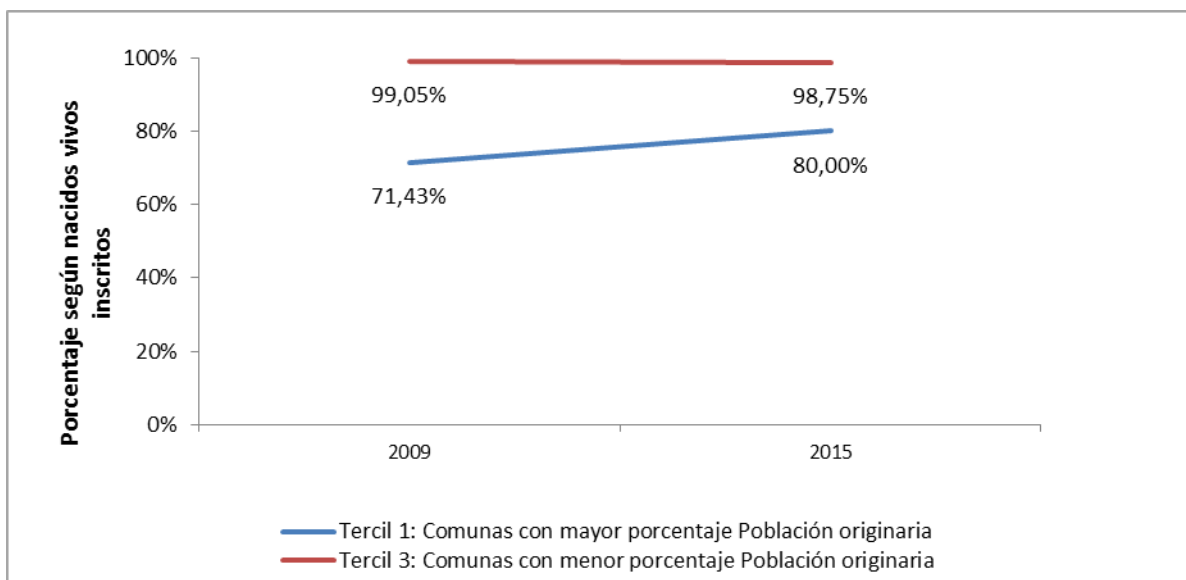
Región de Tarapacá

Salud Materna

27,6 puntos porcentuales más de parto asistido por profesional en el tercil de las comunas con menor población originaria, comparado con el tercil de las comunas con mayor población originaria en el año 2009. Esta brecha absoluta se redujo a 18,75 puntos porcentuales en el año 2015.

1,39 veces más de cobertura de atención profesional del parto en las comunas del tercil con menor población originaria en el año 2009 respecto a las comunas del tercil con mayor población originaria, brecha relativa que disminuyó a 1,2 veces más de partos asistidos profesionalmente en los mismos terciles en el año 2015 (Gráfico 5).

Gráfico 5. Parto asistido por profesional, según terciles de población originaria años 2009 – 2015

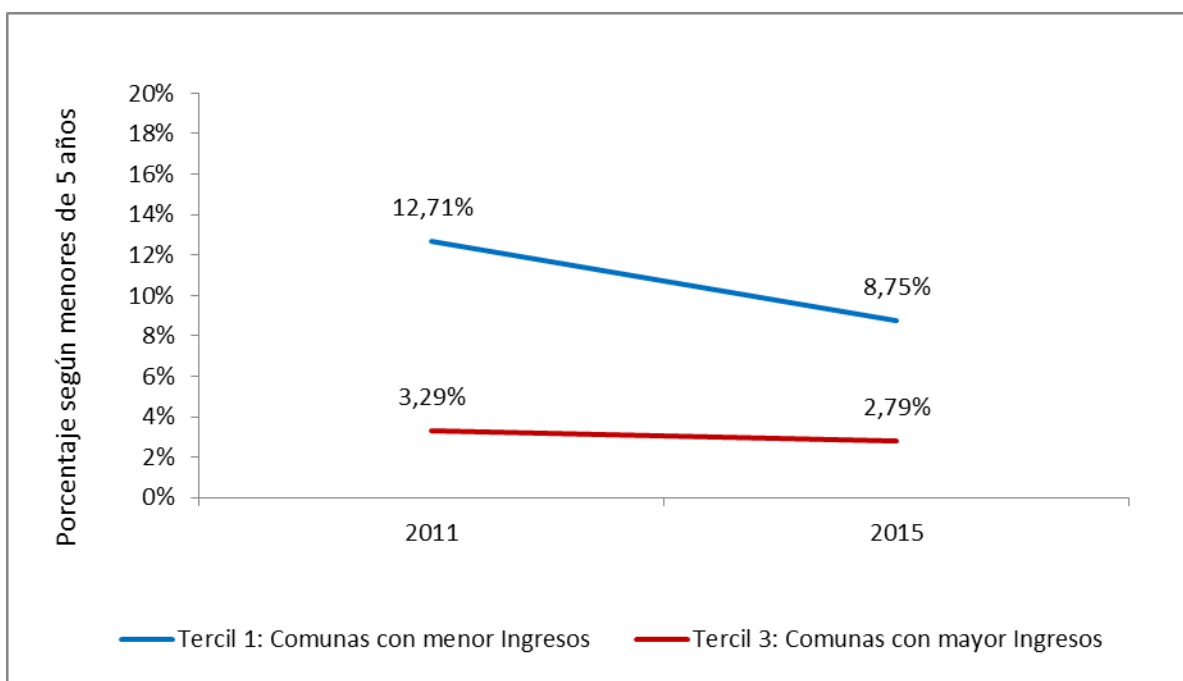


Salud Infantil

9,4 puntos porcentuales más de casos de rezago infantil en el tercil de las comunas con menor ingreso, en comparación con el tercil de las comunas con mayor ingreso en el año 2011. Esta brecha absoluta disminuyó a 6 puntos porcentuales al comparar los terciles extremos en el año 2015.

3,9 veces más de casos de rezago infantil en el tercil de las comunas con menor ingreso en el año 2011, comparado con el tercil de comunas con mayor ingreso. Esta brecha relativa disminuyó a 3,1 veces en el año 2015 en los terciles mencionados anteriormente (Gráfico 6).

Gráfico 6. Rezago Infantil, según térciles de ingresos Región de Tarapacá, años 2011 – 2015

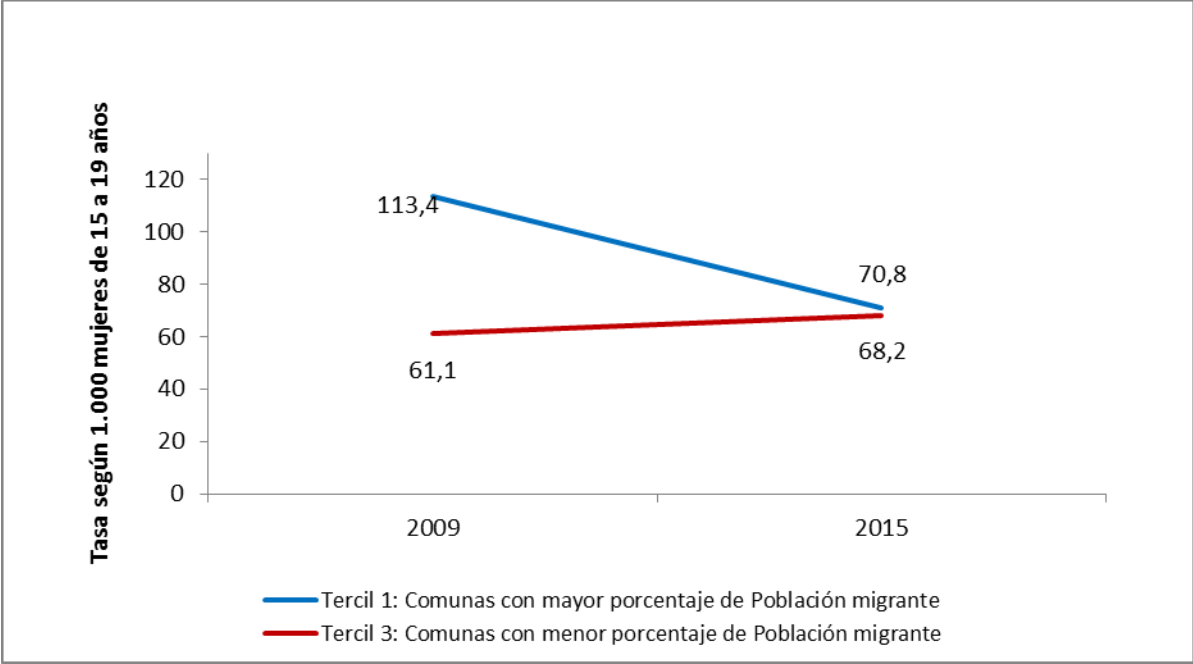


52,3 nacidos vivos más por cada 1.000 mujeres adolescentes de 15 a 19 años en el tercil de las comunas con mayor población migrante. comparado con el tercil de las comunas con menor población migrante en el año 2009, brecha absoluta que disminuyó a 2,6 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres adolescentes entre los mismos terciles en el año 2015.

Salud Adolescente

2 veces más de fecundidad adolescente (15 a 19 años) en el tercil de las comunas con mayor porcentaje de población migrante, comparado con el tercil de las comunas con menor porcentaje de población migrante en el año 2009. Esta brecha relativa disminuyó a 1 vez la fecundidad entre los mismos terciles en el año 2015 (Gráfico 7).

Gráfico 7. Fecundidad adolescente, según Terciles de Población migrante. Región de Tarapacá. Años 2009 y 2015



Región de Antofagasta

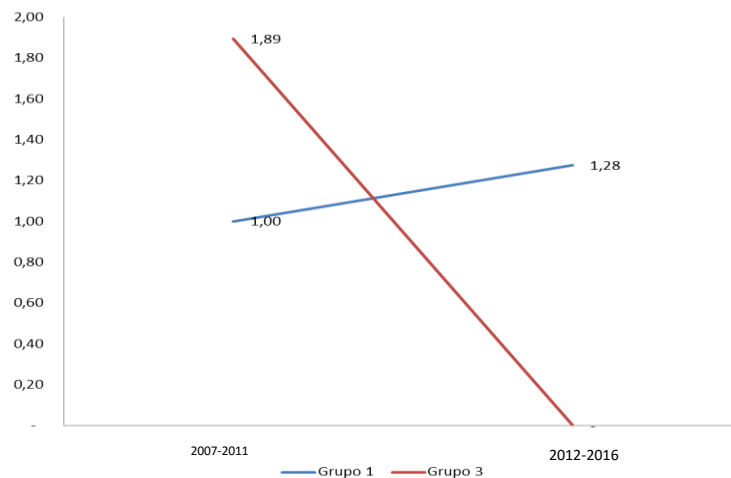
Salud Materna

La razón de mortalidad materna para el quinquenio 2007-2011, presenta un promedio regional menor a una muerte cada mil nacidos vivos, siendo la provincia de Antofagasta quien presenta el mejor indicador y la provincia con mayor razón de mortalidad, fue la provincia de Tocopilla, quien se acercó a las dos muertes cada mil nacidos vivos.

Para el quinquenio 2012 a 2016, el promedio de razón de muertes maternas se presenta en 1,4 muertes cada mil nacidos vivos, siendo la provincia de Antofagasta la que presenta el peor indicador, seguida por la provincia El Loa. Para este quinquenio la provincia de Tocopilla no registro muertes maternas.

En el gráfico 8 se observa para el quinquenio 2007-2011 que el tercil de mayor vulnerabilidad (1) por escolaridad presentaba una menor razón de mortalidad materna, lo cual se invierte en el quinquenio 2012 a 2016, presentando finalmente una brecha absoluta de 1,28 muertes maternas más en el grupo de mayor vulnerabilidad.

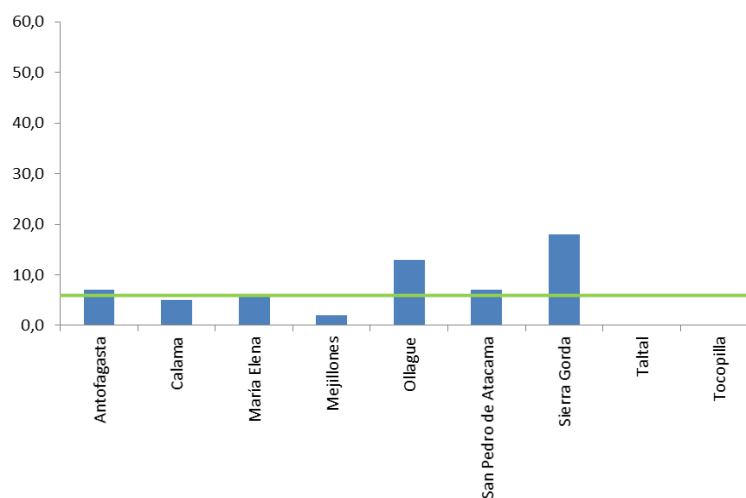
Gráfico 8. Desigualdad RMM por escolaridad



Salud Infantil

En el gráfico 9 se observa que el promedio de rezago en la región de Antofagasta alcanza un 9% de los menores de 5 años en el año 2011, sin embargo, las comunas de Sierra Gorda, Ollagüe y Antofagasta se mantienen sobre lo promediado como región.

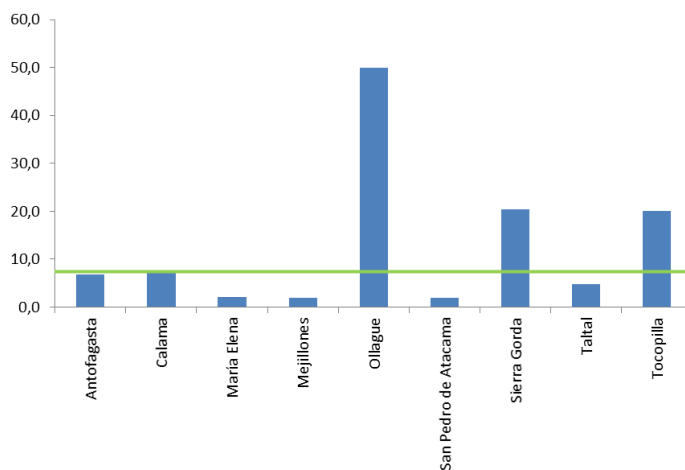
Gráfico 9. Porcentaje de niños (as) menores de 5 años con rezago para Región de



Antofagasta en el año 2011.

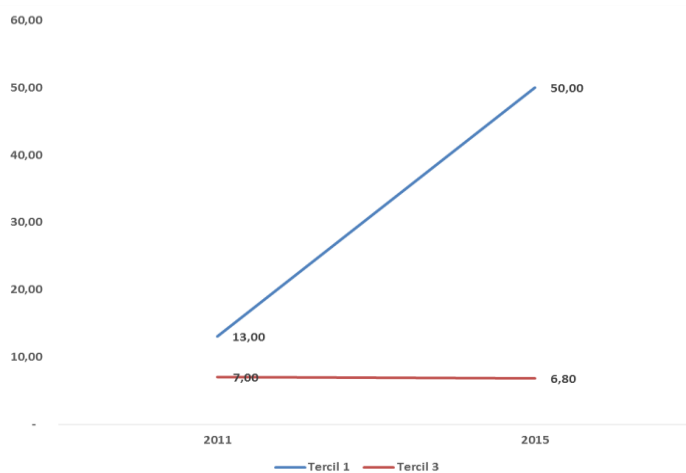
Por otra parte, para el año 2015 el porcentaje de niños menores de 5 años, a pesar de casi mantener el promedio regional, las comunas de Ollagüe, Sierra Gorda y Tocopilla superan ampliamente la media (Gráfico 10).

Gráfico 10. Porcentaje de niños (as) menores de 5 años con rezago para Región de Antofagasta en el año 2015



Se observan 6 puntos porcentuales más de rezago infantil en el tercil con menor promedio de años de escolaridad, comparado con el tercil con mayor promedio de años de escolaridad en el 2011, lo que aumentó 43,2 puntos porcentuales en el 2015. Lo que se traduce en el 2011, en 1,86 veces más de rezago infantil en el tercil con menor promedio de años de escolaridad, comparado con el tercer tercil y aumentando 7,35 veces más en este grupo en el 2015 (Gráfico 11).

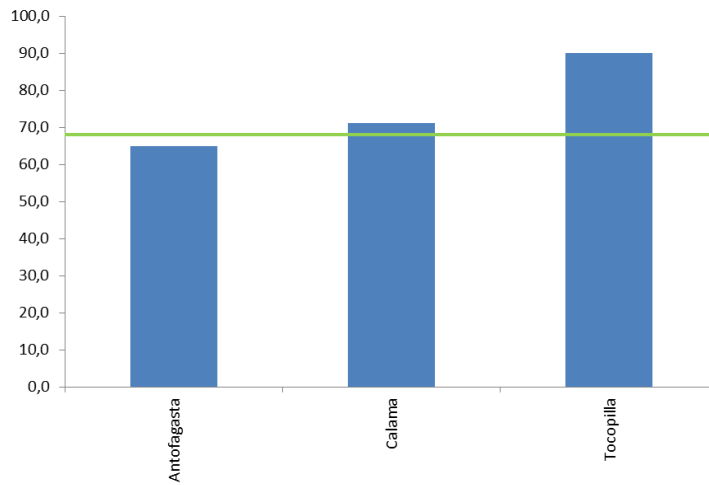
Gráfico 11. Medición de desigualdad rezago por escolaridad



Salud Adolescente

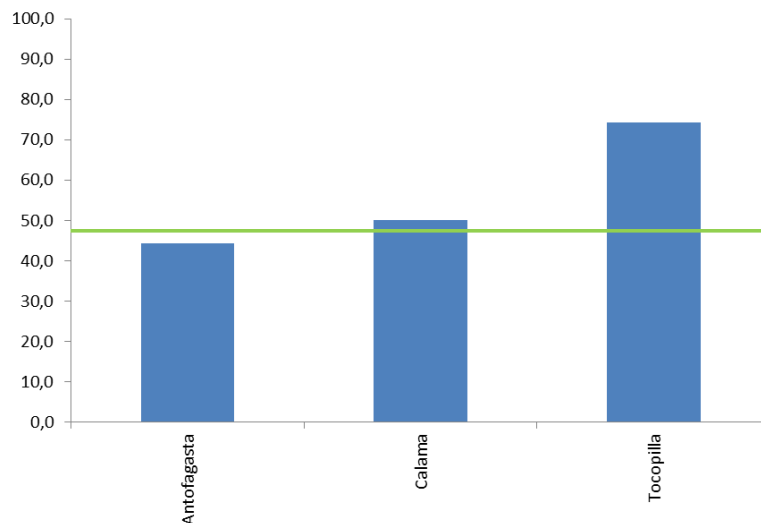
En el Gráfico 12 se observa que la tasa de fecundidad en adolescente en el año 2008 es mayor en la comuna de Tocopilla, seguida por Calama y por último Antofagasta, todas las comunas superan los 40 embarazos cada mil mujeres entre 15 y 19 años.

Gráfico 12. Tasa Fecundidad Adolescente para comunas de Antofagasta, Calama y Tocopilla 2008



Para el año 2015 se presenta la misma situación a la gráfica anterior correspondiente al año 2008, manteniéndose con el peor indicador la comuna de Tocopilla, seguida por Calama y con mejor indicador la comuna de Antofagasta (Gráfico 13).

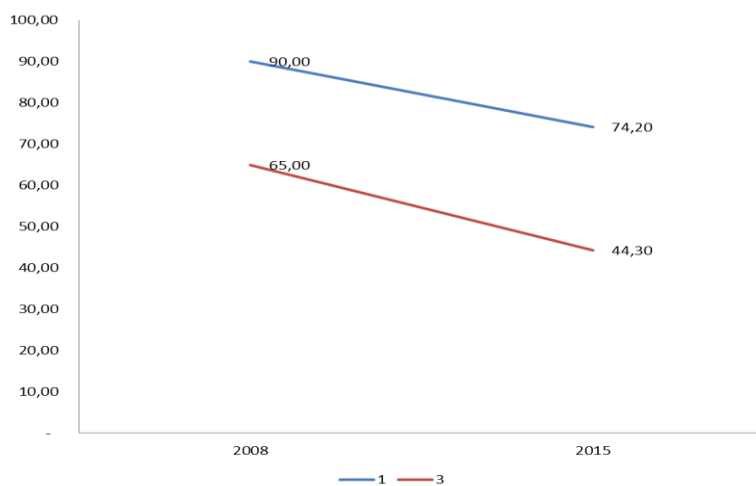
Gráfico 13. Tasa Fecundidad Adolescente para comunas de Antofagasta, Calama y Tocopilla año 2015



En términos de vulnerabilidad por escolaridad, el grupo de mayor vulnerabilidad (1) presenta una tasa de fecundidad mayor en adolescente, frente a aquella de menor vulnerabilidad. En el último año

de análisis (2015) se presenta cerca de 30 embarazos más en el grupo de menor escolaridad, con una brecha relativa de 1,67 veces más embarazos en el grupo de mayor vulnerabilidad por escolaridad (Gráfico 14).

Gráfico 14. Desigualdad tasa de fecundidad en adolescentes por escolaridad



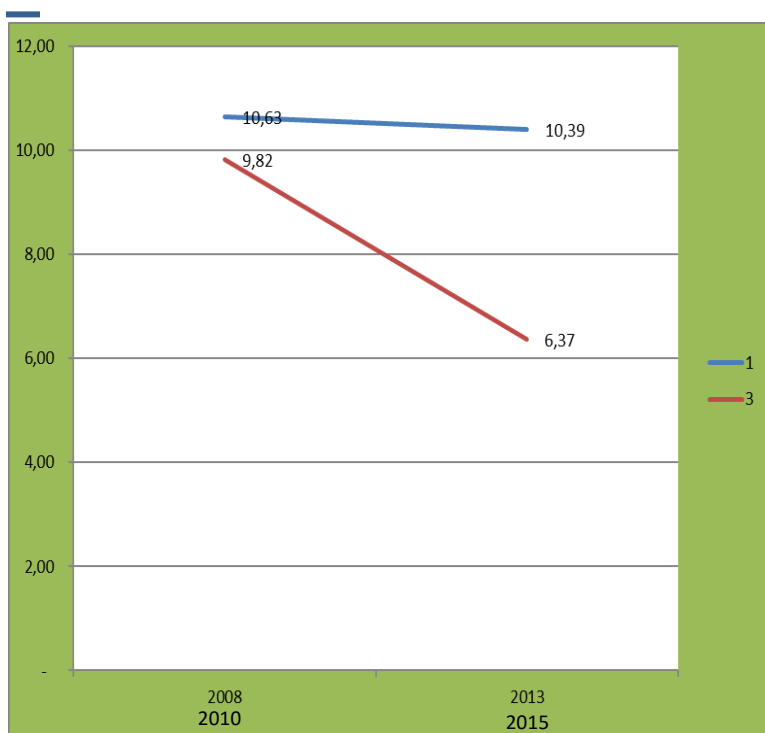
Región de Atacama

Salud Infantil

0,8 defunciones más en menores de 1 año por 1.000 NVC para el trienio 2008-2010 en la comuna con menores ingresos por trabajo (Vallenar), respecto a la comuna con mayores ingresos por trabajo (Chañaral). Esta brecha absoluta aumentó a 4 defunciones más en la comuna con menores ingresos por trabajo (Vallenar), para el trienio 2013-2015.

8% más de mortalidad infantil en la comuna con menores ingresos por trabajo (Vallenar), para el trienio 2008-2010 respecto a la comuna con mayores ingresos por trabajo (Chañaral). Para el trienio 2013-2015 esta brecha relativa aumentó a 63% (Gráfico15).

Gráfico 15. Tasa trienal de mortalidad infantil 2008-2010 y 2013-2015, según ingresos por trabajo comunal Casen 2009-2015.

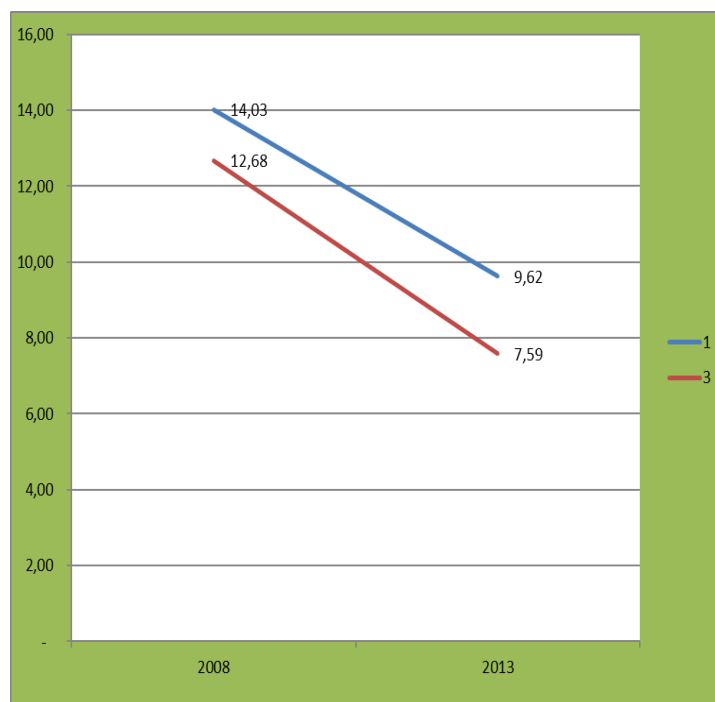


Nota: 1= Comuna de menores ingresos por trabajo
3= Comuna con mayores ingresos por trabajo

1,3 muertes perinatales más para el trienio 2008-2010 en la comuna con menor promedio de años de escolaridad (Chañaral), respecto a la comuna con mayor promedio de años de escolaridad (Copiapó). En tanto, para el trienio 2013-2015, se observa que hubo 2 defunciones más en la comuna con menor promedio de años de escolaridad (Vallenar).

11% más de mortalidad perinatal en la comuna con menor promedio de años de escolaridad (Chañaral), para el trienio 2008-2010 respecto a la comuna con mayores años promedio de escolaridad (Copiapó). Para el trienio 2013-2015 esta brecha relativa aumentó a 27% (Gráfico 16).

Gráfico 16. Tasa trienal de mortalidad perinatal, según años promedio de escolaridad comunal Casen 2009-2015.



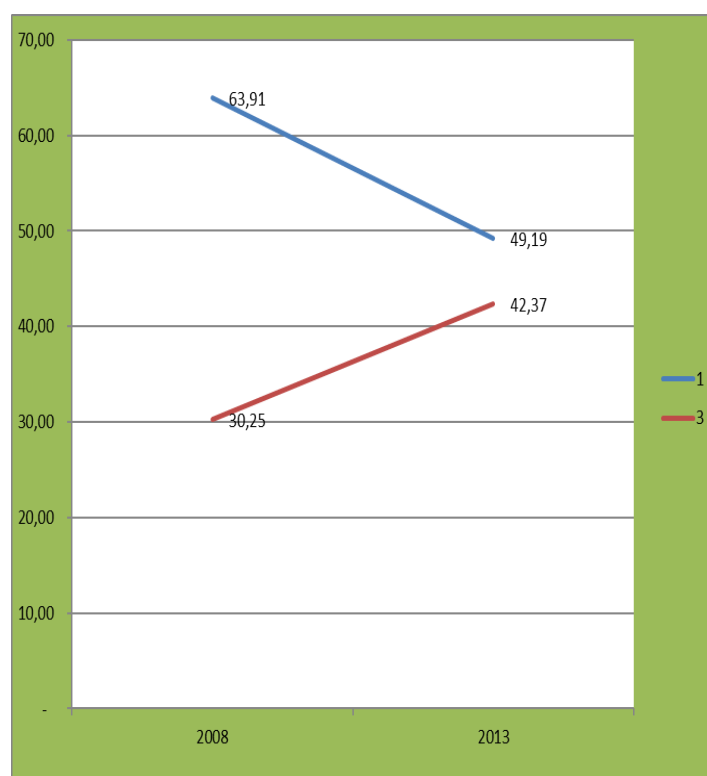
Nota: — 1= Comuna de menores años promedio de escolaridad
 — 3= Comuna con mayores años promedio de escolaridad

Salud Adolescente

34 defunciones más en población de 15-19 años para el trienio 2008-2010 en la comuna con menores ingresos por trabajo (Vallenar), respecto a la comuna con mayores ingresos por trabajo (Chañaral). En tanto que para el trienio 2013-2015, se observa que hubo 7 muertes más en la comuna con menores ingresos por trabajo (Vallenar).

2 veces más de mortalidad en población de 15-19 años en la comuna con menores ingresos por trabajo (Vallenar), para el trienio 2008-2010 respecto a la comuna con mayores ingresos por trabajo (Chañaral). Para el trienio 2013-2015 esta brecha relativa disminuyó a 1, debido a que un descenso en la mortalidad en la comuna de menores ingresos y un aumento en la de mayores ingresos (Gráfico 17).

Gráfico 17. Tasa de mortalidad por causas externas en población de 15-19 años, según ingresos por trabajo comunal Casen 2009-2015.



Nota: — 1= Comuna de menores ingresos por trabajo
 — 3= Comuna con mayores ingresos por trabajo

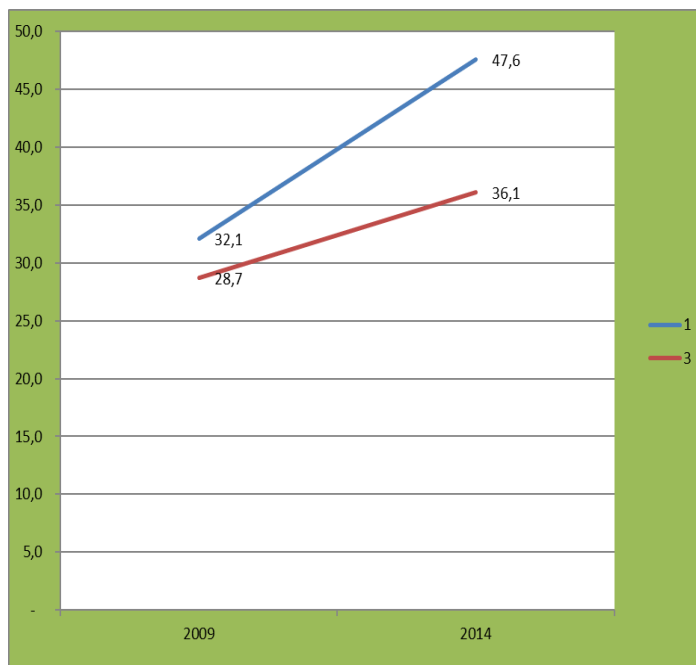
Salud Materna

3,4 puntos porcentuales más de lactancia materna exclusiva al sexto mes de vida en la comuna con menor años promedio de escolaridad (Chañaral), comparado con la comuna de mayor años promedio de escolaridad (Copiapó) el año 2009, lo que aumentó a 11,5 puntos porcentuales entre la comuna de menor (Vallenar) y mayor años promedio de escolaridad (Copiapó) el año 2014.

12% más de lactancia materna exclusiva al sexto mes en la comuna de menor años de promedio de escolaridad comparado con la comuna de mayores años de promedio de escolaridad en el año 2009,

lo que aumentó a 32% entre la comuna de menor y mayor años promedio de escolaridad en el año 2014 (Gráfico 18).

Gráfico 18. Porcentaje de lactancia materna exclusiva al sexto mes de vida, según años promedio de escolaridad comunal Casen 2009-2015.



Nota: — 1= Comuna de menores años promedio de escolaridad
— 3= Comuna con mayores años promedio de escolaridad

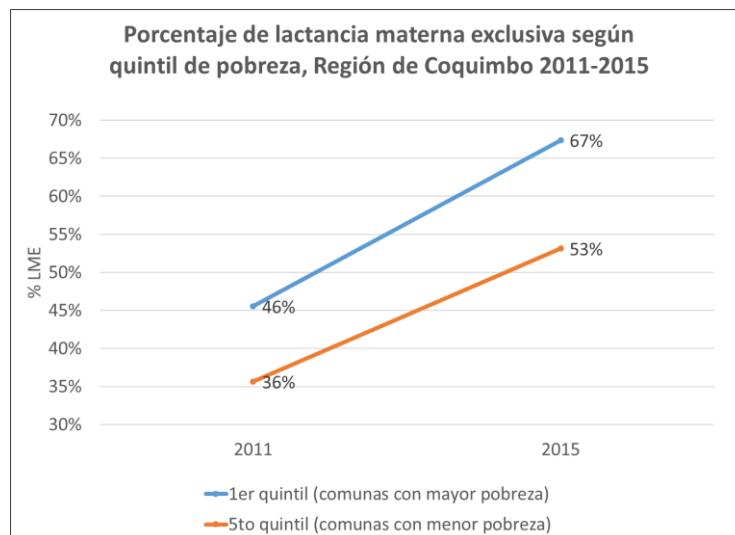
Región de Coquimbo

Salud Infantil

10 puntos porcentuales más de lactancia materna exclusiva en el quintil de las comunas de mayor pobreza, comparado con el quintil de menor pobreza en el año 2011; para el año 2015 aumentó 14 puntos porcentuales.

28% más de lactancia materna exclusiva en las comunas del quintil con más pobreza, respecto a las comunas de menor porcentaje de pobreza en el año 2011, lo que disminuyó a 26% en el año 2015 respecto a los mismos quintiles (Gráfico 19).

Gráfico 19. Porcentaje de lactancia materna exclusiva según quintil de pobreza, Región de Coquimbo, 2011-2015.



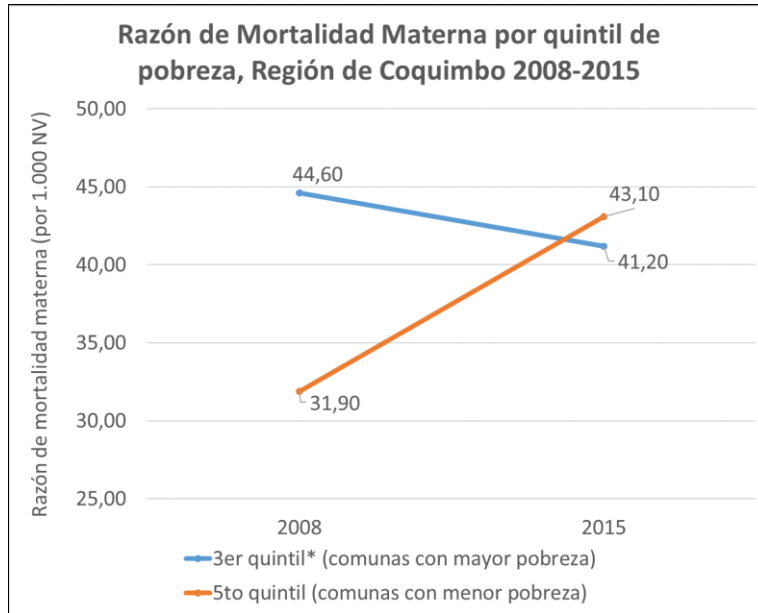
Salud Materna

12,7 muertes maternas más en el tercer quintil* de vulnerabilidad social para el año 2008. Para el año 2015 el quinto quintil tiene 1,9 muertes maternas más.

40% mortalidad materna en el tercer quintil¹ de pobreza con respecto al quinto quintil para el período 2008. Esta brecha disminuye hasta invertirse en el período 2015, donde el quintil con más vulnerabilidad social presenta 4% menos de riesgo de mortalidad materna (Gráfico 20).

¹ En este indicador se comparan el 3er y 5to quintil debido a que el quintil 1 no presenta casos de mortalidad materna para los períodos estudiados. Para el 2015 el 3er quintil lo componen las comunas de Ovalle, Illapel y Los Vilos.

Gráfico 20. Razón de mortalidad materna por quintil de pobreza, Región de Coquimbo, 2008-2015.

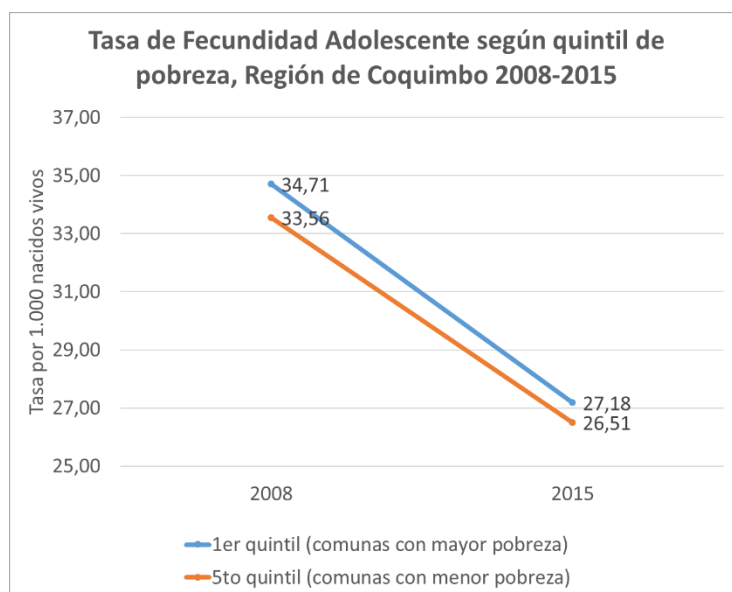


Salud adolescente

1 nacido vivo más por cada 1.000 adolescentes en las comunas de mayor pobreza, respecto del quintil de menor pobreza para el año 2008. Para el año 2015 este indicador disminuyó para ambos quintiles, sin embargo, se mantiene la brecha.

3% más en la tasa de fecundidad adolescente para el año 2008 entre las comunas de mayor y menor pobreza, brecha que se mantiene para el año 2015 (Gráfico 21).

Gráfico 21. Tasa de fecundidad adolescente según quintil de pobreza, Región de Coquimbo 2008-2015.



Región de Valparaíso

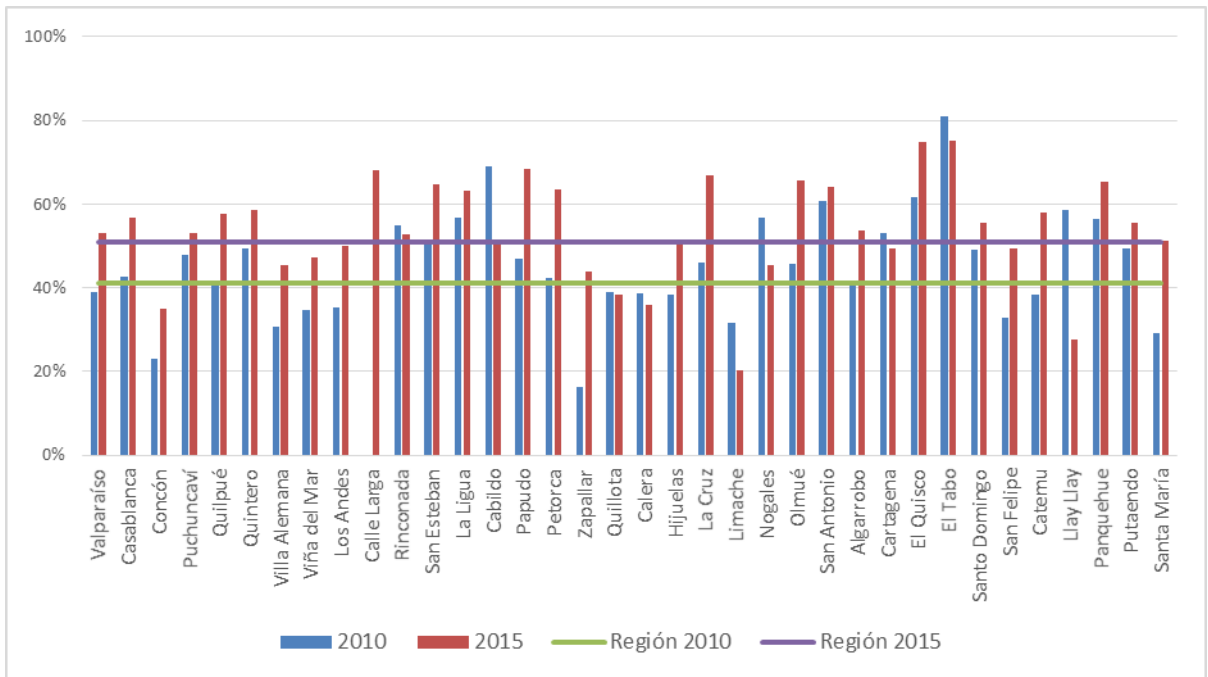
Salud materna

A nivel regional el año 2010 el porcentaje de lactancia materna era de 41,2% aumentando a 51% el año 2015.

A nivel comunal, el quinquenio 2006-2010, 13 comunas presentan porcentajes de lactancia materna exclusiva a los 6 meses inferiores a la región, las coberturas más bajas se presentan en las comunas de Zapallar (16,2%), Concón (23%) y Santa María (29,1%).

El quinquenio 2011-2015, 11 comunas presentan coberturas más bajas a la región, los porcentajes más bajos corresponde a las comunas de Limache (20,1%), Llaillay (27,7%) y Concón (34,8%), esta última comuna se mantiene respecto el quinquenio anterior con baja cobertura, pese a registrar el 2015 un aumento del indicador (gráfico 22).

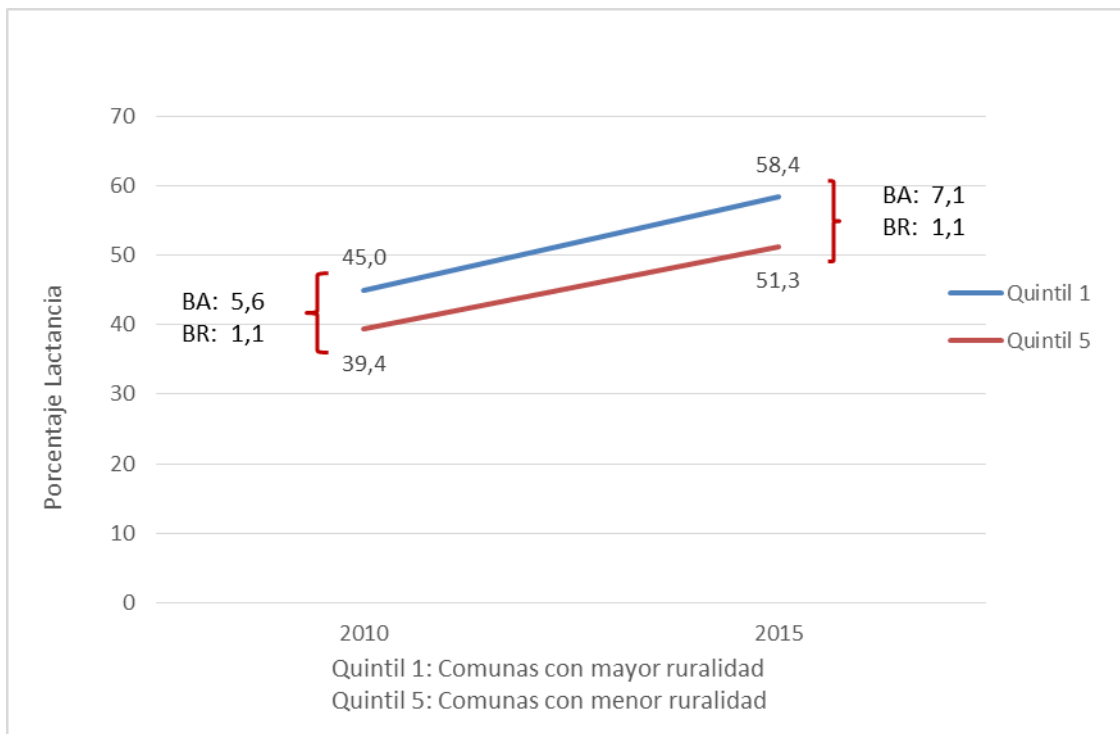
Gráfico 22. Porcentaje de Lactancia materna exclusiva a los 6 meses.
Región de Valparaíso 2010 y 2015



Al analizar la Lactancia Materna, según el porcentaje de población rural, el año 2010, se observa que el quintil de comunas con mayor ruralidad (quintil 1) registra 5,6 puntos porcentuales más de lactancia respecto al quintil de comunas de menor ruralidad (quintil 5). Esta brecha aumenta a 7,1 puntos porcentuales más en el año 2015.

En relación a la brecha relativa, las comunas del quintil de mayor ruralidad presentan un 10% más de lactancia materna exclusiva, que las comunas del quintil con menor ruralidad, en ambos periodos de tiempo (gráfico 23).

Gráfico 23. Brecha de Desigualdad en Lactancia Materna según Ruralidad, Años 2010 y 2015



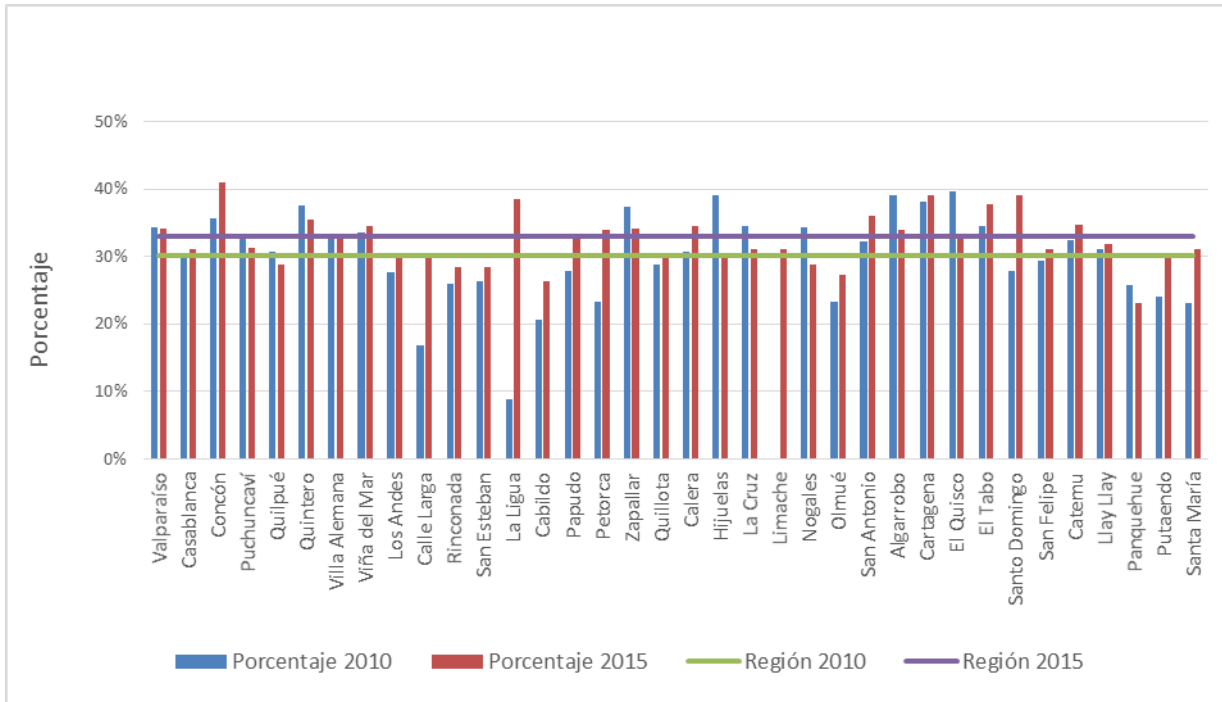
Salud infantil

En la región de Valparaíso, el 2010 el porcentaje malnutrición por exceso (obesidad y sobrepeso) en niños y niñas menores de 6 años beneficiarios del sistema público de salud es de 30,1% el cual sube a 32,9% el año 2015.

A nivel comunal, el año 2010, 17 comunas superan el porcentaje de malnutrición por exceso de la región, registrando las proporciones más altas las comunas de El Quisco con 39,6%, Algarrobo con un 39,1% e Hijuelas con un 39%.

El 2015, 16 comunas superan el porcentaje regional. Las comunas de Concón, Cartagena y Santo Domingo presentan los porcentajes más altos, con 40,9%, 39,1% y 39%, respectivamente (gráfico 24). Cabe destacar que la variación que experimenta la Comuna de La Ligua se debe a una subnotificación del dato el año 2010

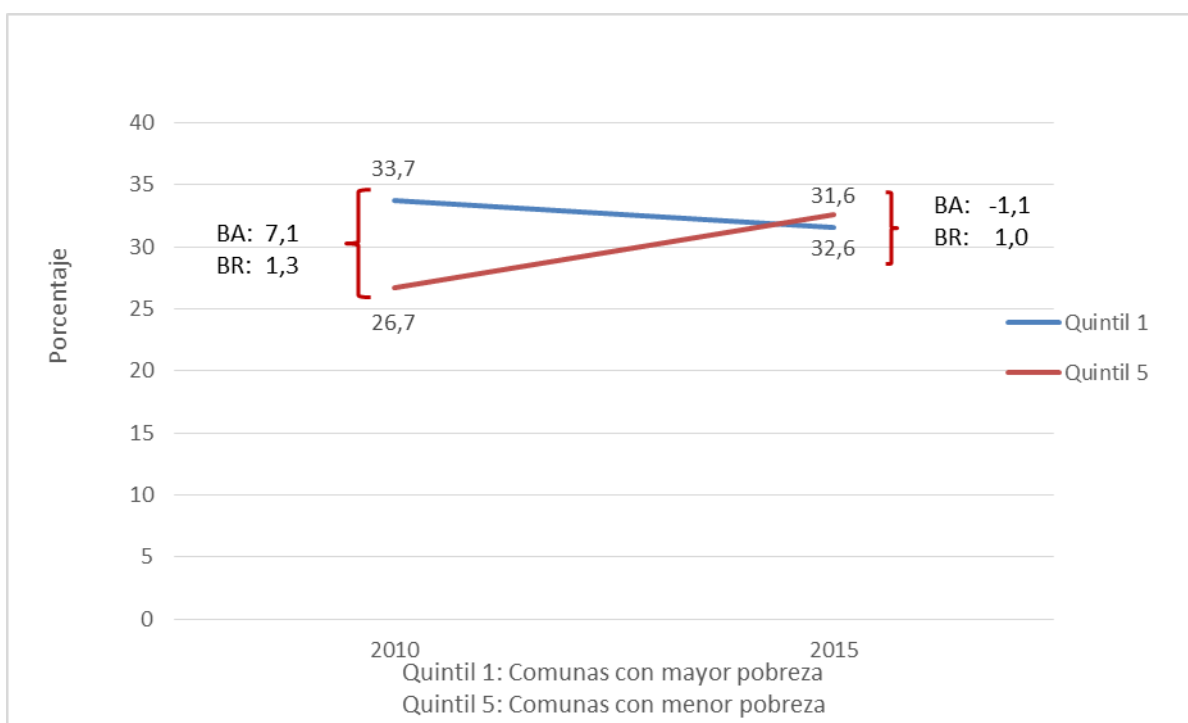
Gráfico 24. Porcentaje malnutrición por exceso, Región de Valparaíso, según Pobreza por Ingresos, 2010 y 2015



En el análisis de desigualdades -de acuerdo al porcentaje de pobreza por ingreso- el año 2010, el quintil de comunas de mayor pobreza por ingresos presenta 7,1 puntos porcentuales más de malnutrición por exceso, respecto al quintil de comunas de menor pobreza por ingresos. En términos relativos las comunas del quintil de mayor pobreza presentan 30% más de malnutrición por exceso que el quintil de comunas de menor pobreza.

El año 2015 la brecha se invierte de manera leve, disminuyendo a 1 punto porcentual entre el quintil de comunas de menor pobreza en comparación con el quintil de comunas de mayor pobreza (gráfico 25).

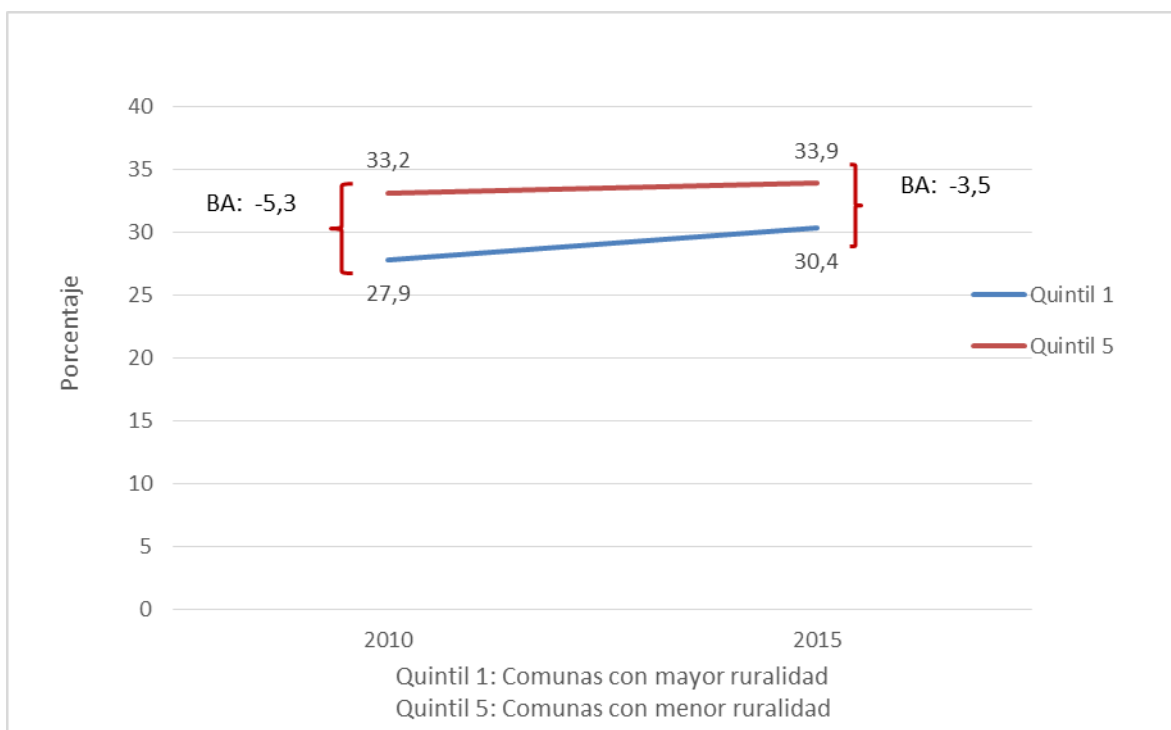
Gráfico 25. Brecha de Desigualdad de Malnutrición por Exceso, según Pobreza por Ingresos. Región de Valparaíso 2010 y 2015



Según ruralidad, la malnutrición por exceso, el año 2010 y 2015 presenta cifras más altas en las comunas con menor ruralidad en la región.

El 2010 el quintil de comunas de mayor ruralidad registra 5,3 puntos porcentuales menos de malnutrición por exceso, que el quintil de comunas de menor ruralidad. Esta brecha el 2015 disminuye a 3,5 puntos porcentuales menos, entre las comunas de los quintiles antes señalados (Gráfico 26).

Gráfico 26. Brecha de Desigualdad en Malnutrición por Exceso, según Ruralidad, Región de Valparaíso 2010 y 2015



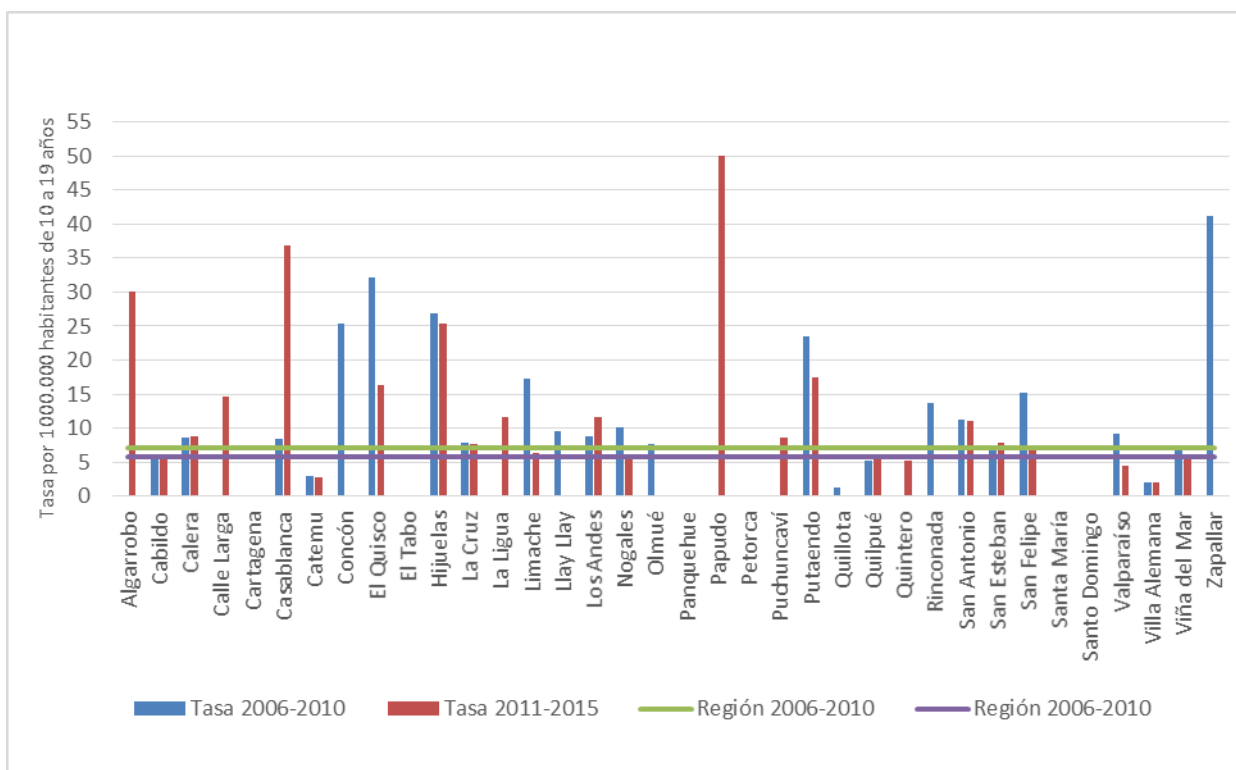
Salud adolescente

En la región de Valparaíso, la tasa de mortalidad por suicidio adolescente, muestra también una baja entre los quinquenios 2006-2010 y 2011-2015, pasando de 7,1 muertes por cada 100.000 habitantes de 10 a 19 años a 5,8 muertes por 100.000 habitantes de 10 a 19 años (Gráfico 27).

A nivel comunal, en el quinquenio 2006-2010, 18 comunas presentan tasas de mortalidad por suicidios más altas que la región. Las comunas que registran las tasas más altas son Zapallar, El Quisco e Hijuelas con 41,2, 32,3 y 27,0 muertes por 100.000 habitantes de 10 a 19 años, respectivamente.

En el quinquenio 2011-2015, también 18 comunas presentan tasas más altas que la región. Las comunas de Papudo, Casablanca y Algarrobo, registran las tasas más altas con 50,1, 36,9 y 30,1 muertes por 100.000 habitantes de 10 a 19 años, respectivamente.

Gráfico 27. Tasa de Mortalidad por Suicidio Adolescente, Región de Valparaíso. Quinquenios 2006-2010 y 2011-2015



Al analizar la tasa de mortalidad por suicidios en adolescentes, según pobreza por ingresos, en el quinquenio 2006-2015, se observa 1,5 suicidios más por 100.000 habitantes de 10 a 19 años en el quintil de comunas con mayor pobreza por ingreso, respecto al quintil de comunas con menor pobreza por ingreso. Mientras que en el quinquenio 2011-2015, la brecha se invierte registrando 4,8 suicidios más por 100.000 habitantes de 10 a 19 años, en el quintil de comunas con menor pobreza por ingreso, que el quintil de comunas con mayor pobreza (gráfico 28).

En términos relativos el quintil de comunas con mayor pobreza -el quinquenio 2006-2010- tuvo una tasa de suicidio 20% mayor que el grupo de comunas con menor pobreza por ingreso. Mientras que en el quinquenio 2011-2015 las comunas del quintil de menor pobreza tienen una tasa 2 veces mayor en el quintil de comunas con menor pobreza por ingreso, que el quintil de comunas con mayor pobreza por ingreso.

Región Metropolitana

Salud Infantil

Entre el primer y segundo trienio analizado la TMI de la Región Metropolitana (RM) bajo de 7,21 a 6,78 por 1.000 NV, disminuyó la dispersión de las tasas a nivel comunal y el rango superior bajo en 4 muertes menos (de 14 a 9,5 por 1.000 NV).

Entre el primer y segundo trienio se observa una disminución en la mayoría de las tasas comunales y una disminución de los valores máximos en el segundo trienio (Gráfico 29, 30).

Gráfico 29. Tasa de Mortalidad Infantil Trienio 2010-2012, comunas de la R.M.

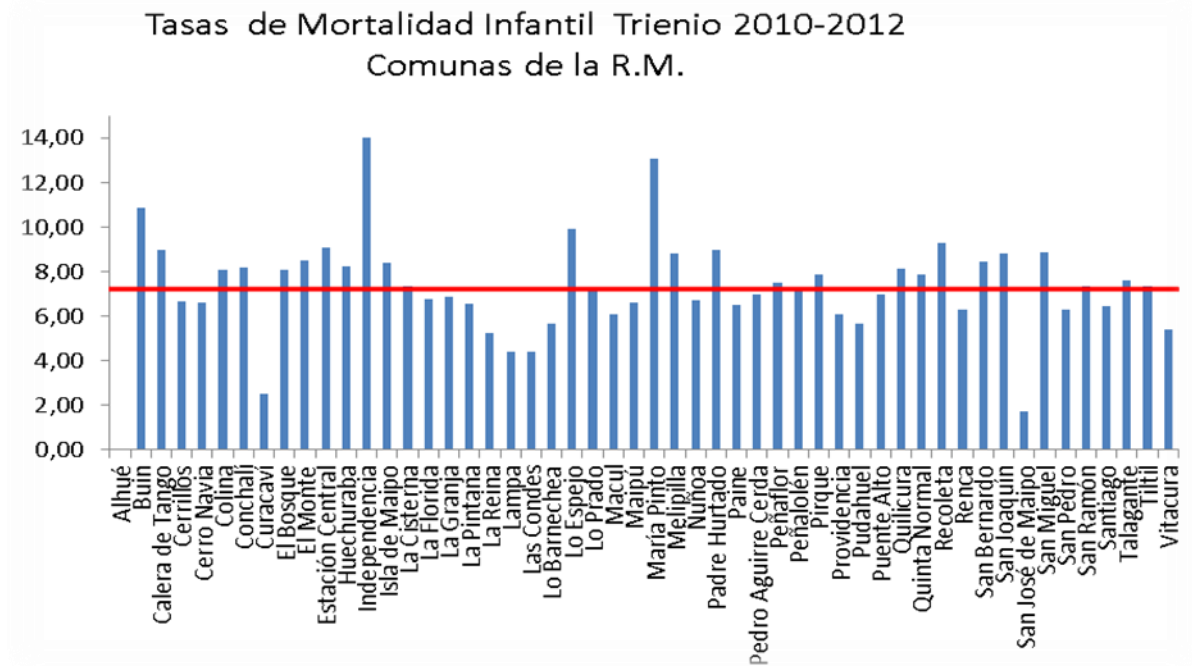
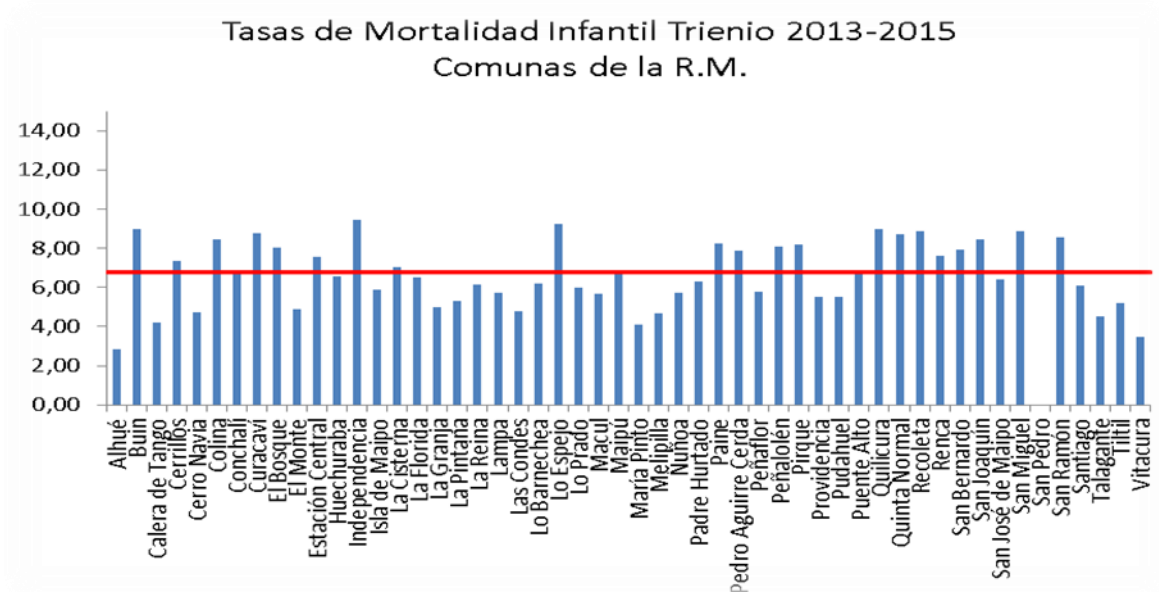


Grafico 30. Tasas de Mortalidad Infantil Trienio 2013-2015, comunas de la R.M.



La distribución de las comunas por deciles de pobreza según las encuestas CASEN 2011 y 2015, la reducción en el número de muertes infantiles se evidencia en 8 de los deciles de pobreza, sólo el 4º y 9º decil presentan incremento de tasas.

Las muertes infantiles en el 1º Decil (mayor % de pobreza) se reducen en un 10% (7,5 a 6,7 por 1.000 NV) entre ambos periodos y en el decil con menos pobreza disminuye un 11% (5,71 a 5,14 por 1.000 NV) la tasa de MI. (gráfico 31)

La evaluación de desigualdad relativa de las TMI estratificadas por porcentaje de población en condición de pobreza y escolaridad promedio en mayores de 18 años, prácticamente tienden a la igualdad (Gráficos 32 y 33).

Gráfico 31. Tasas trienales de mortalidad infantil según decil de pobreza, comunas RM.

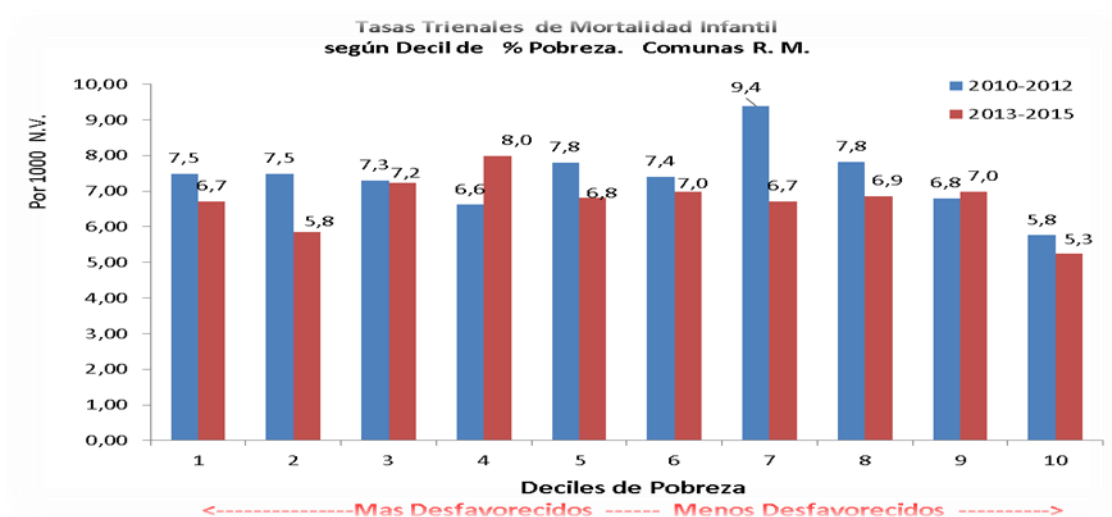
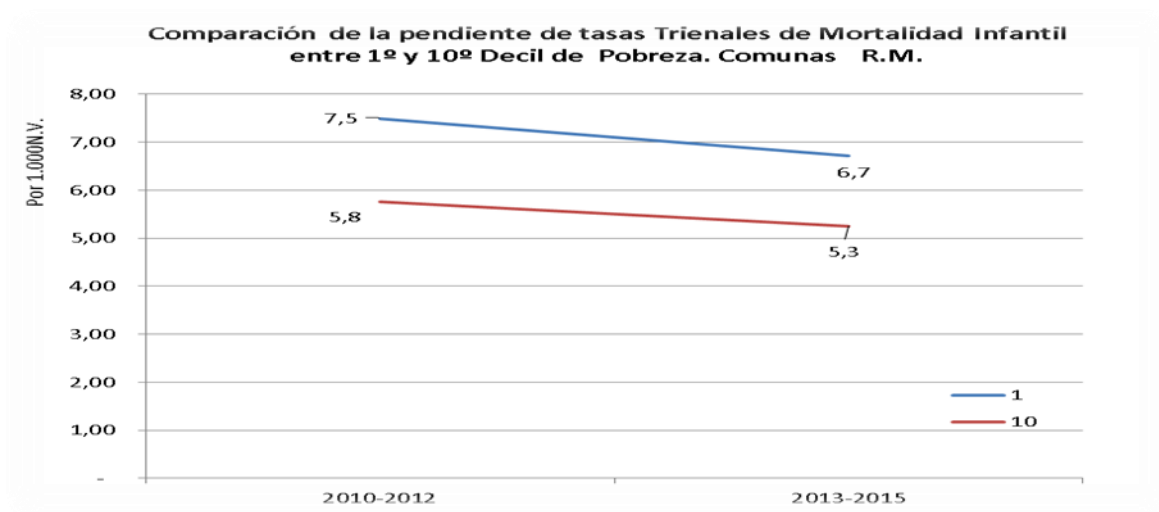
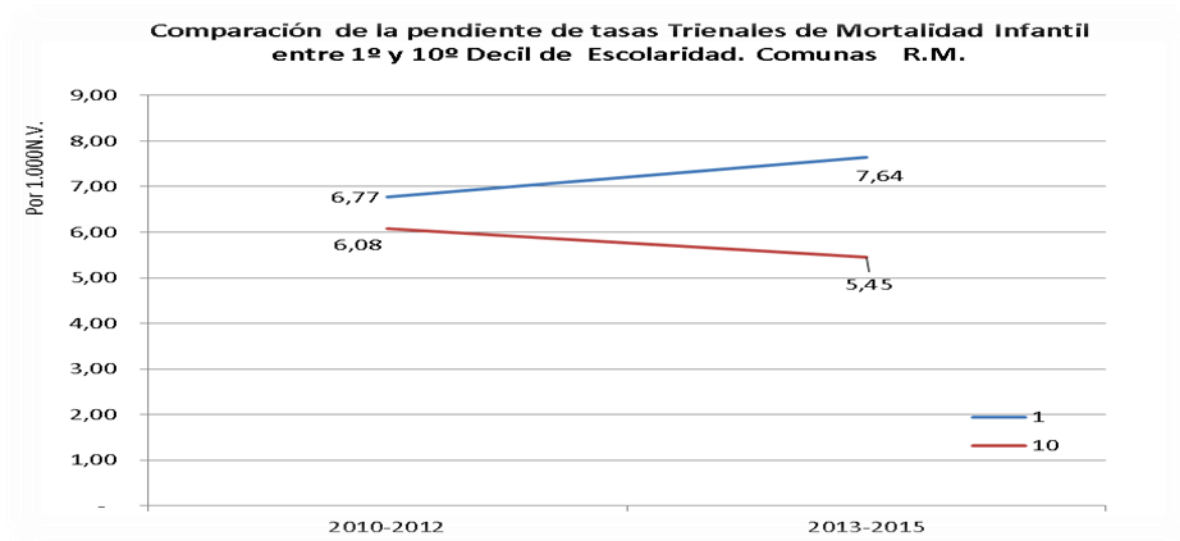


Gráfico 32. Comparación de tasas trienales de mortalidad infantil entre 1º y 10º decil de pobreza, comunas RM.



Mortalidad Infantil/Pobreza 1º y 10º decil	Trienios	
	2010-2012	2013-2015
Brecha relativa	1,3	1,3
Brecha Absoluta	1,7	1,4

Gráfico 33. Comparación de la pendiente de tasas trienales de mortalidad infantil entre 1° y 10° decil de escolaridad, comunas RM.



Mortalidad Infantil/Escolaridad 1º y 10º decil	Trienios	
	2010-2012	2013-2015
Brecha relativa	1,1	1,4
Brecha Absoluta	0,7	2,2

Suicidio Adolescente

Entre el primer y segundo trienio la tasa de suicidio en adolescentes disminuye discretamente y los indicadores de tendencia central se mantienen prácticamente sin modificación (Gráfico 34 y 35).

En la estratificación según % de pobreza comunal se ve con claridad la gradiente social que se produce, con tasas de suicidio más altas en las comunas más desfavorecidas. Es más, en la comparación de ambos trienios el primer decil se mantiene con una tasa de suicidio estancada a diferencia del decil menos desfavorecido (Gráfico 36).

En relación a la medición de desigualdades relativas por pobreza presentan una desigualdad importante de riesgo de suicidio para las comunas más desfavorecidas (Gráficos 37).

Gráfico 34: Tasas de suicidio adolescente trienio 2010-2012, comunas RM

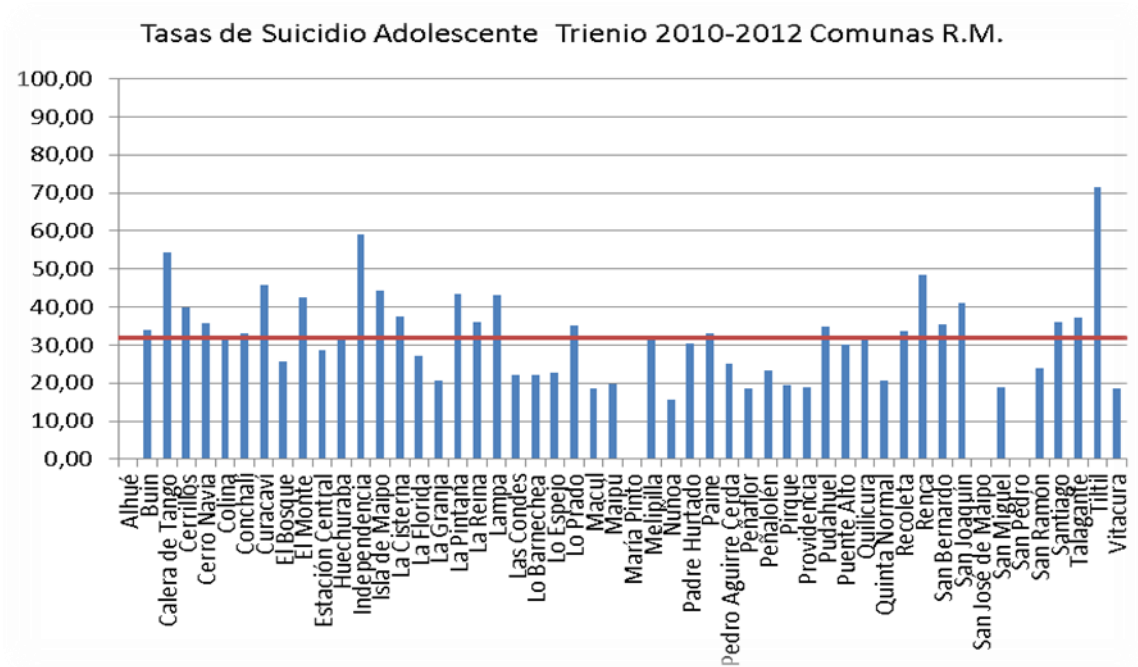


Gráfico 35: Tasas de suicidio adolescente trienio 2013-2015, comunas RM

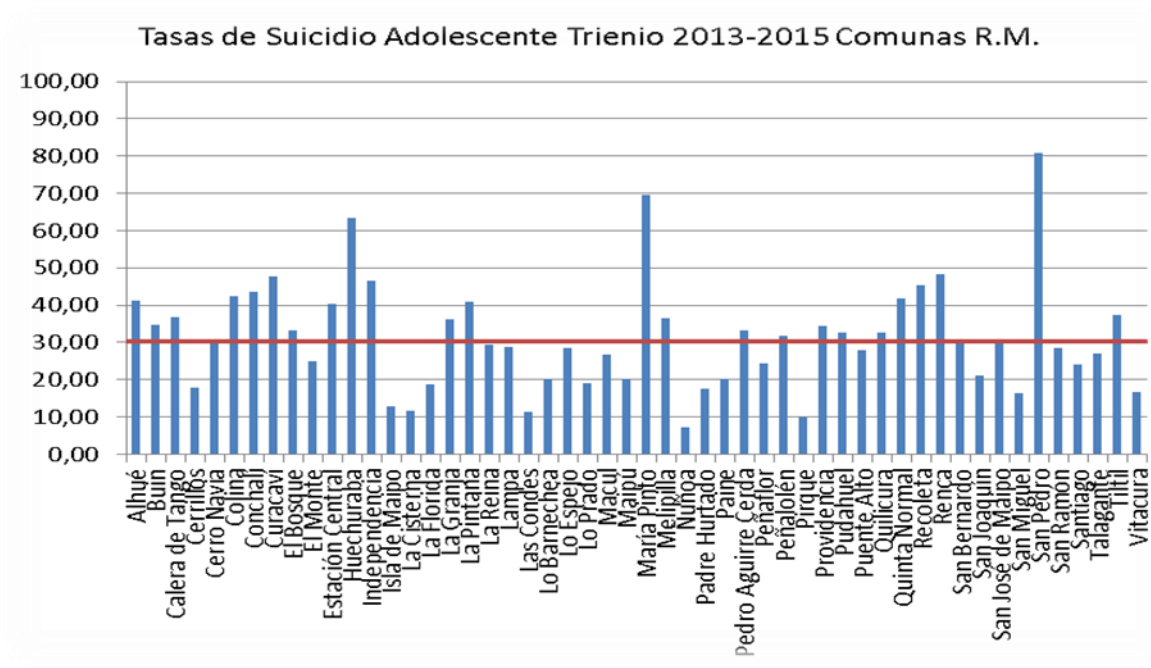
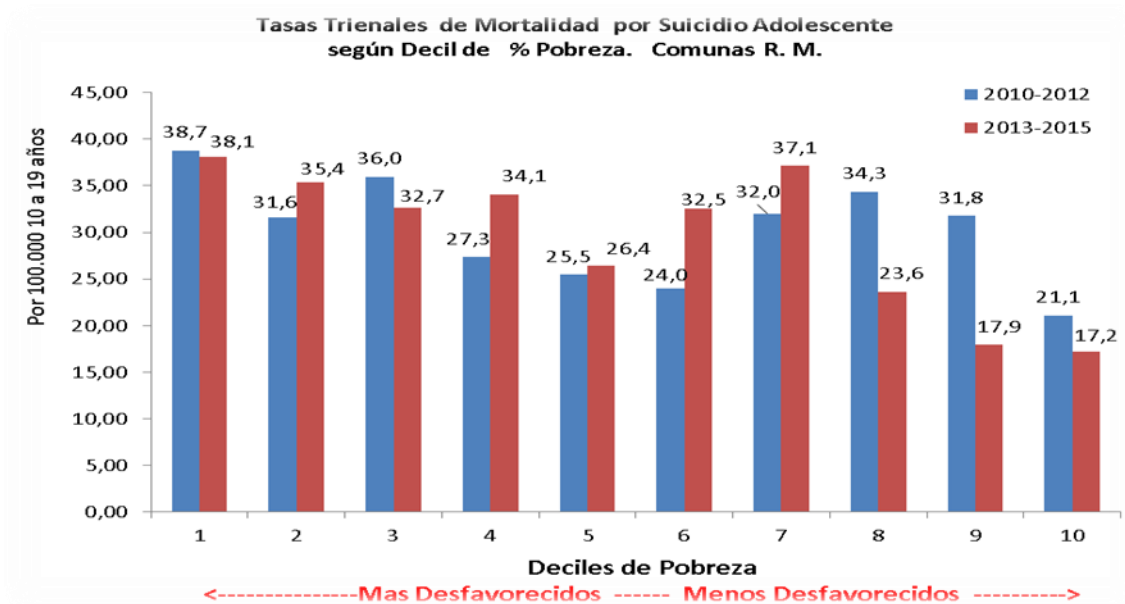
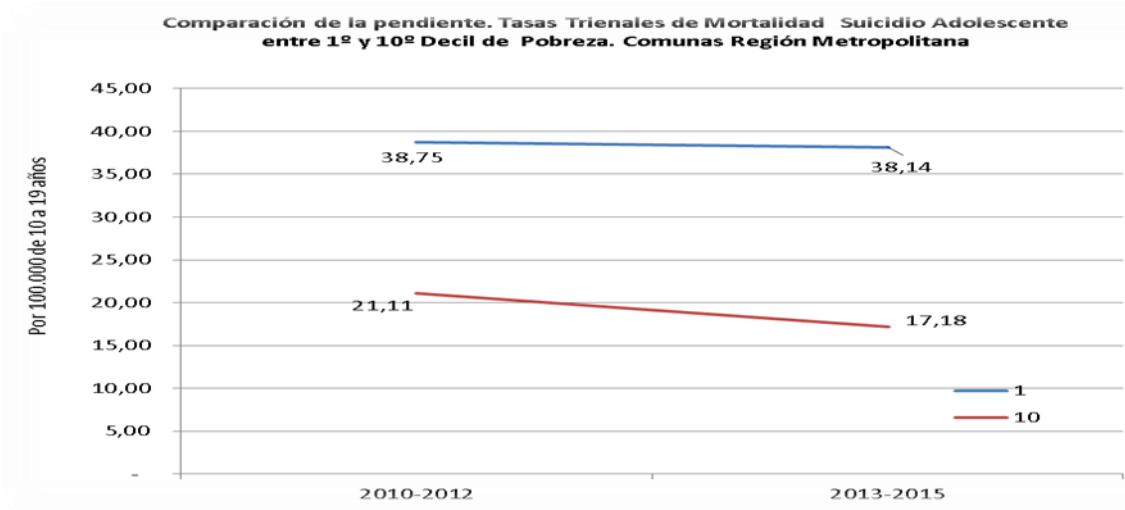


Grafico 36. Tasas trienales de mortalidad por suicidio adolescente según decil de pobreza, comunas RM.



En la comparación de brechas absolutas y relativas entre el 1° y 10° decil de pobreza, las diferencias resultan significativas y crecientes entre ambos deciles. En el último trienio las comunas con mayor % de pobreza presentan 21 muertes más por cada 1.000 adolescentes que las comunas con menor % de pobreza.

Gráfico 37. Comparación de la pendiente de tasas trienales de mortalidad suicidio adolescente entre 1° y 10° decil de pobreza, comunas RM.

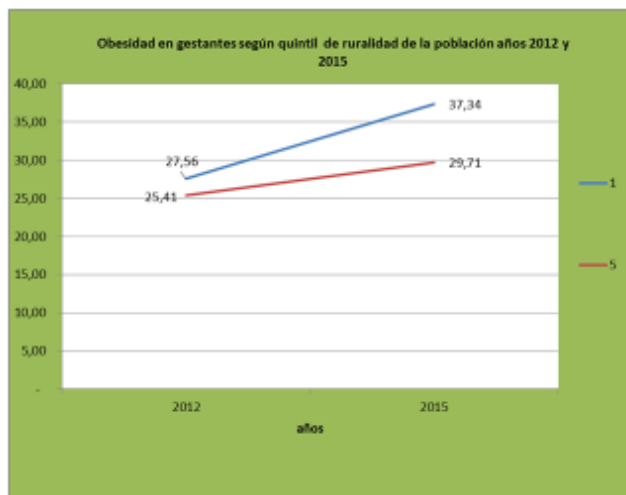


Suicidio Adolescente/Pobreza 1º y 10º decil	Trienios	
	2010-2012	2013-2015
Brecha relativa	1,8	2,2
Brecha Absoluta	17,6	21,0

Región O'Higgins

Salud Materna.

Gráfico 38. Obesidad en Gestantes según quintil de ruralidad de la población, años 2012 y 2015



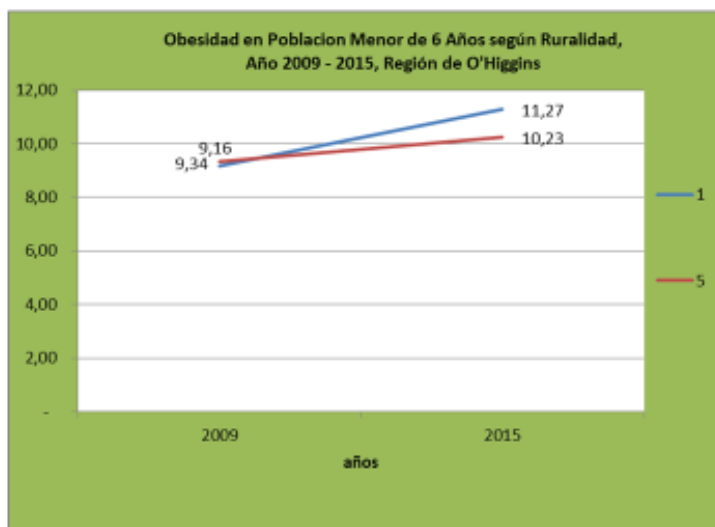
2,15 puntos porcentuales más de obesidad en gestantes en el quintil de las comunas con mayor población rural, comparado con el quintil de las comunas con menor población rural para el año 2012, brecha que aumenta a 7,62 puntos porcentuales entre los mismos quintiles para el año 2015.

8 % más de obesidad en gestantes en el quintil de las comunas con mayor población rural en el año 2012 comparado con el quintil de las comunas con menor población rural, lo que aumenta a un 26 % en el año 2015 para los mismos quintiles analizados

Medidas de desigualdad de brecha del indicador: OBESIDAD EN GESTANTES	2012	2015
Brecha absoluta simple	2,15	7,62
Brecha relativa simple	1,08	1,26

Salud Infantil.

Gráfico 39. Obesidad en menores de 6 años según quintil de ruralidad de la población, años 2009 y 2015

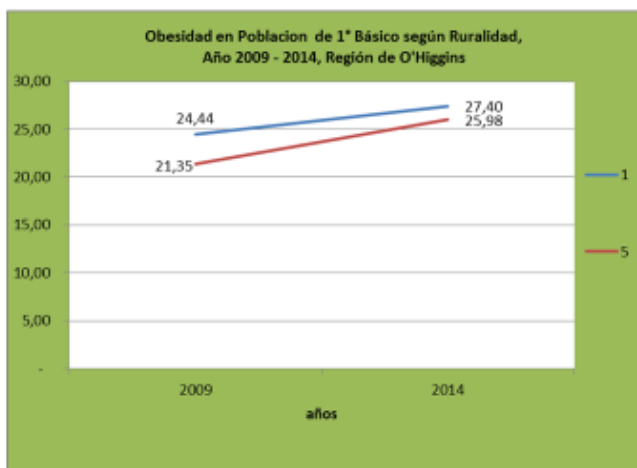


0,2 puntos porcentuales más de obesidad en población menor de 6 años en el quintil de las comunas con menor población rural, comparado con el quintil de las comunas con mayor población rural para el año 2009, brecha que revierte para el año 2015, alcanzando 4,0 puntos porcentuales más en las comunas del quintil con mayor población rural comparados con las comunas del quintil con menor población rural

2,0 % más obesidad en población menor de 6 años en el quintil de las comunas con menor población rural en el año 2009 comparado con el quintil de las comunas con mayor población rural, lo que se revierte a un 10,0 % más de obesidad en población menor de 6 años en el año 2015 en las comunas con mayor ruralidad, comparadas con las comunas con menor ruralidad

Medidas de desigualdad de brecha del indicador: OBESIDAD EN GESTANTES	2009	2015
Brecha absoluta simple	-0,18	1,04
Brecha relativa simple	0,98	1,10

Gráfico 40. Obesidad en primero básico según quintil de ruralidad de la población, años 2009 y 2014



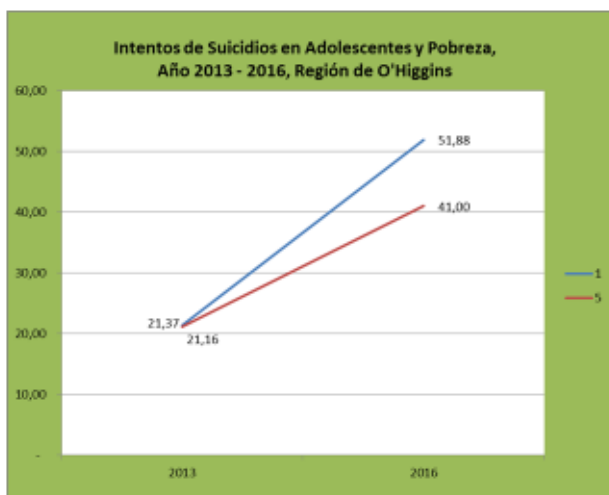
3,1 puntos porcentuales más de obesidad en escolares de 1° básico que pertenecen al quintil de las comunas con mayor población rural, comparado con las comunas del quintil con menor población rural para el año 2009, brecha que disminuye a 1,4 puntos porcentuales entre los mismos quintiles para el año 2014

14,0 % más obesidad en población de escolares de 1° básico en el quintil de las comunas con mayor población rural comparado con el quintil de las comunas con menor población rural en el año 2009, lo que se disminuye a un 5,0 % entre los mismos quintiles para el año 2014

Medidas de desigualdad de brecha del indicador: OBESIDAD EN niños de 1° ba	2009	2014
Brecha absoluta simple	3,09	1,42
Brecha relativa simple	1,14	1,05

Salud Adolescente

Gráfico 41. Intentos de Suicidio en Adolescentes según quintil de pobreza de la población, años 2013 y 2016

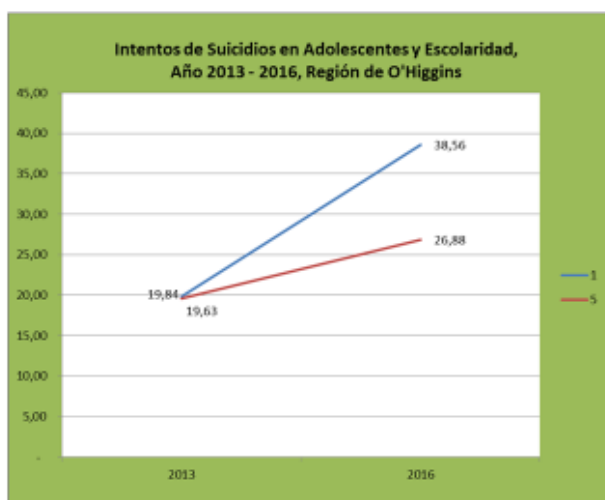


0,2 casos más de intentos de suicidio en adolescentes del quintil de las comunas con mayor pobreza, comparado con el quintil de las comunas con menor pobreza para el año 2013, brecha que aumenta en el año 2016 a 11 casos más de intentos de suicidio en adolescentes en el quintil menos favorecido.

1,0 % más de intentos de suicidio en adolescentes del quintil de las comunas con menor pobreza en el año 2013 comparado con el quintil de las comunas con mayor pobreza, brecha que aumenta en el año 2016 a un 27,0% más intentos de suicidios en adolescentes en el quintil menos favorecido, comparado con el más favorecido.

Medidas de desigualdad de brecha del indicador: Intentos de Suicidios en Ado	2013	2016
Brecha absoluta simple	0,21	10,87
Brecha relativa simple	1,01	1,27

Gráfico 42. Intentos de Suicidio en Adolescentes según quintil de escolaridad de la población, años 2013 y 2016

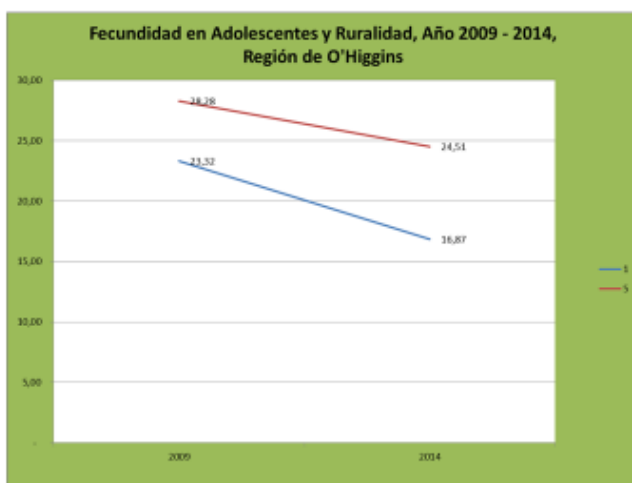


0,2 casos más de intentos de suicidio en adolescentes del quintil de las comunas con menor escolaridad, comparado con el quintil de las comunas con mayor escolaridad para el año 2013, brecha que aumenta en 12 casos más de intentos de suicidio en adolescentes para el quintil de las comunas menos favorecidas en el año 2016.

1,0 % más de intentos de suicidio en adolescentes del quintil de las comunas con menor escolaridad en el año 2013 comparado con el quintil de las comunas con mayor escolaridad, brecha que aumenta a un 43,0% más intentos de suicidios en los adolescentes del quintil menos favorecido, comparado con el mas favorecido para el año 2016.

Medidas de desigualdad de brecha del indicador: Intentos de Suicidios en Ado	2013	2016
Brecha absoluta simple	0,21	11,68
Brecha relativa simple	1,01	1,43

Gráfico 43. Fecundidad en adolescente según quintil de ruralidad de la población, años 2009 y 2014



5 nacidos vivos más de madres adolescentes en el quintil de las comunas con menor población rural, comparado con el quintil de las comunas con mayor población rural para el año 2009, brecha que aumenta a 7,64 puntos porcentuales entre los mismos quintiles para el año 2014

22 % más de embarazo en adolescentes en el quintil de las comunas con menor población rural en el año 2009 comparado con el quintil de las comunas con mayor población rural, lo que aumenta a un 45 % en el año 2014 para los mismos quintiles analizados

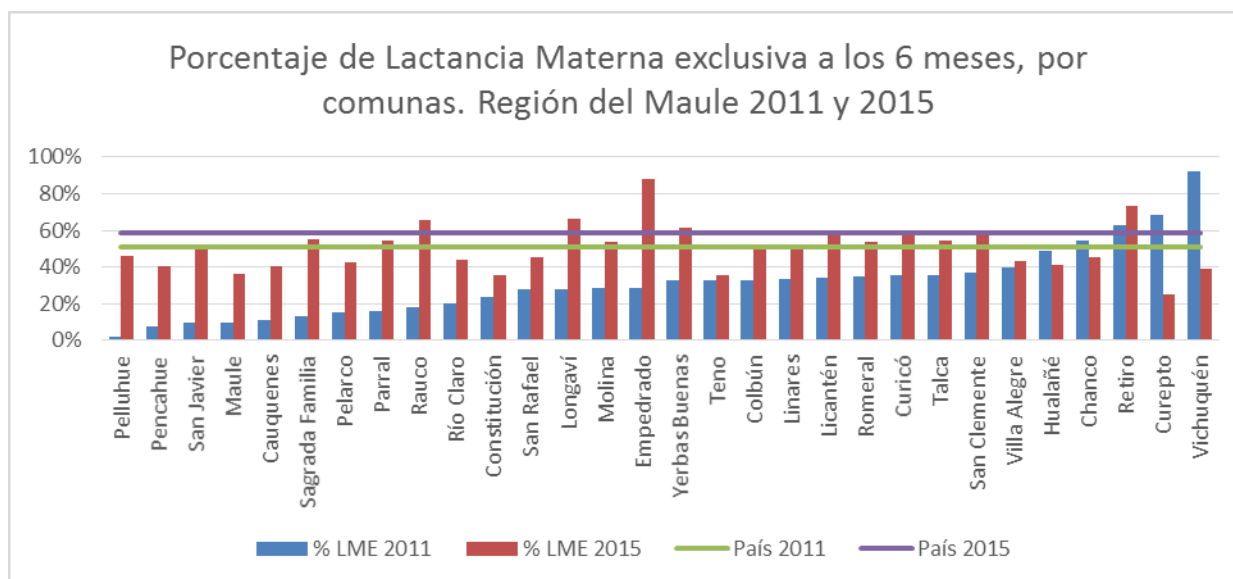
Medidas de desigualdad de brecha del indicador: Fecundidad en Adolescente	2009	2014
Brecha absoluta simple	-4,95	-7,64
Brecha relativa simple	0,82	0,69

Región Maule

Salud Materna

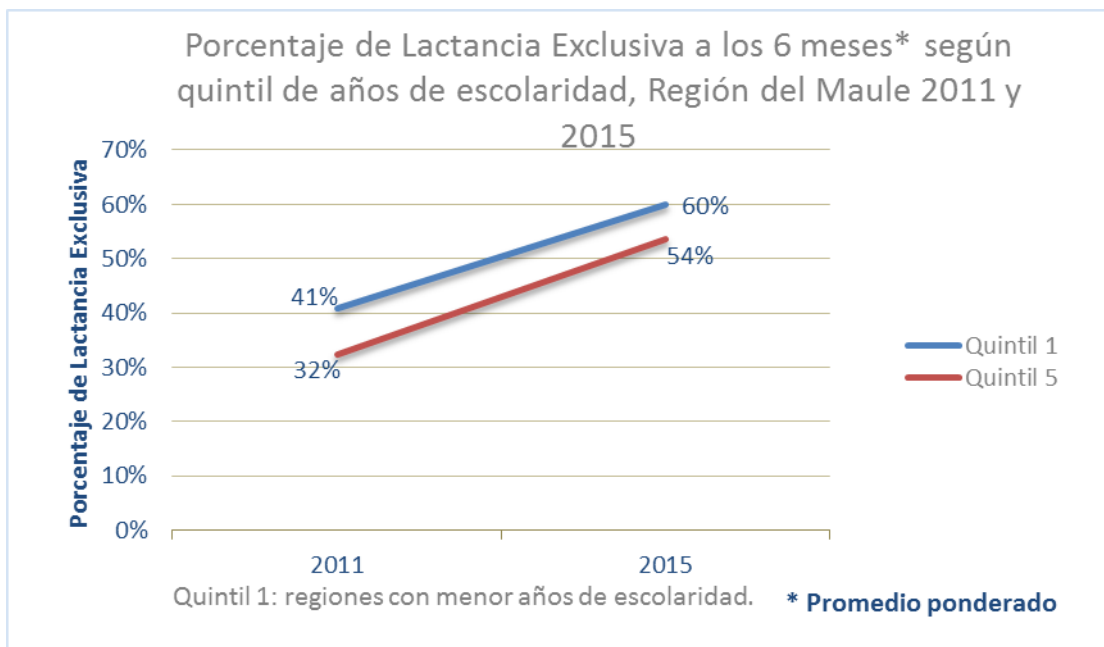
Se observó que el porcentaje de lactancia materna exclusiva a los 6 meses, en el sistema público de salud, el año 2011 esta fue de 31% y en el 2015 esta aumentó a un 51%. A nivel comunal Retiro, Vichuquén, Empedrado, Chanco y San Clemente presentan los porcentajes más altos. Por el contrario, Maule, Pelluhue y Pencahue presentan los porcentajes más bajos (Gráfico 44).

Gráfica 41. Porcentaje de Lactancia materna exclusiva a los 6 meses, Región del Maule 2011 y 2015.



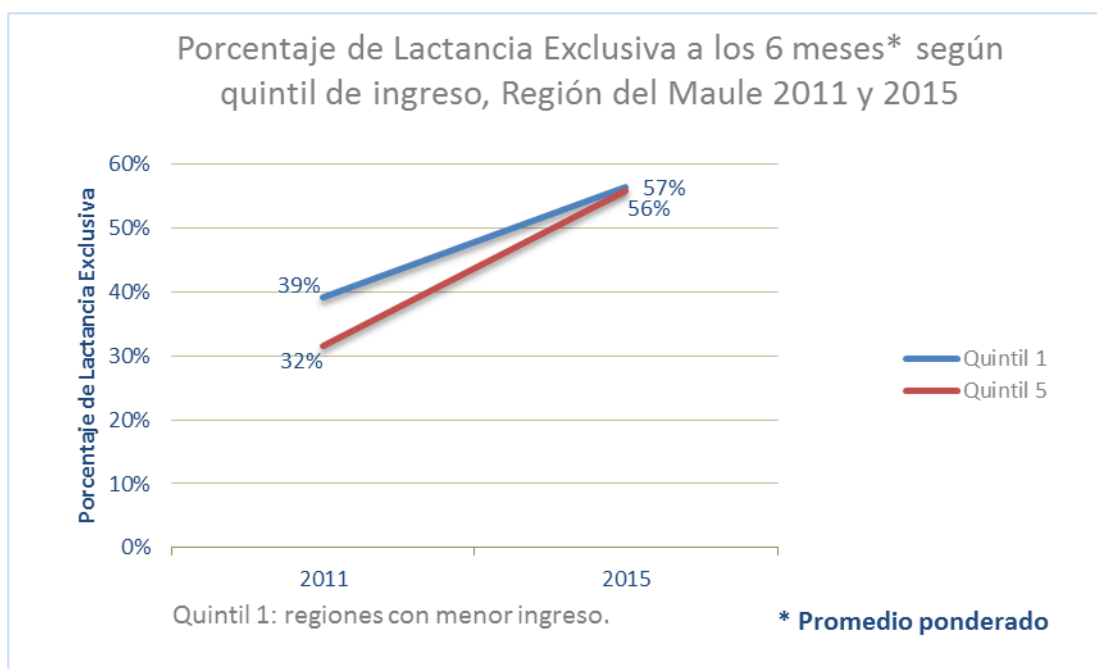
Para el año 2011 la brecha absoluta entre la lactancia materna observada entre el quintil de las comunas con menor promedio de años de escolaridad (Quintil 1) y el quintil de las regiones con mayor promedio de años de escolaridad (Quintil 5) fue de 9 puntos porcentuales más de lactancia materna exclusiva, lo que disminuyó a 6 puntos porcentuales en el 2015. En términos relativos, se observó 26 más lactancia materna exclusiva en las comunas del quintil con menor promedio de años de escolaridad (Quintil 1) en el 2011 respecto a las comunas con mayor promedio de años de escolaridad (Quintil 5), lo que disminuyó a un 12% entre los mismos quintiles en el 2015 (Figura 45).

Gráfico 45. Brecha de desigualdad de Lactancia Materna según años de escolaridad, 2011 y 2015.



Al considerar el ingreso promedio como el estratificador social para la medición de desigualdad, se observa que la diferencia absoluta es 8 puntos porcentuales más de lactancia materna exclusiva en el quintil de las comunas con menor ingreso (Quintil 1), comparado con el quintil de las comunas con mayores ingresos (Quintil 5) en el 2011, lo que disminuyó a 1 punto porcentual en el 2015. En términos relativos, se aprecia un 24% más de lactancia materna exclusiva en las comunas del quintil con menores ingresos (Quintil 1) en el 2011 respecto a las comunas del quintil con mayores ingresos (Quintil 5), lo que disminuyó a un 1% entre los mismos quintiles en el 2015 (Gráfico 46).

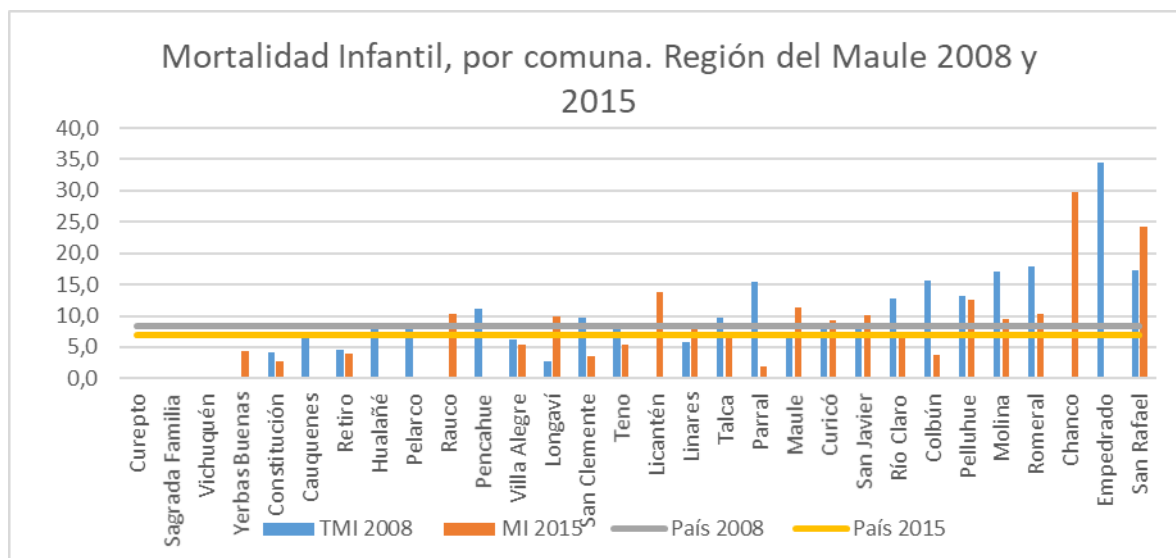
Gráfico 46. Brecha de desigualdad de Lactancia Materna según ingresos, 2011 y 2015.



Salud Infantil

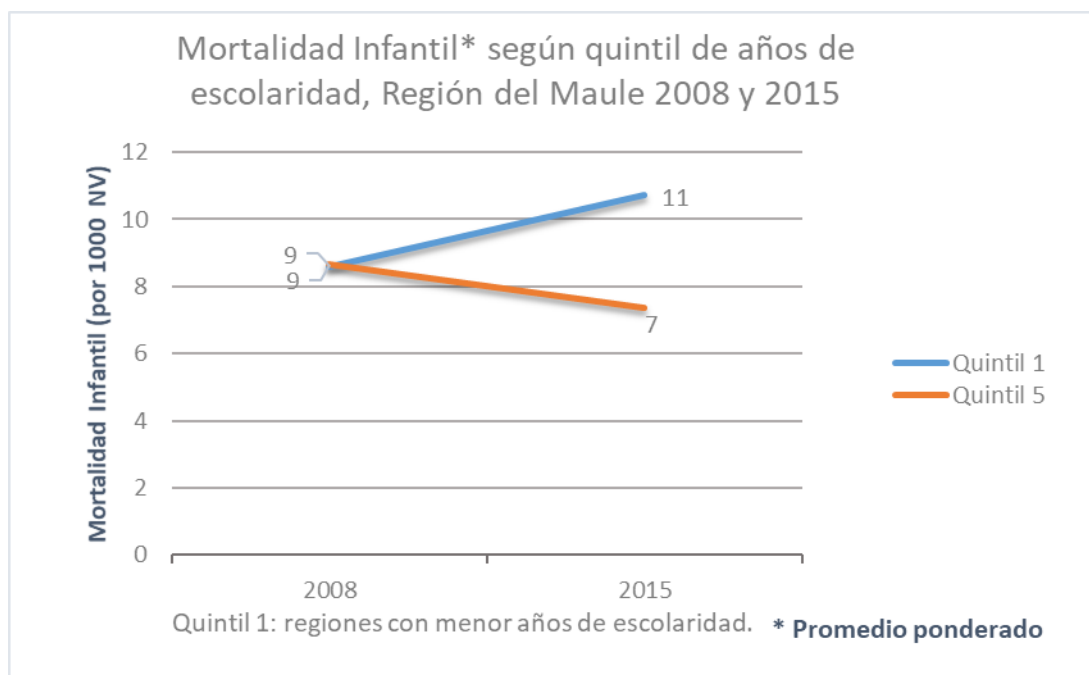
La mortalidad infantil alcanza 9 muertes infantiles por 1.000 nacidos vivos en 2008 y a 7 muertes infantiles por 1.000 nacidos vivos en 2015, observándose que las comunas de Curepto, Sagrada Familia, Vichuquén, Yervas Buenas y Constitución presentan los menores valores de mortalidad infantil, y los con mayores valores de mortalidad infantil son San Rafael, Empedrado, Chanco, Romeral y Molina (Gráfico 47).

Gráfico 42. Mortalidad Infantil, Región del Maule 2008 y 2015.



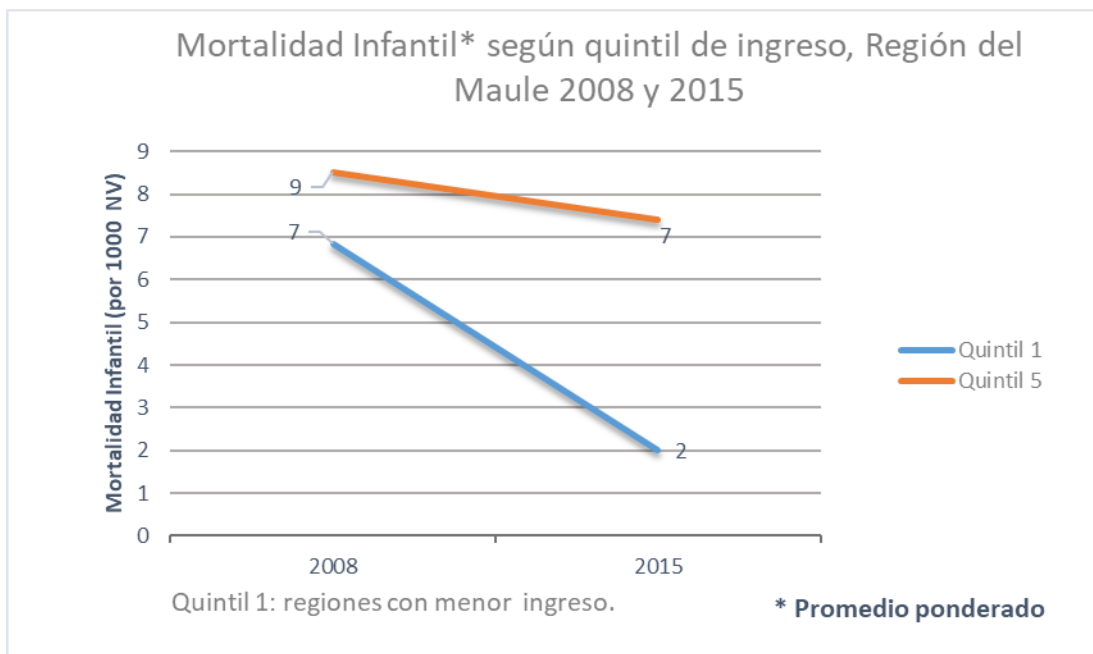
En el análisis de desigualdades de acuerdo al promedio de años de escolaridad es posible apreciar 5 puntos porcentuales menos de muertes infantiles en el quintil de las comunas con menor promedio de años de escolaridad (Quintil 1) en comparación con el quintil de las comunas con mayor promedio de años de escolaridad (Quintil 5) en el 2008. En el año 2015 se observan 3,4 muertes infantiles por 1.000 nacidos vivos más en el quintil de las comunas con mayor promedio de años de escolaridad (Quintil 5) en comparación con el quintil de las comunas con menor promedio de años de escolaridad (Quintil 1). Respecto a la brecha relativa, se determinó 1% más de mortalidad infantil en el quintil de las comunas con mayor promedio de años de escolaridad (Quintil 5) en comparación con el quintil de las comunas con menor promedio de años de escolaridad (Quintil 1) en el 2008. Esta brecha relativa aumentó a 45% en el 2015 (Gráfico 48).

Gráfico 43. Brecha de desigualdad Mortalidad Infantil según años de escolaridad, 2008 y 2015.



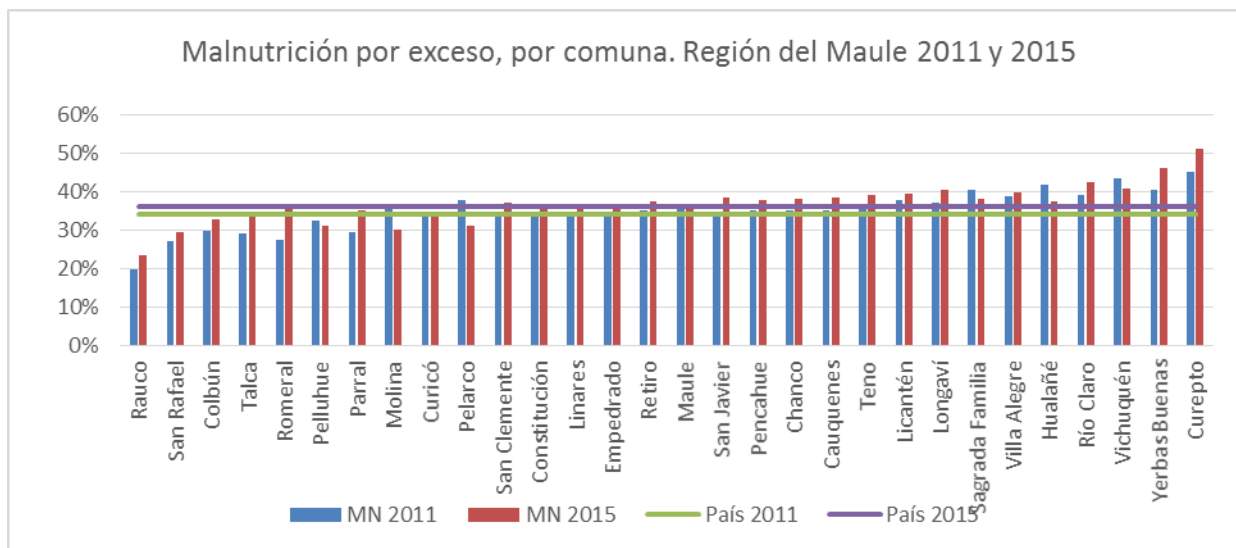
Al realizar el análisis de desigualdades en relación al ingreso promedio, se observa 1,7 muertes infantiles por 1.000 nacidos vivos menos en el quintil de las comunas con menores ingresos (Quintil 1) en comparación con el quintil de las comunas con mayores ingresos (Quintil 5) en el 2008. Esta brecha absoluta aumentó a 5,4 muertes infantiles por 1.000 nacidos vivos menos en el 2015. En relación a la brecha relativa, se presenta un 8% más de mortalidad infantil de las comunas con mayores ingresos (Quintil 5) en comparación con el quintil de las comunas con menores ingresos (Quintil 1) en el 2008. Por otro lado, se observó un 27% más de mortalidad infantil de las comunas con mayores ingresos (Quintil 5) respecto al quintil de las comunas con menores ingresos (Quintil 1) en el 2015 (Gráfico 49).

Gráfico 44. Brecha de desigualdad Mortalidad Infantil según ingresos, 2011 y 2015.



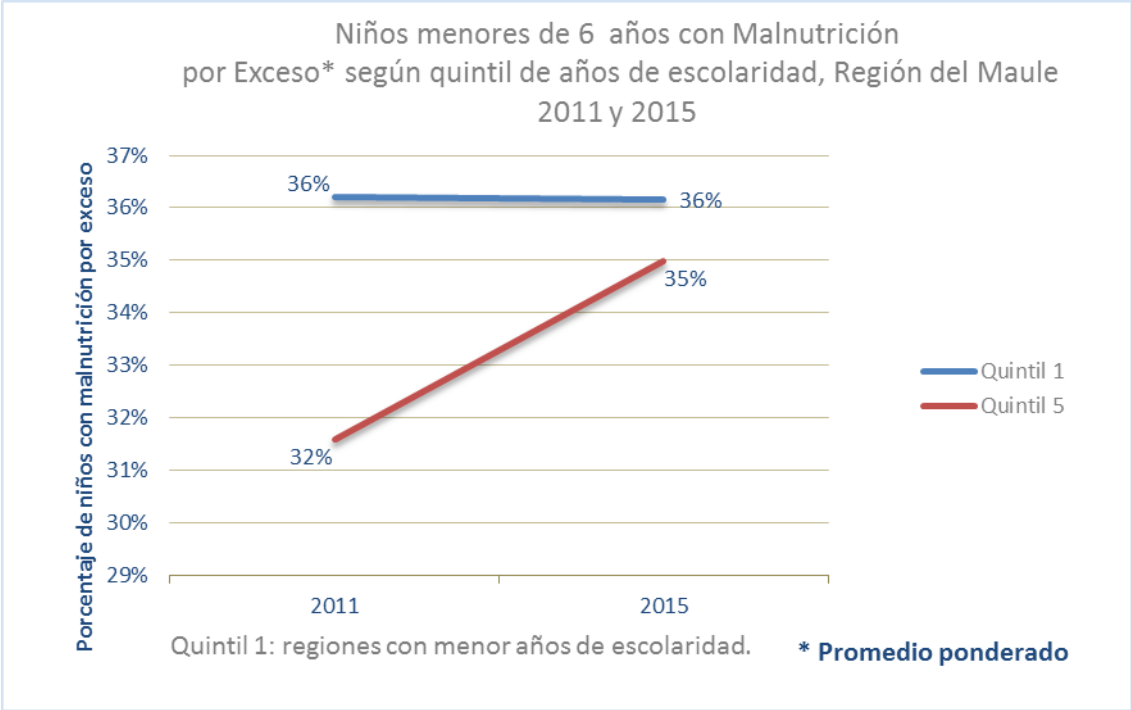
La malnutrición por exceso en niños y niñas menores de 6 años alcanza en la región un 35% en el 2011 y 37% en 2015, siendo las comunas de Curepto, Yervas Buenas, Vichuquén, Río Claro y Hualañe con mayor malnutrición por exceso (Gráfico 50).

Gráfico 50. Malnutrición por exceso, Región del Maule 2011 y 2015.



En el análisis de desigualdades de acuerdo al promedio de años de escolaridad (Gráfico 51) es posible observar 5 puntos porcentuales más de malnutrición por exceso en el quintil de las comunas con mayor promedio de años de escolaridad (Quintil 5), comparada con el quintil de las comunas con menor promedio de años de escolaridad (Quintil 1) en el 2011, lo que disminuyó a 1 punto porcentual entre los mismos quintiles en el 2015. En términos relativos, 15% más de malnutrición por exceso en el quintil de las comunas con mayor promedio de años de escolaridad (Quintil 5) en el 2011 en comparación con el quintil de las comunas con menor promedio de años de escolaridad (Quintil 1), lo que disminuyó a un 3% en el 2015.

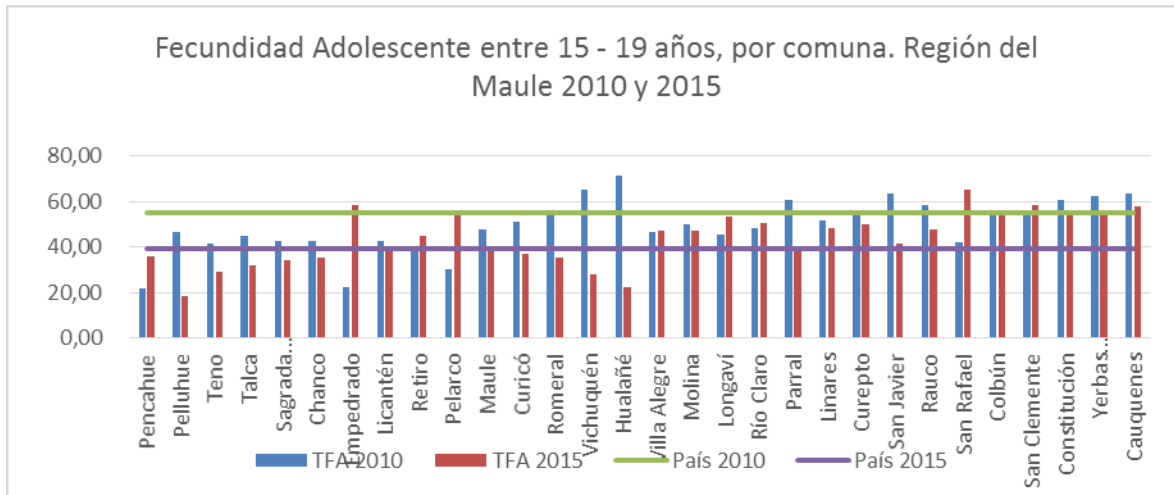
Gráfico 51. Brecha de desigualdad de Niños menores de 6 años con Malnutrición por exceso según años de escolaridad, 2011 y 2015.



Salud Adolescente

La fecundidad adolescente entre 15 – 19 años a nivel regional para el año 2010 es de 49,5 de nacimientos por 1.000 mujeres entre las edades de 10 y 14 años, en el 2015 fueron 43,9 nacimientos por 1.000 mujeres entre las mismas edades. Las comunas de Cauquenes, Yerbas Buenas, Constitución, San Clemente y Colbún son las que tienen los valores más altos de TFA (Gráfico 52).

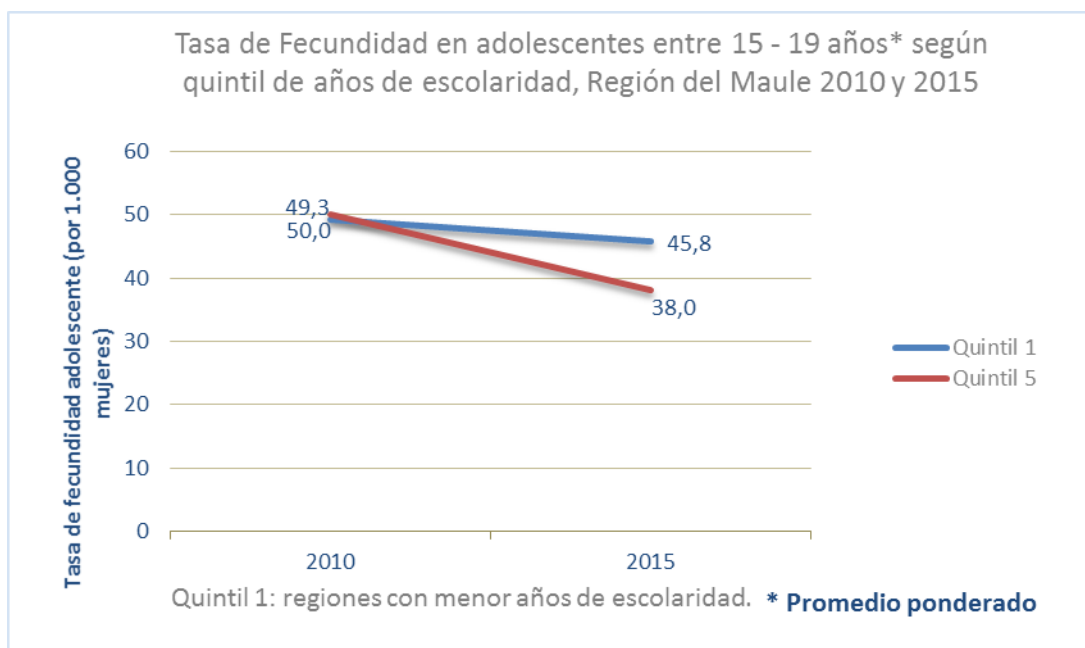
Gráfico 52. Fecundidad Adolescente entre 15 – 19 años, Región del Maule 2010 y 2015.



Al estudiar el comportamiento del indicador según años de escolaridad promedio, en el año 2010 no se observa brecha entre las comunas extremas según quintil de escolaridad, en cambio en año 2015, se observa 7,8 nacimientos más por cada 1.000 mujeres adolescentes (15 – 19 años) en las comunas del quintil con mayor escolaridad (Quintil 5), comparado con las comunas del quintil con menor escolaridad (Quintil 1).

En términos relativos, la brecha del año 2015 corresponde a un 21% más de nacimientos de madres adolescentes (15 – 19 años) en las comunas del quintil con mayor escolaridad (Quintil 5) comparada con el quintil de las comunas con menor escolaridad (Quintil 1) en el 2015 (Gráfico 53).

Gráfico 53. Brecha de desigualdad de Tasa de Fecundidad Adolescente entre 15 – 19 años según años de escolaridad, 2010 y 2015.



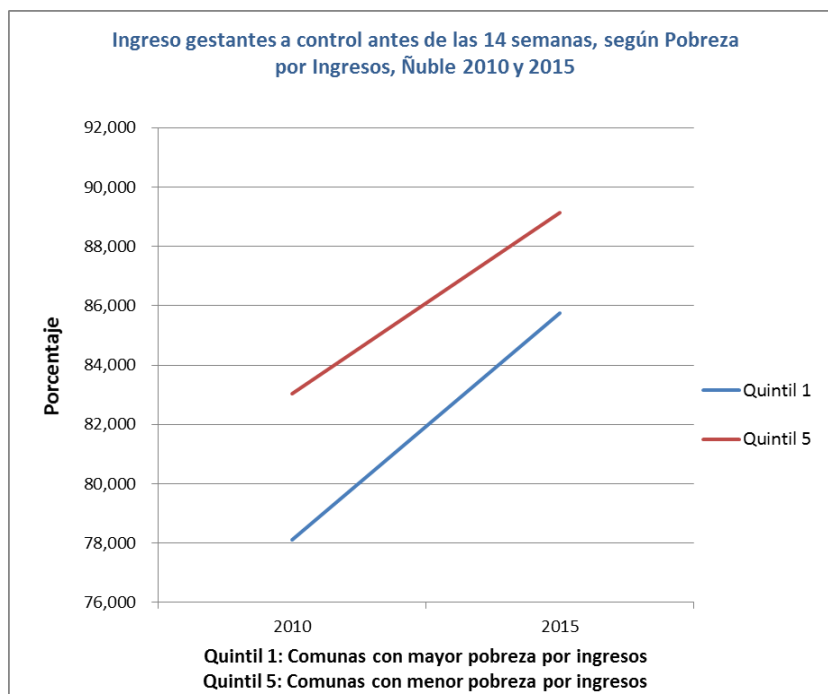
Región Ñuble

Salud Materna

4,93 puntos porcentuales más de ingresos de gestantes antes de 14 semanas en el quintil de las comunas con menor pobreza en comparación con el quintil de las comunas con mayor pobreza en el 2010. La brecha absoluta disminuyó a 3,38 puntos porcentuales al comparar los mismos quintiles en 2015 (Gráfico 54).

6% más de ingresos de gestantes antes de 14 semanas en el quintil de las comunas con menor pobreza en comparación con el quintil de las comunas con mayor pobreza en el 2010. Lo que disminuyó a 4% al comparar los mismos quintiles en 2015.

Gráfico 54. Ingreso gestante a control antes de las 14 semanas, según Pobreza por Ingresos, Ñuble 2010 y 2015

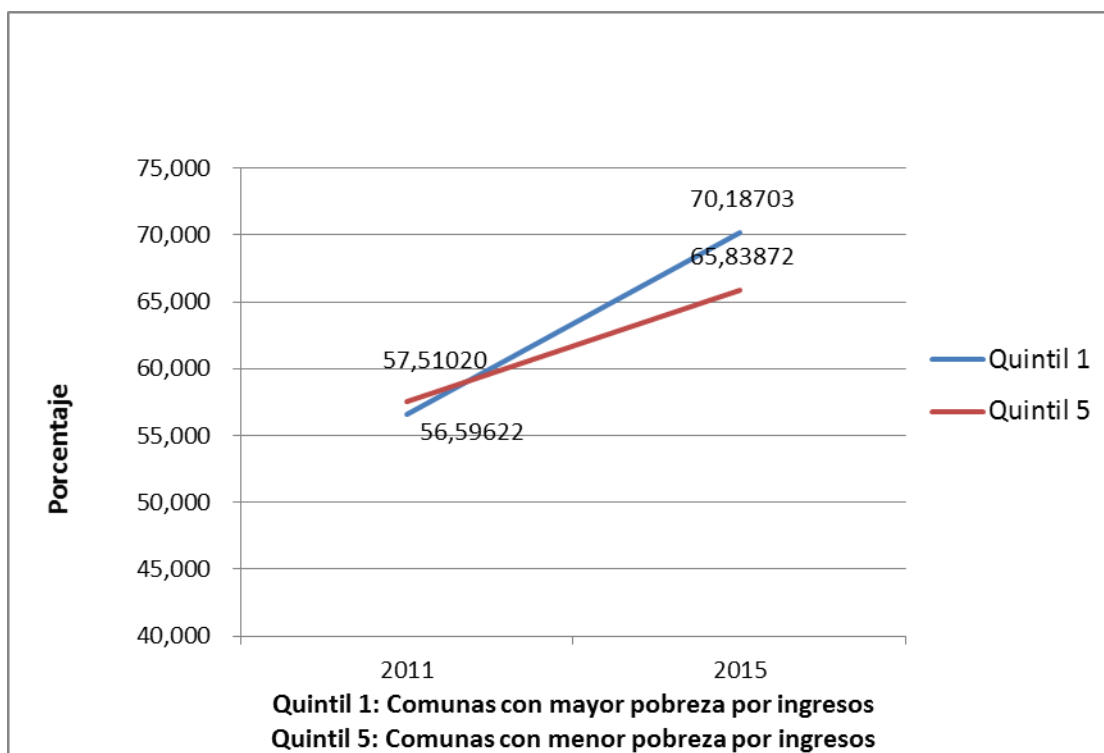


Salud Infantil

0,91 puntos porcentuales más de mal nutrición por exceso en el quintil de las comunas con menor pobreza en comparación con el quintil de las comunas con mayor pobreza en el 2011, no considerándose significativo. La brecha absoluta aumentó a 4,35 puntos porcentuales al comparar los mismos quintiles en 2015 (Gráfico 55).

2% más de mal nutrición por exceso en el quintil de las comunas con menor pobreza en comparación con el quintil de las comunas con mayor pobreza en el 2011. Lo que aumentó a 7% al comparar los mismos quintiles en 2015.

Gráfico 55. Niños 6 años con mal nutrición por exceso según Pobreza por Ingresos, Ñuble 2011 y 2015

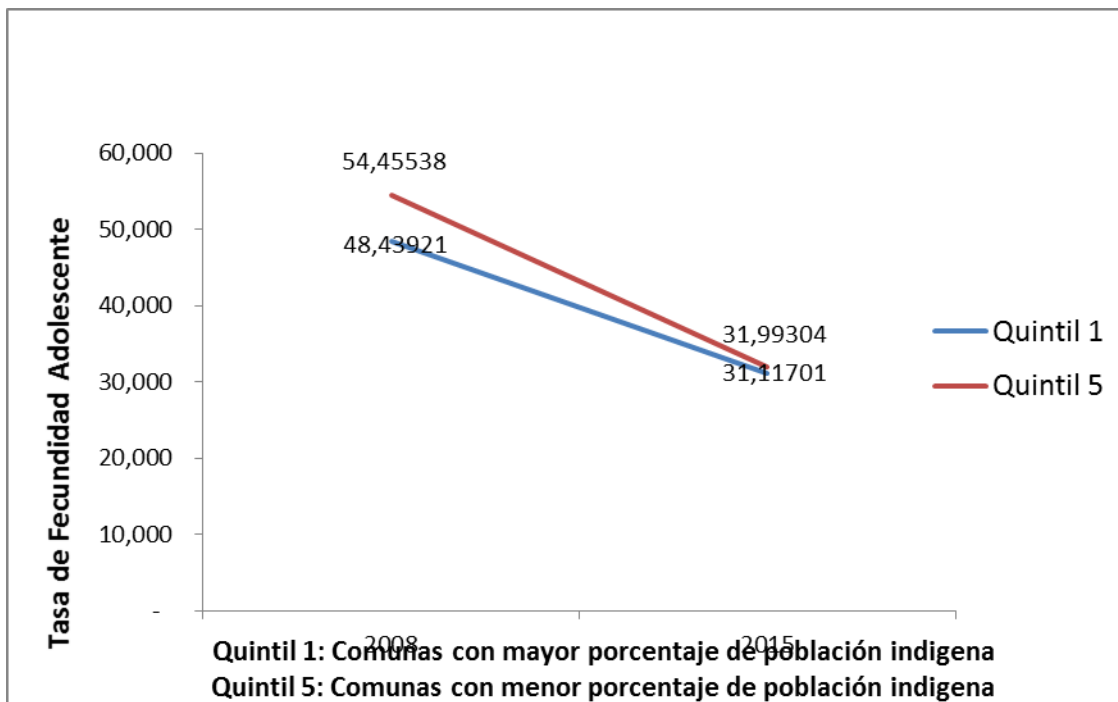


Salud adolescente

6,02 nacimientos más por cada 1.000 mujeres adolescentes (15-19 años) en el quintil de las comunas con menor población indígena en comparación con el quintil de las comunas con mayor población indígena en el 2008. La brecha absoluta disminuyó a 0,87 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes al comparar los mismos quintiles en 2015 (Gráfico 56).

12,63% más de nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes (15-19 años) en el quintil de comunas con menor población indígena en comparación con el quintil de las comunas con mayor población indígena en el 2008. Lo que disminuyó a 2,8% al comparar los mismos quintiles en 2015.

Gráfico 56. Tasa de Fecundidad Adolescente, según Población Indígena, Ñuble 2008 y 2015



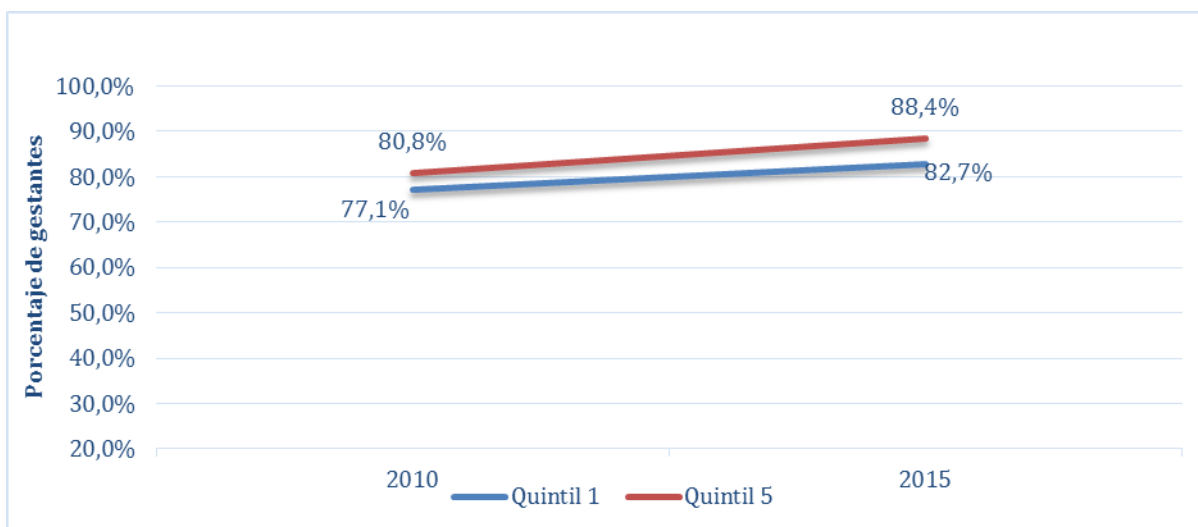
Región Bío Bío

Salud Materna

3,7 puntos porcentuales más de ingreso de gestantes antes de las 14 semanas en las comunas del quintil de con menor porcentaje de pobreza por ingresos, comparado con las comunas del quintil de con mayor porcentaje de pobreza por ingresos en el año 2010, lo que aumentó a 5,7 puntos porcentuales en el 2015. (gráfico 57)

En términos relativos, hay un 5% más de ingresos antes de las 14 semanas en gestantes de las comunas del quintil con menor porcentaje de pobreza por ingresos en el 2010, respecto a las comunas del quintil con mayor porcentaje, lo que aumentó a 7% entre los mismos quintiles en el año 2015.

Gráfico 57. Porcentaje de gestantes ingresadas antes de las 14 semanas por quintil de pobreza por ingresos, Región del Biobío, Año 2010 y 2015



Quintil 1: comunas con mayor porcentaje de pobreza según ingreso

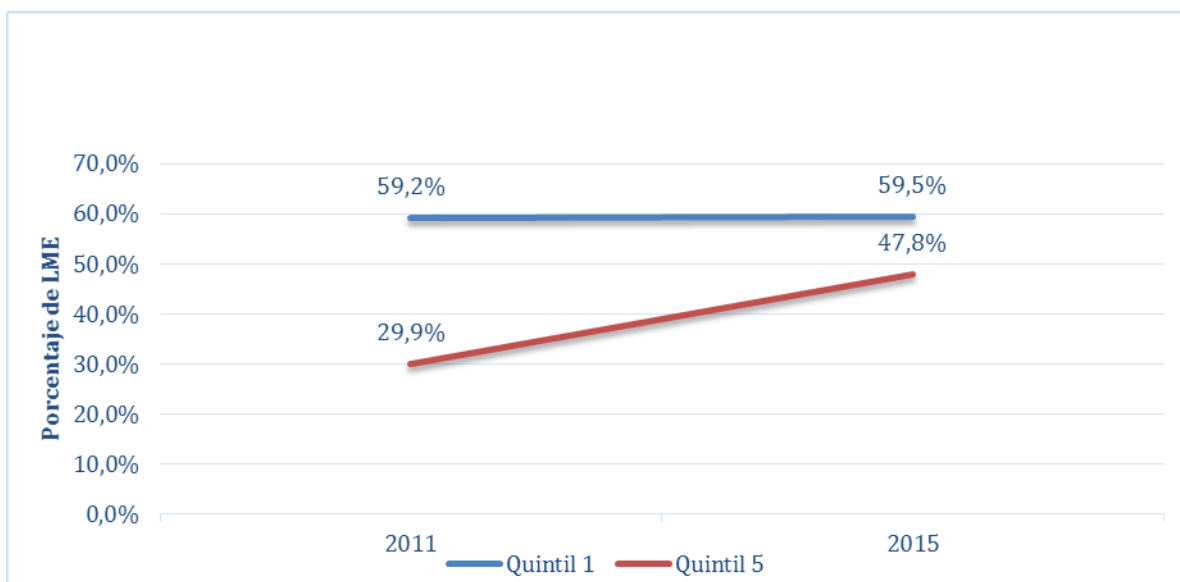
Quintil 5: comunas con menor porcentaje de pobreza según ingreso

Salud Infantil

29,3 puntos porcentuales más de lactancia materna exclusiva en las comunas del quintil con menor escolaridad de la madre, comparado con las comunas del quintil con mayor escolaridad de la madre en el año 2011, lo que disminuyó a 11,7 puntos porcentuales en el 2015 entre las comunas de ambos quintiles (Gráfico 58).

En términos relativos, hay un 98% más de lactancia materna exclusiva en las comunas del quintil con menor escolaridad de la madre en el 2011, respecto a las comunas del quintil con mayor escolaridad de la madre, lo que disminuyó a 25% entre los mismos quintiles en el año 2015.

Gráfico 58. Porcentaje de Lactancia Materna Exclusiva a los 6 meses, según quintil de escolaridad de la madre, Región del Biobío, Año 2011 y 2015.



Quintil 1: comunas con menor promedio de años de escolaridad de la madre

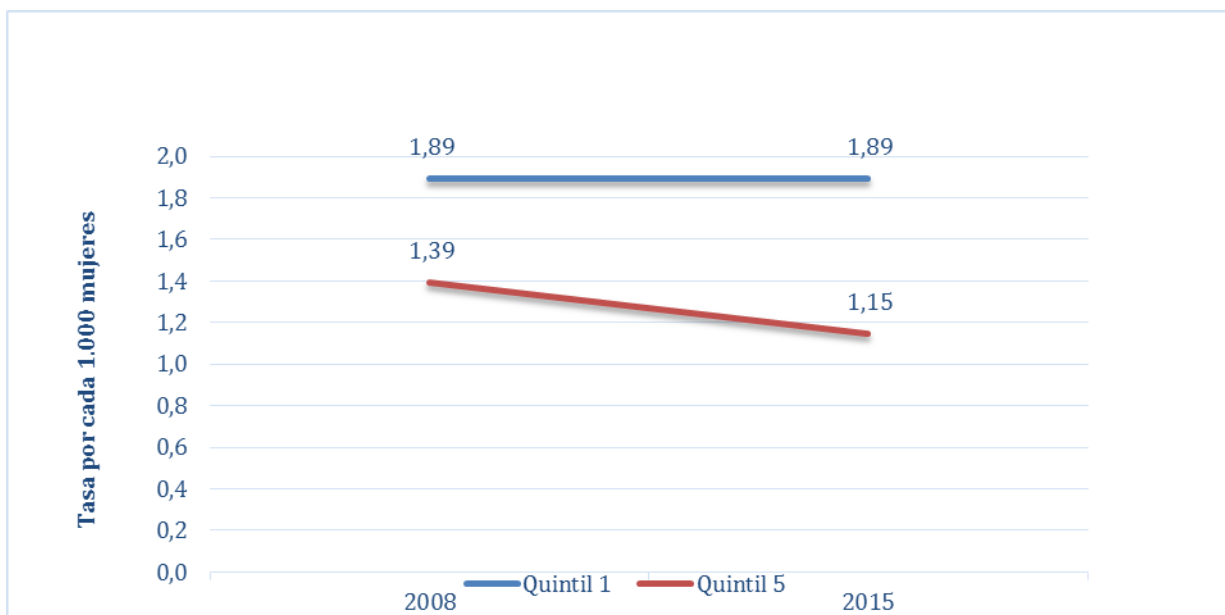
Quintil 5: comunas con mayor promedio de años de escolaridad de la madre

Salud adolescente

0,5 nacidos vivos más por cada 1.000 mujeres de entre 10 a 14 años en las comunas del quintil que concentran más población indígena comparado con las comunas de menor concentración de población indígena en el año 2008; aumentando la diferencia absoluta a 0,74 nacidos vivos entre los mismos quintiles en el año 2015 (Gráfico 59).

En términos relativos, hay un 36% más de fecundidad en las comunas del quintil con mayor concentración de población indígena comparado con las comunas de menor concentración de población indígena en el año 2008; En términos relativos la brecha de fecundidad aumenta a 65% entre los mismos quintiles en el año 2015.

Gráfico 59. Tasa de fecundidad adolescente de 10 a 14 años según quintil de porcentaje de población indígena. Region del Biobío. Año 2008 y 2015



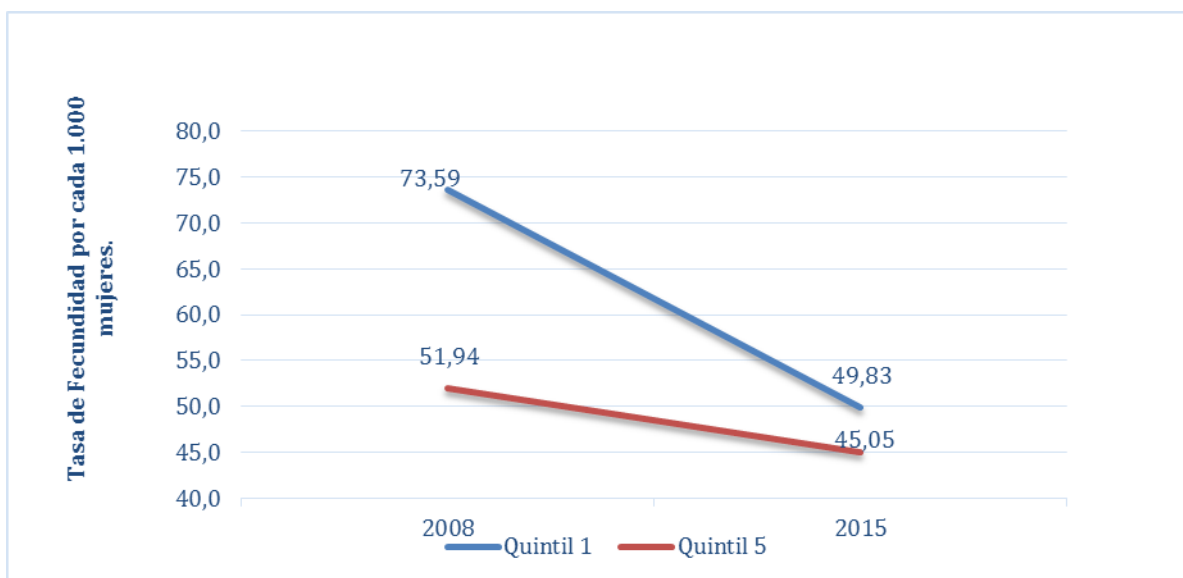
Quintil 1: comunas con mayor porcentaje de población indígena

Quintil 5: comunas con menor porcentaje de población indígena

22 nacidos vivos más por cada mil mujeres de entre 15 a 19 años en las comunas del quintil con mayor concentración de población indígena comparado con las comunas del quintil de menor concentración en el año 2008; La brecha absoluta disminuyó a 5 nacidos vivos entre los mismos quintiles en el año 2015 (Gráfico 60).

En términos relativos, hay un 42% más en la tasa de fecundidad en las comunas del quintil con mayor población indígena comparado con el grupo de comunas con menor población en el año 2008; disminuyendo la tasa de fecundidad a 11% entre los mismos quintiles en el año 2015.

Gráfico 60. Tasa de Fecundidad Adolescente (15 a 19 años) según quintil de Porcentaje población pueblos originarios. Región del Biobío, Año 2008 y 2015



Quintil 1: comunas con mayor porcentaje de población indígena

Quintil 5: comunas con menor porcentaje de población indígena

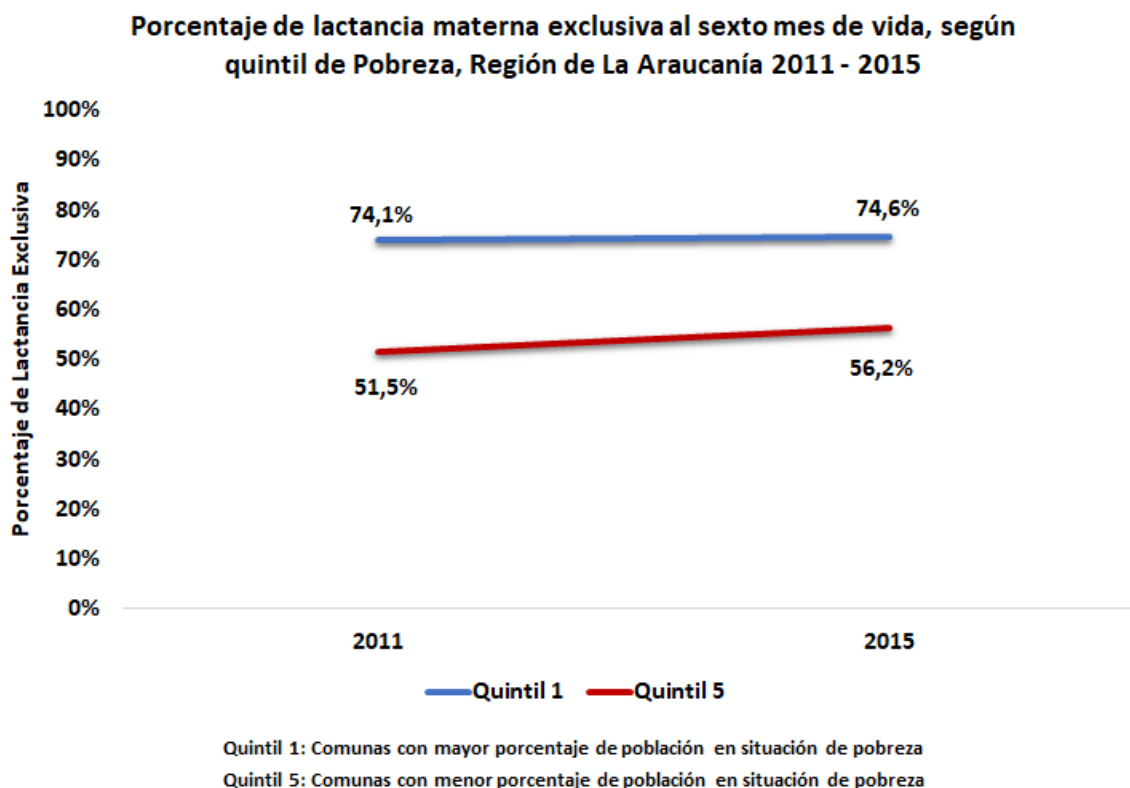
Región de La Araucanía

Salud Materna

El quintil de comunas con mayor pobreza presenta 23 puntos porcentuales más de lactancia materna exclusiva al 6° mes de vida, en comparación con el quintil de comunas con menor pobreza. Durante el año 2015 esta diferencia disminuyó a 18 puntos porcentuales entre los quintiles extremos (Gráfico 61).

En relación a la brecha relativa observamos que durante el año 2011 el quintil de comunas con mayor porcentaje de pobreza presentaba un 44% más de lactancia materna exclusiva al 6° mes de vida, en comparación con el quintil de menor pobreza. Durante el año 2015 esta diferencia disminuyó a un 33% al comparar los quintiles extremos.

Gráfico 61. Porcentaje de lactancia materna exclusiva al sexto mes de vida, según quintil de pobreza, región de La Araucanía 2011-2015

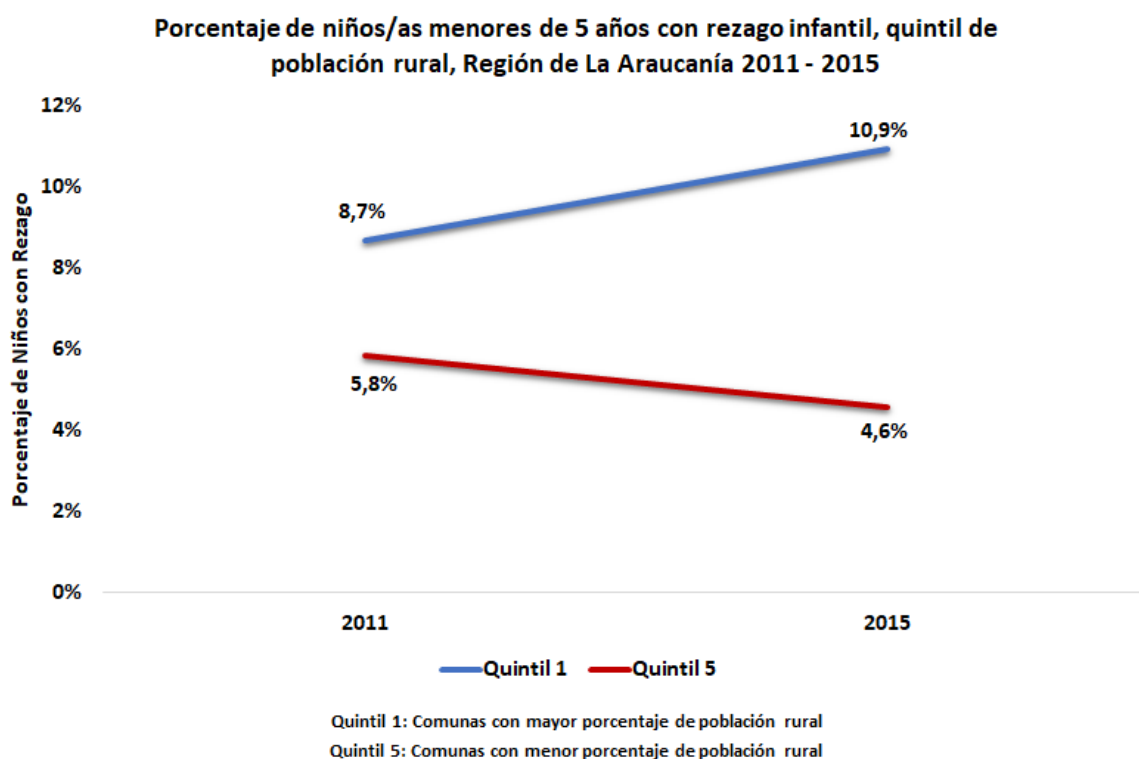


Salud infantil

3 puntos porcentuales más de rezago infantil en el quintil de las comunas con mayor ruralidad en comparación con el quintil con menor ruralidad en el 2011. La brecha absoluta aumentó a 6 puntos porcentuales al comparar los quintiles extremos el 2015 (Gráfico 62).

En el año 2011, en las comunas con mayor ruralidad existían 49% más de niños/as menores de 5 años con rezago en comparación con las comunas con menor población rural, brecha relativa que aumentó 2,39 veces más en el año 2015.

Gráfico 62. Porcentaje de niños/as menores de 5 años con rezago infantil, quintil de población rural, región de La Araucanía 2011-2015

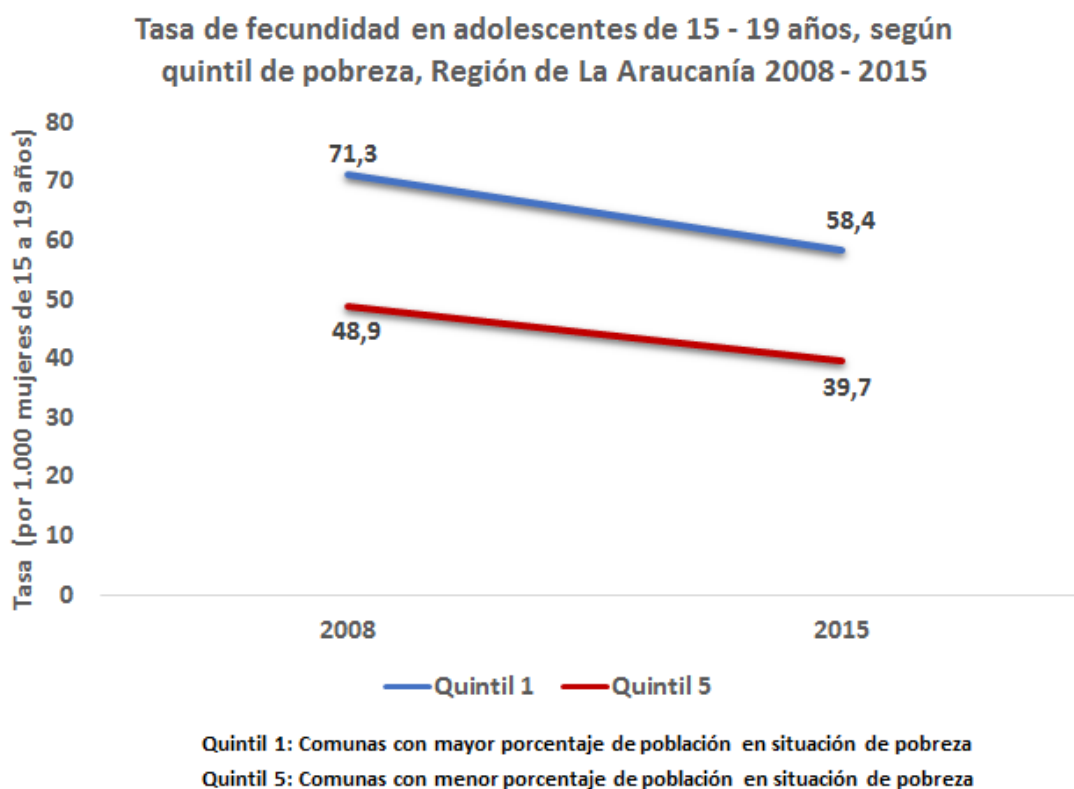


Salud Adolescente

22,3 nacimientos más por cada 1.000 mujeres adolescentes en las comunas del quintil con personas en mayor situación de pobreza cuya brecha relativa disminuyó a 18,7 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes entre los mismos quintiles en el 2015 (Gráfico 63).

Un 46 % más de fecundidad adolescente en las comunas del quintil con personas en mayor situación de pobreza comparado con el quintil de las comunas de menor situación de pobreza en el 2008, brecha relativa que aumentó levemente en un 47% entre los mismos quintiles el 2015.

Gráfico 63. Tasa de fecundidad en adolescentes de 15-19 años, según quintil de pobreza, región de La Araucanía 2008-2015.



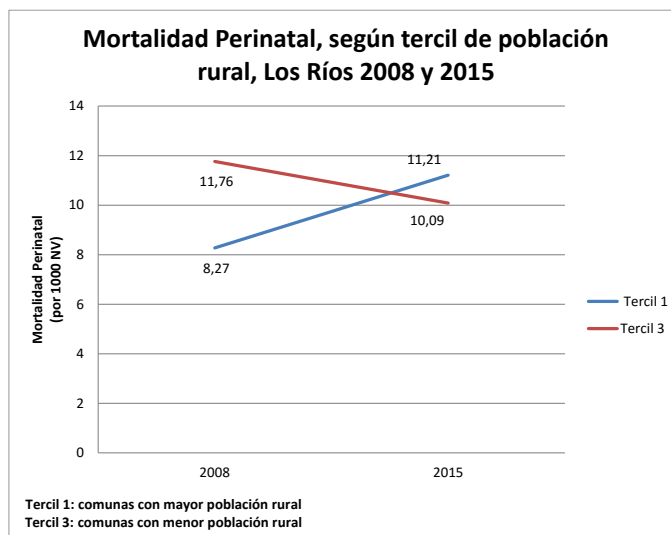
Región Los Ríos

Salud materna

3,5 muerte perinatal más por cada 1.000 nacidos vivos en las comunas del tercil con menor población rural, comparado con el tercil de comunas de mayor población rural, en el año 2008. Esto se modifica en el año 2015, existiendo 1,1 muertes perinatales más en el tercil de las comunas con mayor población rural en comparación con el tercil de las comunas con menor población rural (Gráfico 64).

Existe un 42% más de mortalidad perinatal en las comunas del tercil de menor población en el año 2008 respecto a las comunas del tercil de mayor población rural, lo que se modifica en el año 2015, mostrando un 11,1% más de Mortalidad perinatal en el tercil de las comunas con mayor población rural en comparación con las de menor población rural.

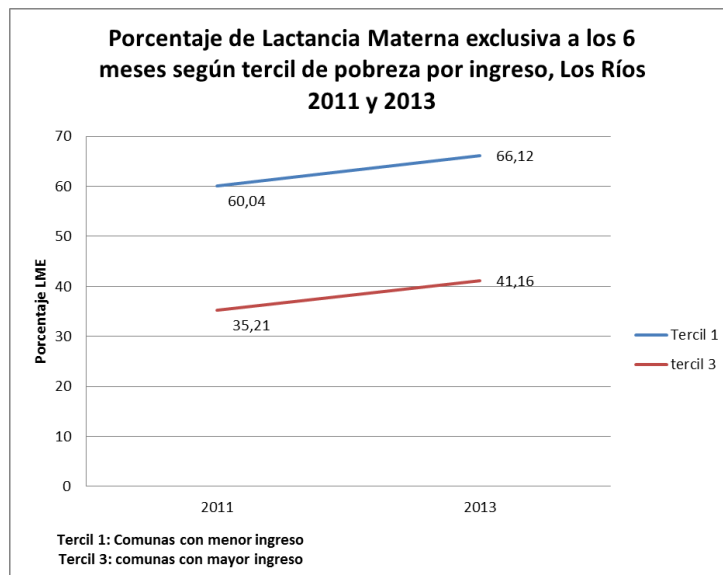
Gráfico 64. Mortalidad perinatal, según tercil de población rural, Los Ríos 2008 y 2015.



Se observan 24,8 puntos porcentuales más de Lactancia Materna Exclusiva (LME) hasta los 6 meses, en las comunas del tercil de mayor pobreza por ingreso comparado con el tercil de comunas de menor pobreza por ingreso, en el año 2011. Esta brecha absoluta, se mantiene en el año 2013 (Gráfico 65).

Existe un 71% más de LME hasta los 6 meses, en las comunas del tercil con mayor pobreza por ingreso en el 2011, respecto a las comunas con menor pobreza por ingreso; indicador que disminuye a un 61% entre los mismos terciles, en el año 2013.

Gráfico 65. Porcentaje de lactancia materna exclusiva a los 6 meses según tercil de pobreza por ingreso, Los Ríos 2011 y 2013.

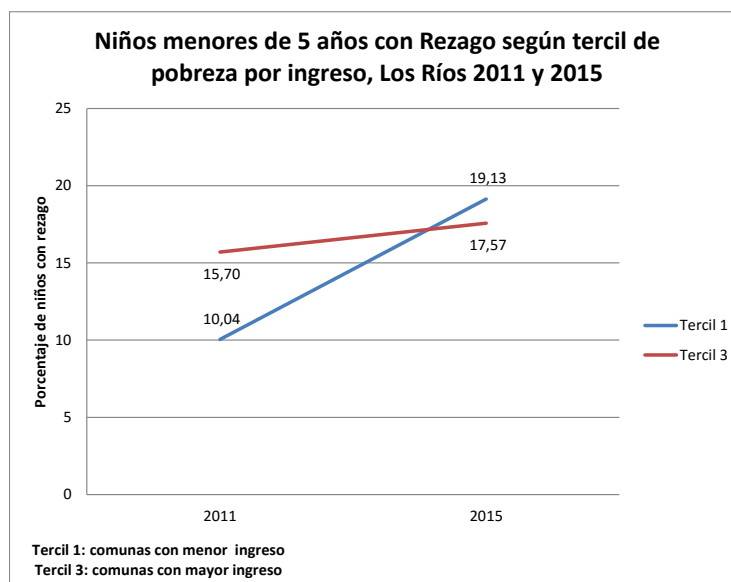


Salud infantil

Existen 5,6 puntos porcentuales más de rezago infantil en el tercil de las comunas con menor pobreza por ingreso, en comparación con el tercil de las comunas con mayor pobreza por ingreso en el año 2011. La brecha absoluta disminuye a 1,6 puntos porcentuales, al comparar los terciles 1 y 3, en el 2015. Cabe señalar que ese año, ambos terciles incrementaron el rezago, siendo mayor en el tercil con mayor pobreza por ingreso (Gráfico 66).

Existe un 56% más de rezago infantil, en el tercil de las comunas con menor pobreza por ingreso en comparación con el tercil de las comunas con mayor pobreza por ingreso, en el 2011. Esta brecha relativa, se invierte en el 2015, con un 9% más de rezago infantil en el tercil de las comunas con mayor pobreza por ingreso en comparación con el tercil de las comunas con menor pobreza por ingreso.

Gráfico 66. Niños menores de 5 años con rezago según tercil de pobreza por ingreso, Los Ríos 2011 y 2015.

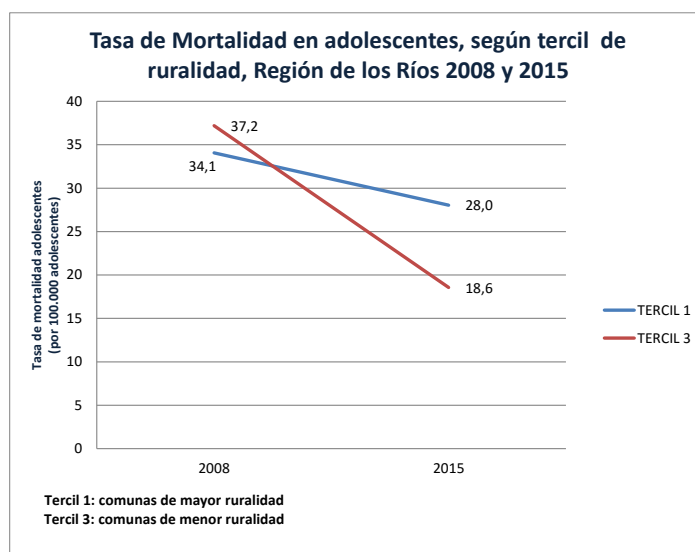


Salud adolescente

Se observan 3,1 muertes más en adolescentes en el tercil de las comunas con menor población rural en comparación con el tercil de las comunas con mayor población rural, en el año 2011. La brecha absoluta aumenta a 9,4 muertes al comparar el tercil 1 respecto al 3, en el 2015. Cabe señalar, que, en ese año, ambos terciles disminuyen, siendo más notoria esta diferencia en el tercil de menor población rural (Gráfico 67).

Existe un 9% más de tasa de mortalidad en adolescentes en el tercil de las comunas con menor población rural en comparación con el tercil de las comunas con mayor población rural, en el 2011. Cabe señalar que en ambos terciles la tasa de mortalidad adolescente disminuye en el 2015, sin embargo, la brecha relativa aumenta y se invierte, presentándose un 50% más de tasa de mortalidad en adolescentes, en el tercil de las comunas con mayor población rural en comparación con el tercil de las comunas con menor población rural.

Gráfico 67. Tasa de mortalidad adolescente, según tercil de ruralidad, región de Los Ríos 2008 y 2015.



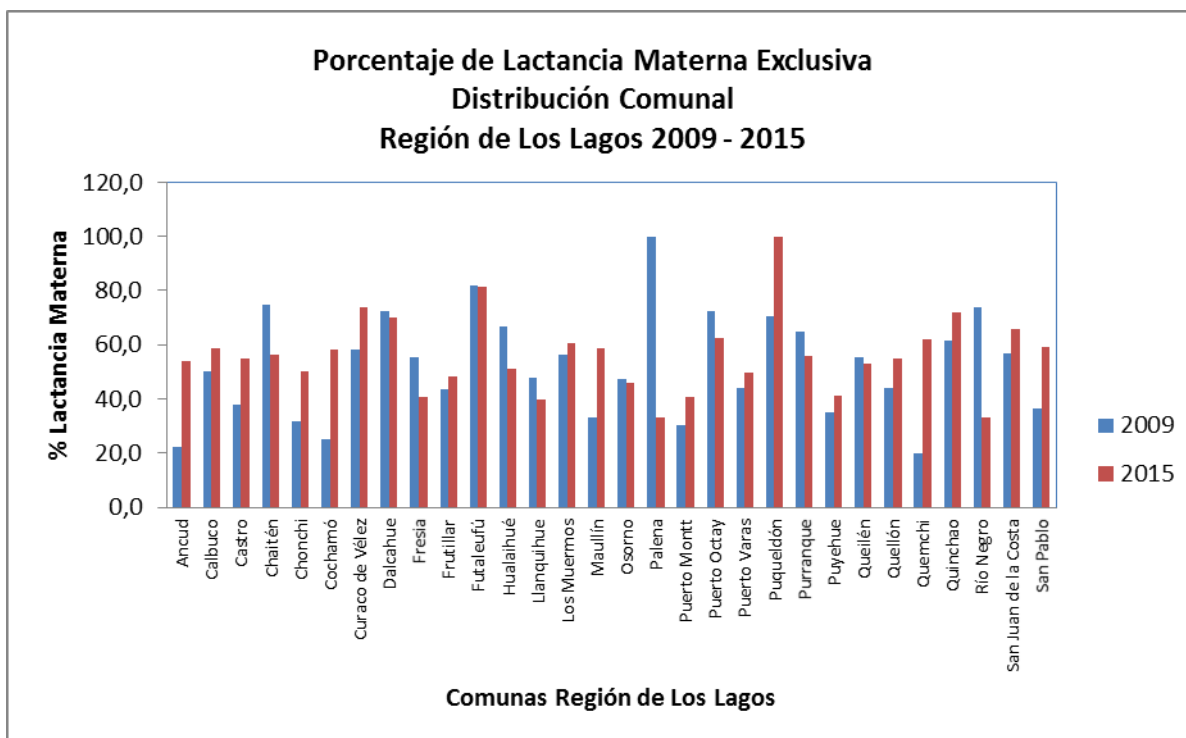
Región de Los Lagos

Salud Materna

A nivel descriptivo, el porcentaje de Lactancia Materna Exclusiva al 6° Mes, aumenta cerca de 7% en la Región de Los Lagos, en el periodo 2009, donde hubo un 42,2% y el 2015 que aumenta a 49%. Al aumento del porcentaje de lactancia materna, contribuyen 18 comunas subiendo el número de niños que son amamantados hasta los 6 meses, mientras 7 comunas los disminuyen. Las otras 5 comunas mantienen sus valores en el periodo 2009 – 2015. La distribución de lactancia materna a nivel comunal para los años 2009 y 2015 se muestra en el gráfico 68.

Las medidas de dispersión de los datos comunales, del indicador de porcentaje de lactancia materna exclusiva, son diferentes entre ambos años analizados. Mientras en el año 2009 la desviación estándar fue de 19,4, el año 2015 baja a 14,4, en tanto el valor mínimo, que en 2009 fue de un 20%, sube a un 33,3% el 2015. En definitiva, se puede observar que para el año 2015, junto con presentar un aumento en el promedio de los porcentajes de lactancia materna, también hay una menor dispersión entre los valores que presentan las comunas.

Gráfico 68. Porcentaje de lactancia materna exclusiva, región de Los Lagos 2009-2015

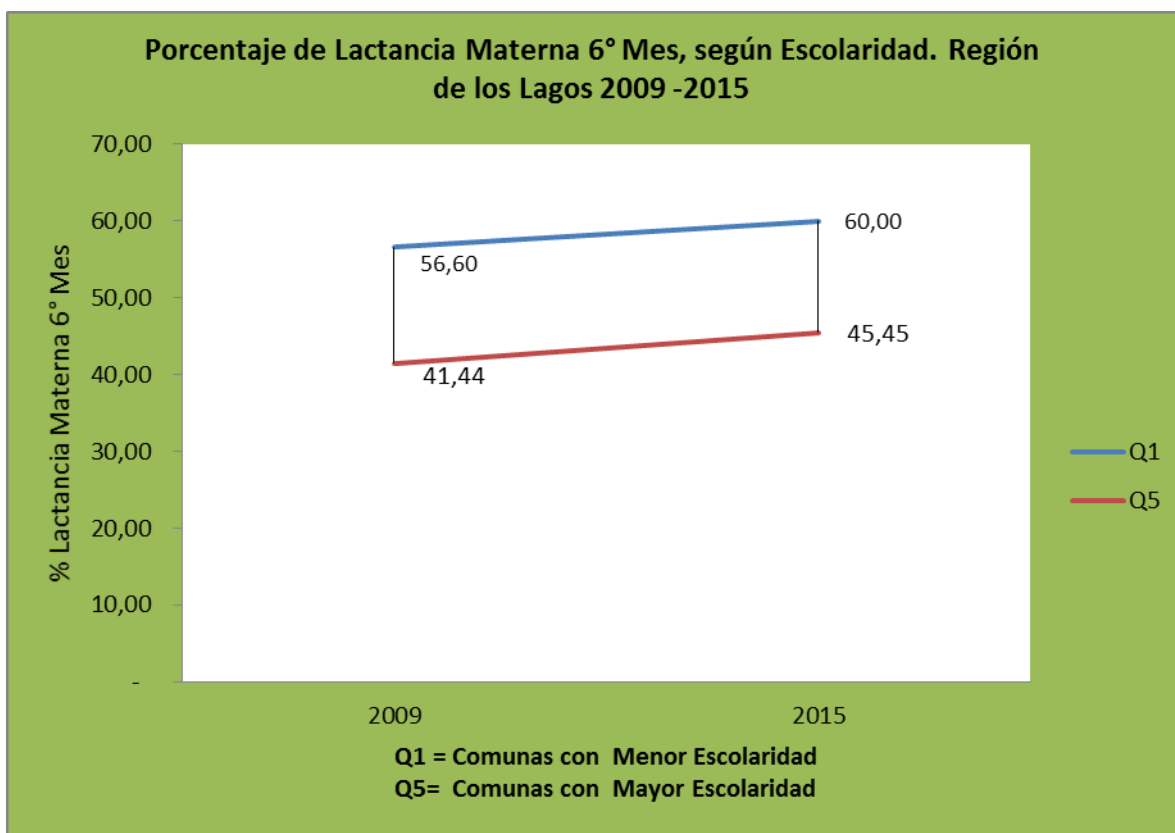


Los resultados del análisis de desigualdad según la escolaridad, medida como el promedio de años de estudio, se muestran en el gráfico 69.

En términos absolutos en el 2009, la brecha en el porcentaje de lactancia materna, del quintil de comunas con menor promedio de escolaridad, fue de 15,1 puntos porcentuales más, respecto de las comunas del quintil con mayor escolaridad. Para el año 2015 esta brecha disminuye levemente bajando a 14,5.

En tanto, la brecha relativa del porcentaje de lactancia materna, muestra en el 2009, que el grupo de comunas con menor escolaridad es un 37% mayor, que el grupo de comunas con mayor escolaridad. En el año 2015 esta diferencia desciende levemente a un 32%.

Gráfico 69. Porcentaje de lactancia materna exclusiva 6to mes, según escolaridad, región de Los Lagos 2009-2015



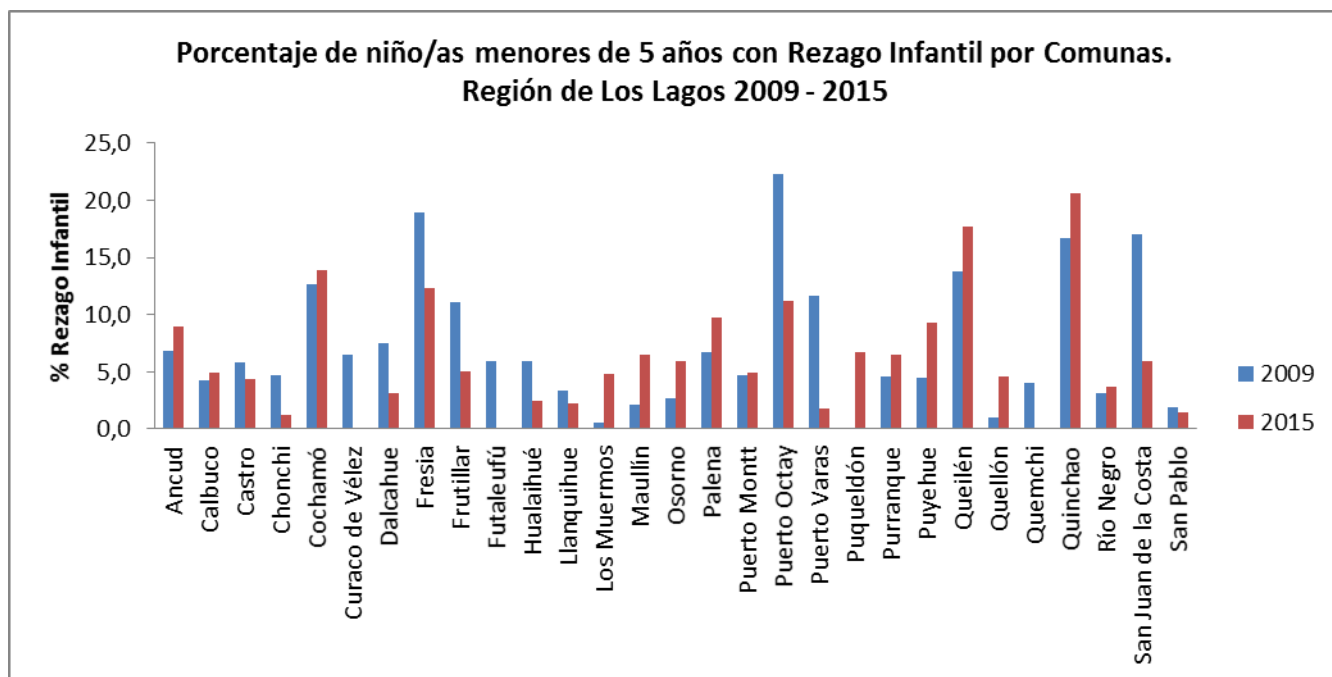
Salud Infantil

A nivel regional, y en términos de promedios ponderados, se observó una leve disminución del porcentaje de niño/as con rezago infantil, entre los años 2009 y 2015, siendo estos de 5,51% y 5,37% respectivamente. La mediana en el mismo periodo fue de 5,9 en 2009 y baja a 5,03 en 2015.

Consistente con la escasa variación de los promedios entre los años 2009 y 2015, los estadísticos de dispersión de los datos, no muestran grandes diferencias en los periodos estudiados. Es así como la DS, baja levemente de 22,31 el año 2009 a 20,66 para el año 2015, mientras que el rango de los datos cambia de 22,31 a 20,66 respectivamente.

Según lo que se presenta en el gráfico 70, alrededor de la mitad de las comunas de la Región de Los Lagos aumentan sus porcentajes de rezago infantil, mientras que la otra mitad la disminuye. Destacan los casos de Fresia, Puerto Octay, Puerto Varas y San Juan de la Costa, como las comunas que habiendo presentado altos niveles de rezago infantil en el 2009, tienen una baja considerable para el año 2015. Otras comunas, como Curaco de Vélez, Futaleufú y Quemchi, que para el año 2009 presentaban alrededor de un 5% de RI, muestran cero % en el 2015.

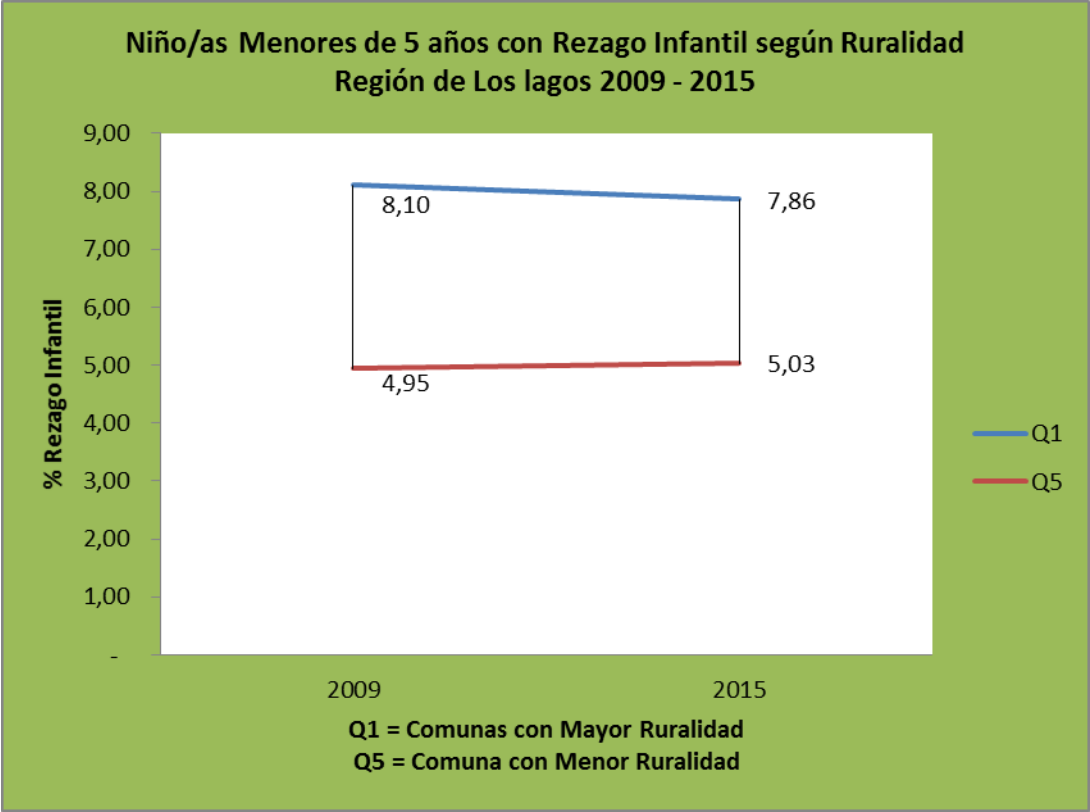
Gráfico 70. Porcentaje de niño/as menores de 5 años con Rezago Infantil por Comunidades. Región de Los Lagos 2009 - 2015



Al analizar las brechas de desigualdad (gráfico 71), se observa 3,16 puntos porcentuales más de rezago infantil en el quintil de comunas con mayor ruralidad en comparación con el quintil de comunas con menor ruralidad. Esta brecha disminuye de manera leve en el año 2015, llegando a 2,28 puntos porcentuales de diferencia entre los quintiles de mayor y menor ruralidad.

En términos relativos, para el 2009 se observa un 64% más de rezago infantil en las comunas del quintil con mayor ruralidad, en comparación con el quintil de las comunas con menor ruralidad. Esta brecha relativa disminuye levemente a un 56% en el 2015, en los mismos quintiles de comunas que se han comparado.

Gráfico 71. Niño/as menores de 5 años con Rezago Infantil según ruralidad. Región de Los Lagos 2009 - 2015



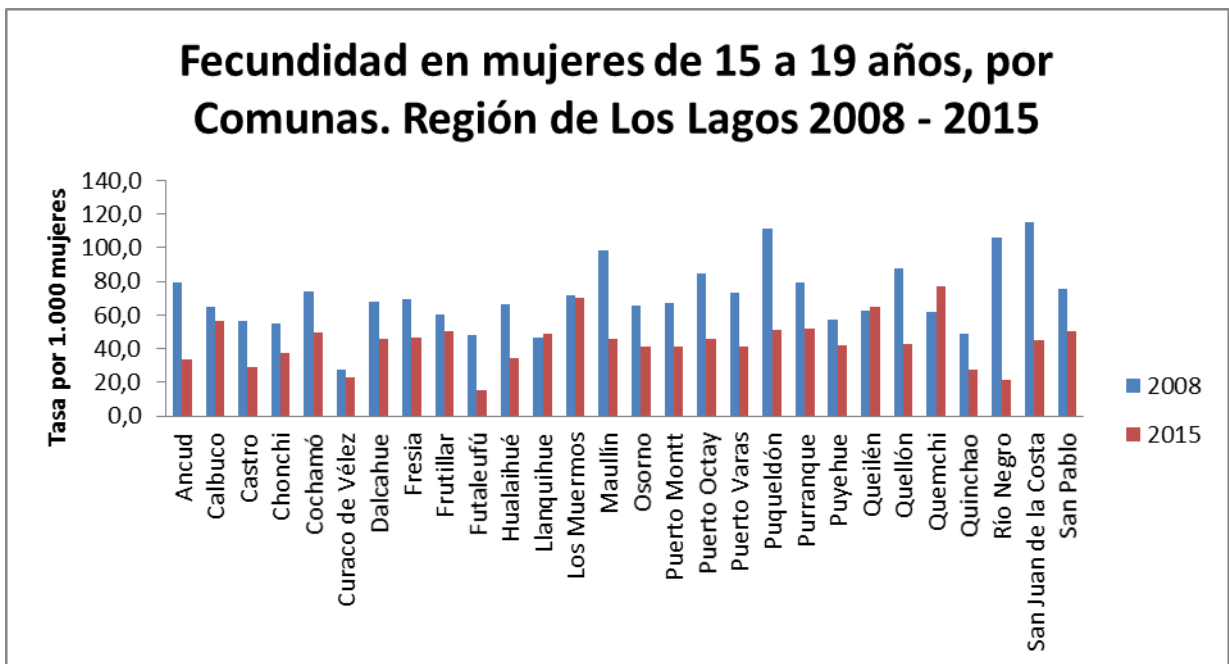
Salud Adolescente

El análisis descriptivo de la Tasa de Fecundidad Adolescente a nivel regional, muestra un descenso que va, de 69 nacimientos por 1.000 mujeres entre 15 y 19 años en el 2008, a 41 nacimientos, en el mismo grupo de edad, el año 2015. En términos estadísticos, el promedio en el 2008 fue de 68,7 y la mediana de 66,7, mientras que en el 2015 estos valores disminuyen a un 41,4 y un 45,9 respectivamente.

El gráfico 72 muestra la distribución de la Tasa de Fecundidad Adolescente a nivel comunal para los años 2008 y 2015. Ahí se observa que la fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años, disminuyó en la mayoría de las comunas y solo tres de ellas presentan un leve aumento.

Las medidas de dispersión también muestran diferencias importantes entre los dos periodos estudiados. La dispersión de los datos es bastante más marcada en el año 2008 comparado con el 2015, donde se observa que la desviación estándar baja de 22,0 a 13,8. Lo mismo se observa con el rango de dispersión que disminuye de 95,2 en el 2008 a 61,3 en el 2015.

Gráfico 72. Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años, por Comunas. Región de Los Lagos 2008 - 2015



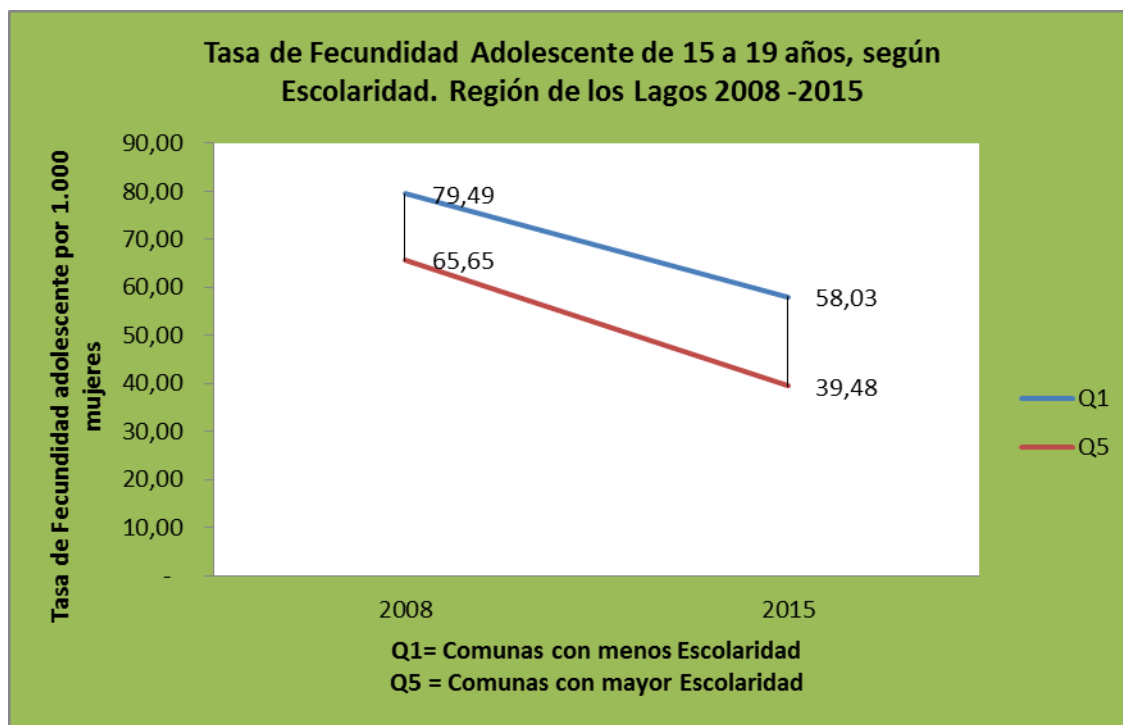
El gráfico 10 muestra las métricas de desigualdad de la Tasa de Fecundidad Adolescente entre el quintil de comunas con menor escolaridad (Q1) y el quintil de comunas con mayor escolaridad (Q5).

En términos de nacimientos por cada 1.000 mujeres entre las edades de 15 a 19 años, entre el 2009 y el 2015, se observa que, en el grupo de comunas con menor escolaridad, la tasa de fecundidad adolescente baja de 79,5 nacimientos en 2008 a 58 en el 2015. En el quintil de comunas con mayor escolaridad también se observa una disminución en ambos periodos, bajando de 66 en 2009 a 39 en el 2015.

Al analizar las brechas absolutas de desigualdad (gráfico 73) para el año 2009, se observan 14 nacimientos más en el quintil de comunas con menor escolaridad, en comparación con el quintil de comunas con mayor escolaridad. Sin embargo, esta brecha aumenta el año 2015 a 19 nacimientos más en el quintil de comunas con menor escolaridad respecto al quintil más favorecido.

En términos relativos, en el 2008 la tasa de fecundidad adolescente en el quintil con menor escolaridad, es un 21% más que en el quintil de comunas con mayor escolaridad. En el 2015, esta brecha aumenta a un 47% en los mismos grupos de comparación.

Gráfico 73. Tasa de Fecundidad Adolescente de 15 a 19 años, según Escolaridad. Región de los Lagos 2008 -2015

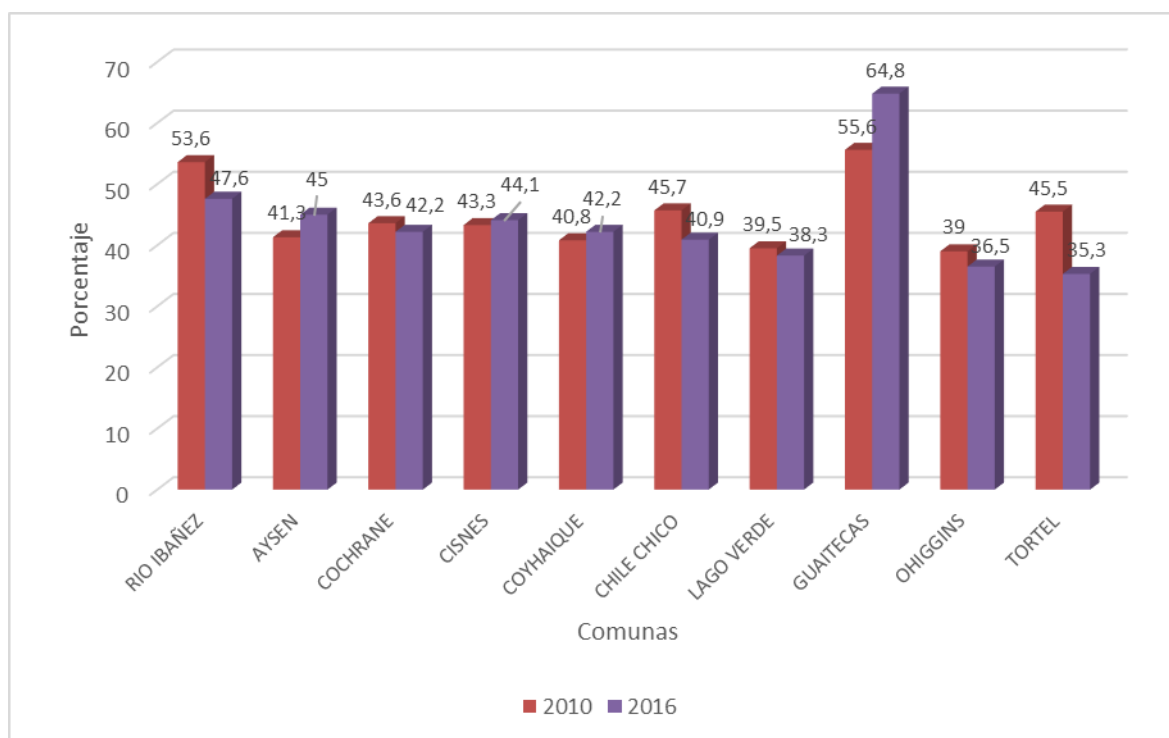


Región Aysén

Salud Infantil

Al analizar la prevalencia de malnutrición por exceso en niños menores de 6 años, se observa que el promedio regional en el 2010 es de 42%, superando este nivel 6 comunas: Río Ibañez, Cochrane, Cisnes, Chile Chico, Guaitecas y Tortel. Del mismo modo, en el 2016 la prevalencia regional aumentó su promedio a 43,6%, superando ese umbral las comunas de: Aysén, Guaitecas y Río Ibañez (Gráfico 74).

Gráfico 74. Tasa de Malnutrición por exceso (menores de 6 años). Región de Aysén, 2010 y 2016



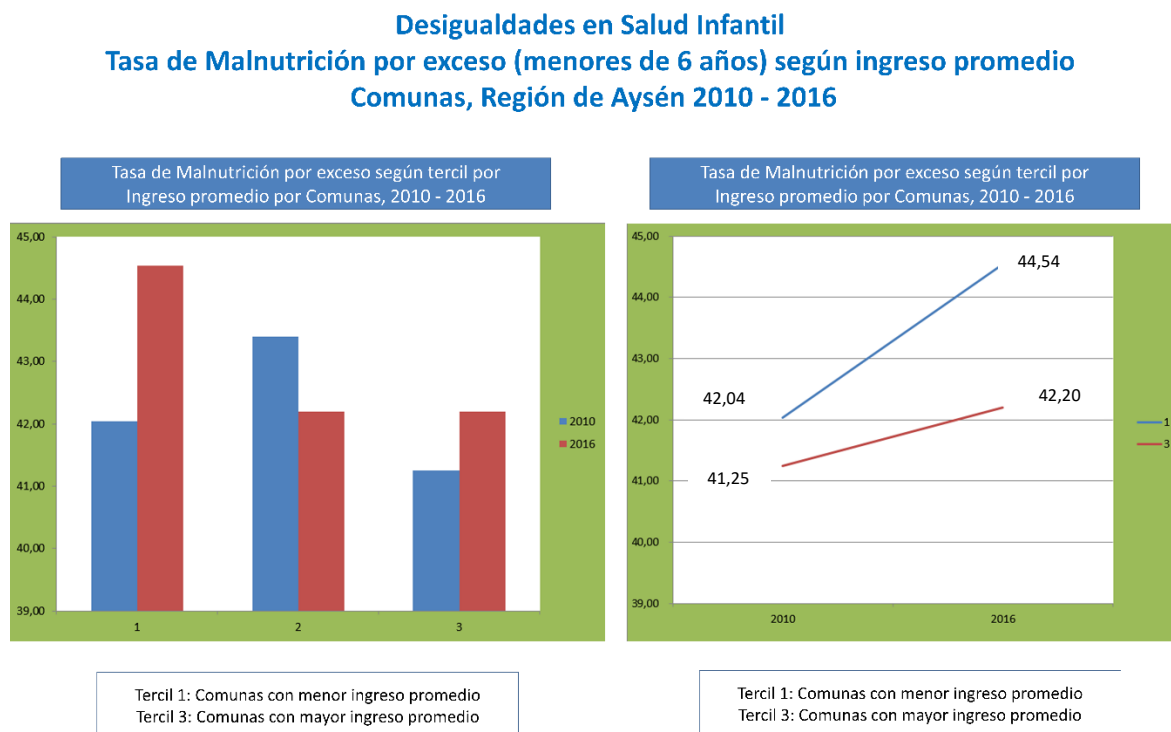
Fuente de Información: Corte poblacional al mes de diciembre de los Resúmenes Estadísticos Mensuales (Serie P02).

La prevalencia de malnutrición por exceso en el grupo de las comunas con menor ingreso (Río Ibañez, Aysén y Cochrane) es 0,79 puntos porcentuales mayor que en las comunas con mayor nivel de ingreso en el año 2010. Para el año 2016 la prevalencia de malnutrición por exceso en el grupo de menor ingresos es 2,34 puntos porcentuales mayor que en las comunas de mayor ingreso.

En el 2010 se presentó un 2% más de malnutrición en las comunas de menor ingreso, respecto del tercil de mayor ingreso (Coyhaique, Cisnes y Chile Chico). Esta brecha relativa aumentó a un 6% en

el 2016 en las comunas de menor ingreso respecto de las de mayor ingreso en malnutrición infantil por exceso (Gráfico 75).

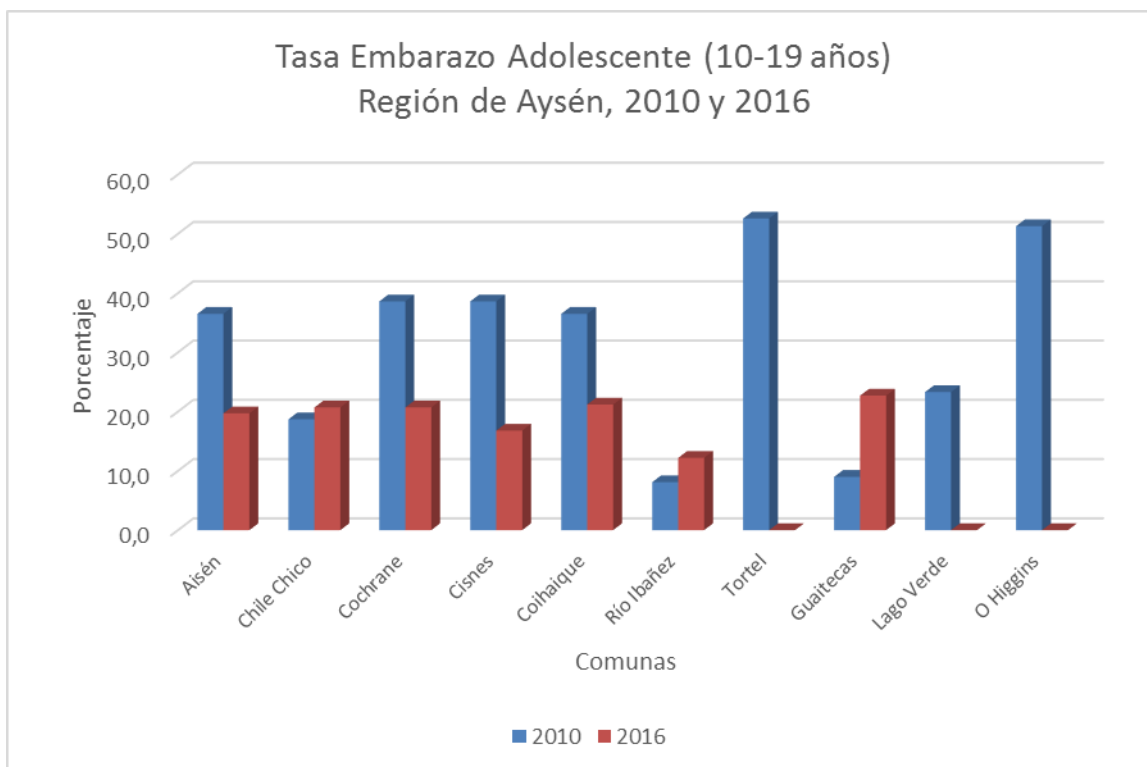
Gráfico 75. Desigualdades en salud infantil



Salud Adolescente

Al analizar la tasa de embarazo en adolescentes de 10 a 19 años, se observa que el promedio regional en el 2010 era de 35,1 por 1000 mujeres entre 10 a 19 años, uno de los mayores a nivel país, superando este índice 6 comunas: Coyhaique, Aysén, Cisnes, Cochrane, Tortel y O'Higgins. Para el año 2016 la tasa regional presentó una reducción importante llegando a 20,2 por 1000 mujeres entre 10 a 19, superando ese umbral las comunas de: Coyhaique y Guaitecas (Gráfico 76).

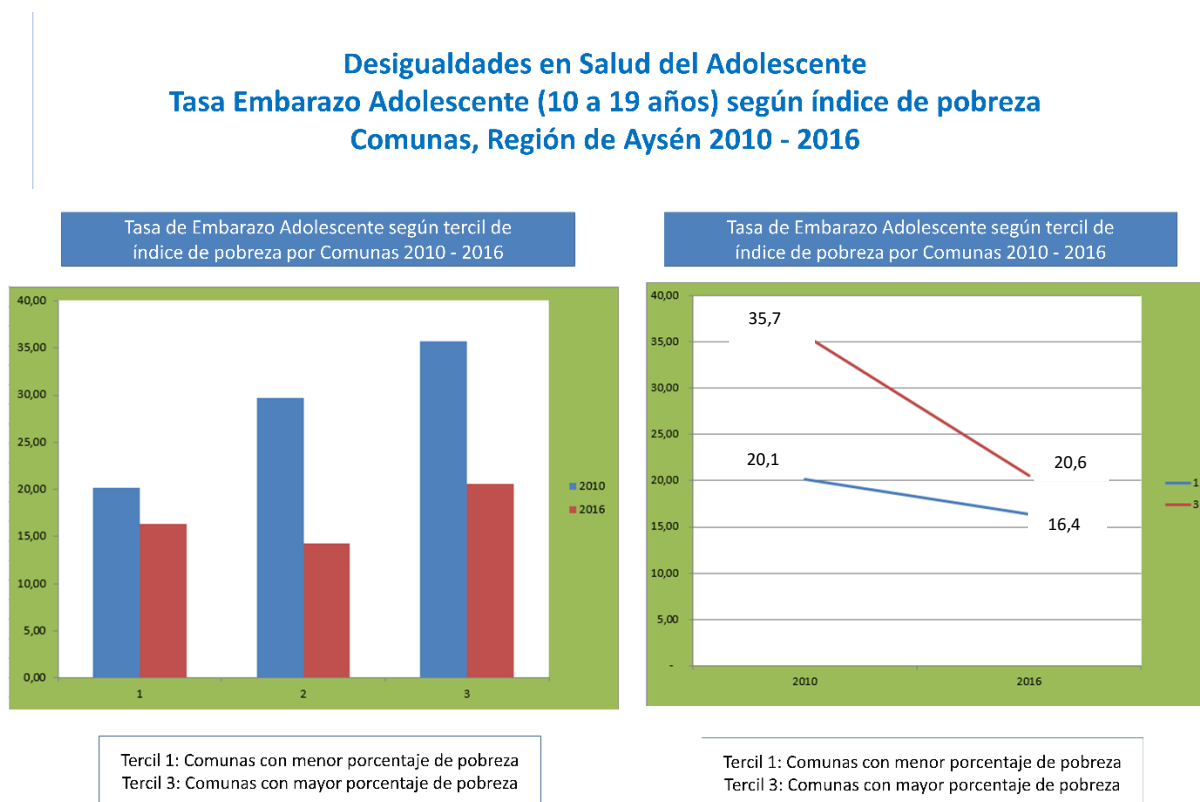
Gráfico 76. Tasa de embarazo adolescente, región de Aysén 2010 y 2016.



Las comunas más pobres (Tortel, Guaitecas y O'Higgins) presentan 15,6 nacidos vivos más por 1000 adolescentes que en las comunas de menor pobreza para el año 2010. Este indicador varió en el 2016, produciéndose un descenso en la brecha absoluta, llegando a 4,2 nacidos vivos más por 1000 adolescentes en las comunas más pobres (Gráfico 77).

En el 2010 se produjo un 77% más de fecundidad en adolescentes en el tercil más pobre comparado con el tercil menos pobre a nivel comunal (Coyhaique, Aysén y Chile Chico), brecha relativa que disminuyó a 25,6% entre los mismos quintiles para el 2016.

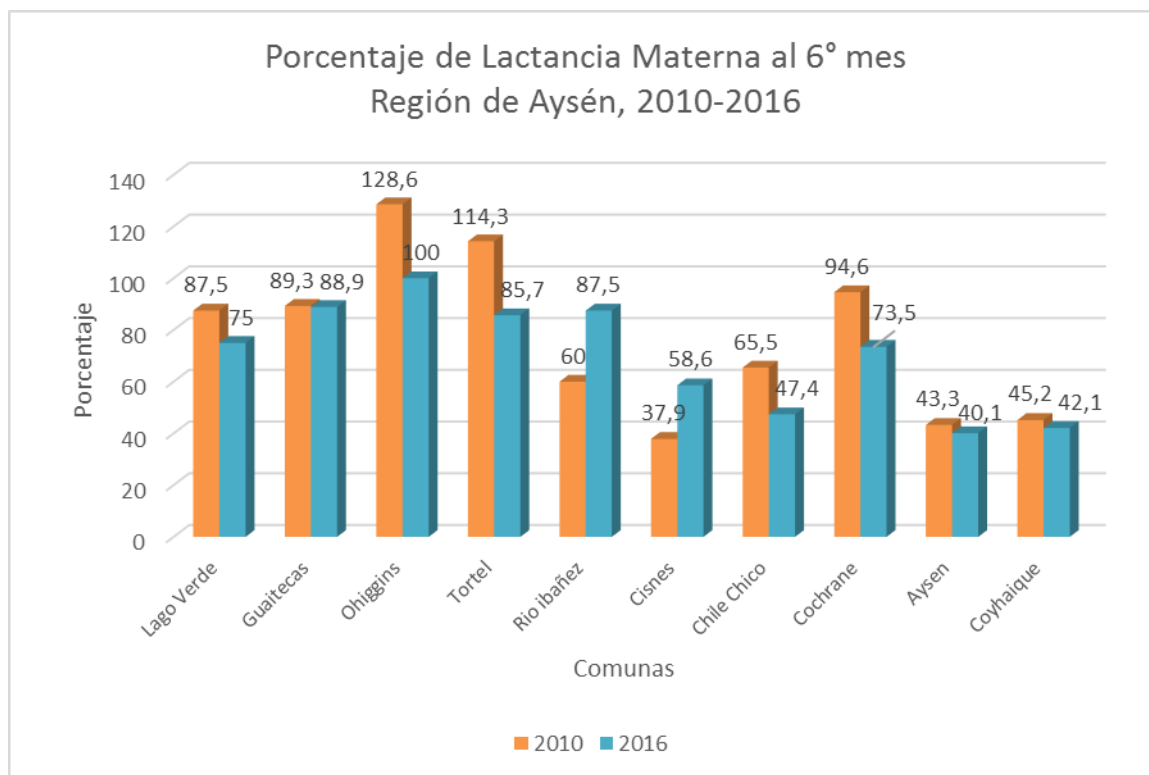
Gráfico 77. Desigualdades en salud adolescente.



Salud Materna

Al analizar la prevalencia de lactancia materna exclusiva al 6to mes, se observa que el promedio regional en el 2010 era de 49,1%, superando este índice 7 comunas: Lago Verde, Guaitecas, Río Ibañez, Chile Chico, Cochrane, Tortel y O'Higgins. Las comunas más urbanizadas y con mayor acceso a la atención de salud presentan los porcentajes menores. Para el año 2016 la prevalencia regional presentó una leve reducción llegando a 47,3%, superando ese umbral todas las comunas, excepto Coyhaique y Aysén (Gráfico 78).

Gráfico 78. Porcentaje de lactancia materna al 6° mes, Región de Aysén, 2010-2016



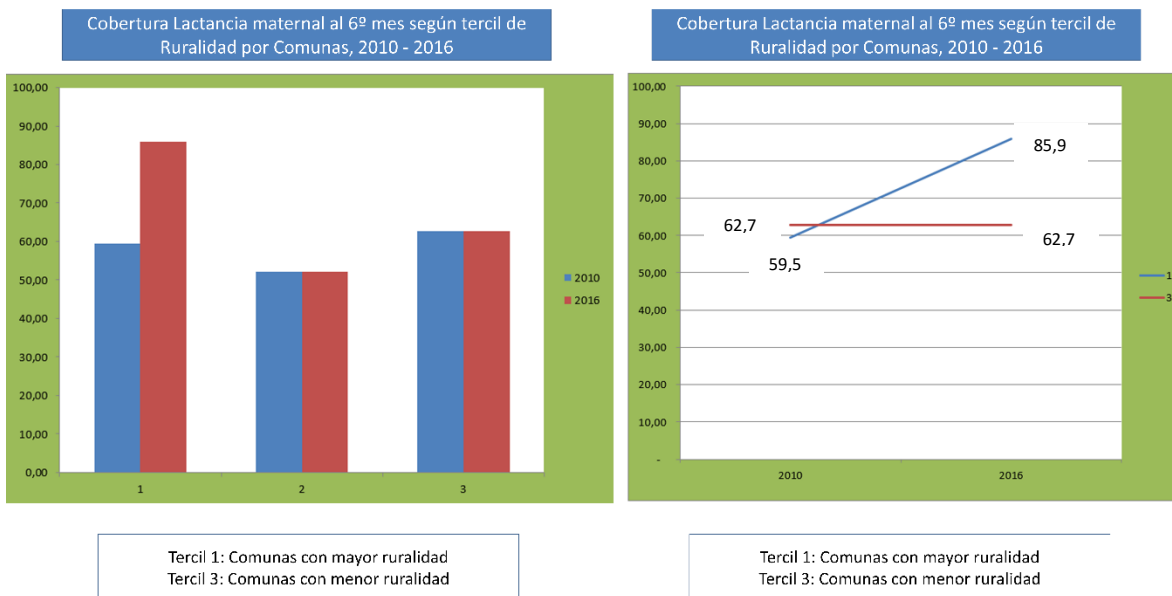
Fuente de Información: Resumen Estadístico Mensual (Serie P02)

Las comunas con mayor ruralidad (Tortel, O'Higgins y Melinka) presentan 3,2 puntos porcentuales menos de lactancia materna en comparación con las comunas de menor ruralidad en el año 2010. Este indicador varió en el año 2016 produciéndose un ascenso en las comunas de mayor ruralidad de 23,1 puntos porcentuales más de lactancia materna exclusiva, respecto de las comunas menos rurales (Coyhaique, Aysén y Cochrane) (Gráfico 79).

En el 2010 se presentó un 5,4% más de lactancia materna en las comunas con menor ruralidad, respecto del tercil más rural. Esta brecha relativa se invirtió en el 2016, con un aumento de 36,8% de lactancia materna en las comunas de mayor ruralidad.

Gráfico 79. Desigualdades en salud materna.

Desigualdades en Salud Materna Lactancia materna al 6º mes, según ruralidad Comunas, Región de Aysén 2010 - 2016



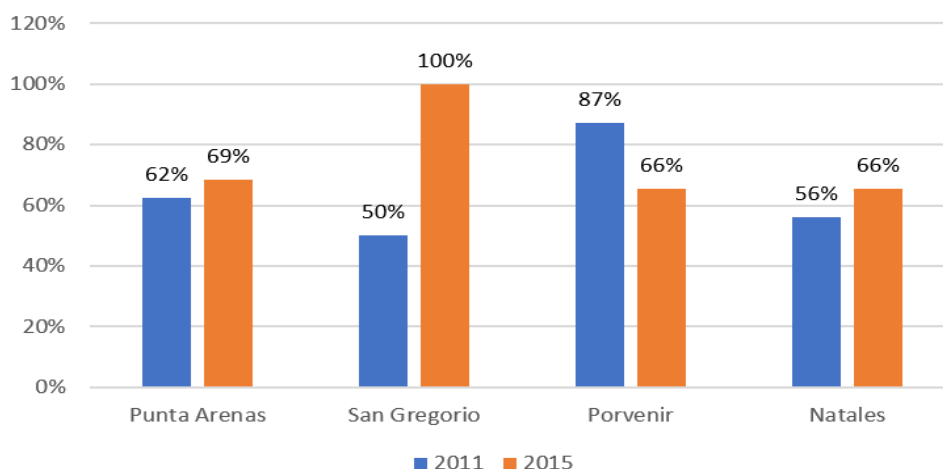
Región de Magallanes

Salud Materna

Es un indicador sanitario que apunta a identificar población de mayor riesgo perinatal a causa de la mal nutrición por exceso, con el fin de orientar estrategias de intervención oportunas para evitar complicaciones derivadas del embarazo, parto y puerperio en el binomio madre-hijo(a).

En la Región de Magallanes y Antártica Chilena, a diciembre de 2011 se registraron 829 gestantes bajo control en establecimientos públicos de salud, donde el 62,6% presenta mal nutrición por exceso. A diciembre de 2015 se registraron 690 gestantes bajo control, donde el 67,8% presenta mal nutrición por exceso. Las comunas de Punta Arenas, Puerto Natales, Porvenir y San Gregorio registran gestantes bajo control en los periodos 2011 y 2015. En ambos periodos todas las comunas presentan un porcentaje de malnutrición por exceso en gestantes bajo control sobre el 50% (Gráfico 80).

Gráfico 80. Distribución porcentual de mal nutrición por exceso en gestantes bajo control según comuna, Región Magallanes y Antártica Chilena, 2011 y 2015.



Fuente: DEIS, MINSAL 2011 y 2015

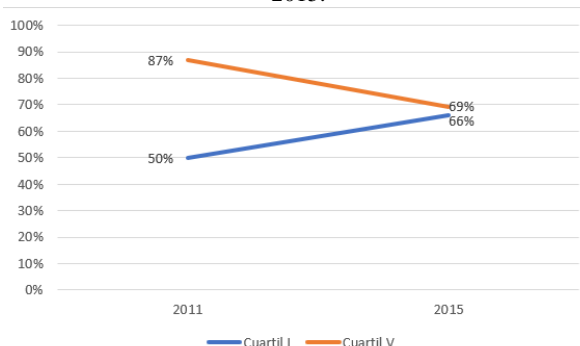
Resultado análisis de desigualdad en salud materna: “Mal nutrición por exceso en gestantes bajo control, según Tasa estimada de pobreza por ingresos por Comuna, Región de Magallanes y Antártica Chilena, 2011 y 2015”.

37 puntos porcentuales más de mal nutrición por exceso en gestantes de la comuna con menor pobreza comparado con gestantes de la comuna con mayor pobreza, en 2011; y en 2015 fue de 3 puntos porcentuales.

43% mayor el porcentaje de mal nutrición por exceso en gestantes de la comuna de menor pobreza respecto a gestantes de la comuna de mayor pobreza en 2011; y en 2015 esta diferencia se reduce a 4%.

Brecha absoluta simple	-0,37	0,03	0,34
Brecha relativa simple	0,57	0,96	0,38
Promedio ponderado	0,63	0,68	0,06

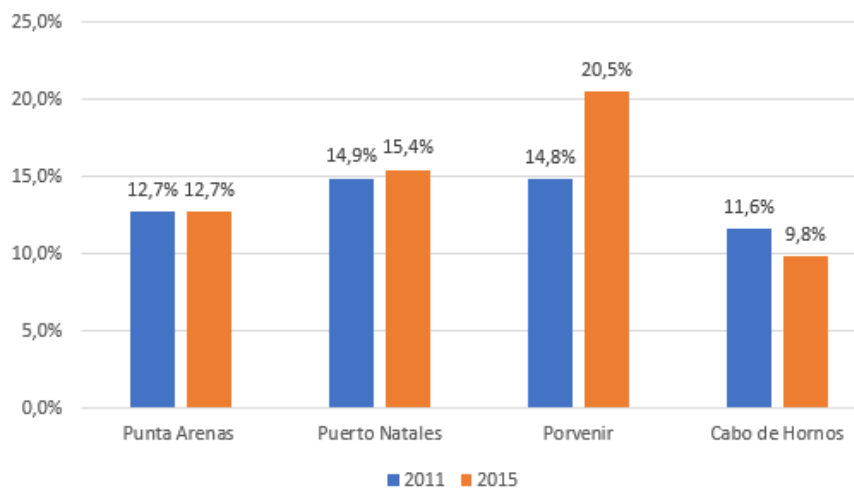
Gráfico 81. Porcentaje de mal nutrición por exceso en gestantes bajo control según tasa estimada pobreza por ingresos, Región de Magallanes y Antártica Chilena, 2011 y 2015.



Salud Infantil

La mal nutrición por exceso es un indicador de riesgo sanitario en la población infantil que afecta el desarrollo integral del niño(a) especialmente sus áreas biológicas y psicosociales. Asimismo, es un predictor que el perfil de carga de enfermedad en Chile se mantenga asociado a enfermedades cardiovasculares, cáncer y salud mental (Gráfico 82).

Gráfico 82. Proporción de Mal nutrición por exceso en menores de 6 años bajo control, según comuna, Región Magallanes y Antártica Chilena, 2011 y 2015.



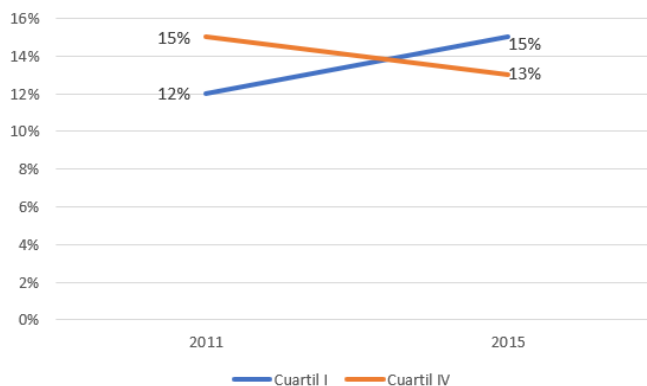
Fuente: DEIS, MINSAL 2011 y 2015

3 puntos porcentuales más de obesidad en menores de 6 años en comunas con menor pobreza respecto de la comuna con mayor pobreza en 2011. En 2015 fue 3 puntos porcentuales más de obesidad en menores de 6 años en comunas con mayor pobreza respecto de comunas con menor pobreza (Gráfico 83).

22% mayor la proporción de obesidad en menores de 6 años bajo control en la comuna de menor pobreza respecto de la comuna de mayor pobreza en 2011. En 2015 fue 21% mayor la proporción de obesidad en menores de 6 años bajo control en comunas de menor pobreza respecto de la comuna de mayor pobreza.

Brecha absoluta simple	-0,03	0,03	0,06
Brecha relativa simple	0,78	1,21	0,43
Promedio ponderado	0,13	0,13	0,00

Gráfico 83. Obesidad en menores de 6 años bajo control, según tasa estimada pobreza por ingresos, Magallanes y Antártica Chilena, 2011 y 2015.

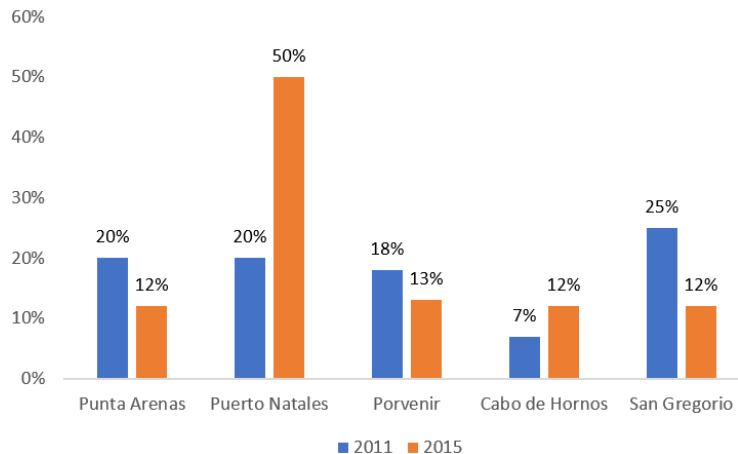


Salud Adolescente

En la Región de Magallanes y Antártica Chilena, durante el año 2011 se registraron 1.724 ingresos a control de embarazo en establecimientos públicos de salud, donde el 19.9% correspondieron a gestantes de 10-19 años. Para el año 2015 se registraron 1.539 ingresos a control de embarazo, donde el 12.2% corresponden a gestantes de 10 a 19 años.

Las comunas de Punta Arenas, Puerto Natales, Porvenir, Cabo de Hornos y San Gregorio registran ingresos a control de embarazo en adolescentes y estratificador socioeconómico en los periodos 2011 y 2015 (Gráfico 84).

Gráfico 84. Proporción de Ingreso a control de embarazo de adolescentes de 10-19 años, según comuna, Región Magallanes y Antártica Chilena, 2011 y 2015.



Fuente: DEIS, MINSAL 2011 y 2015

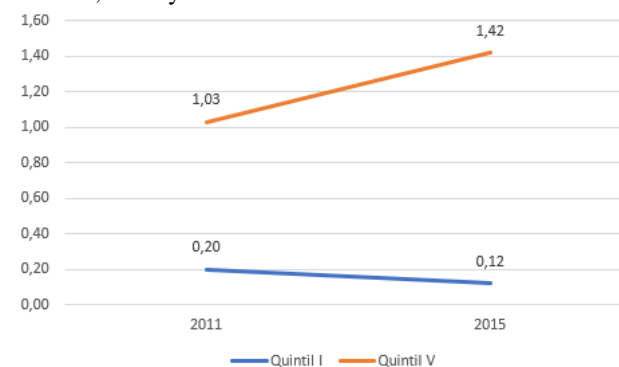
Resultado análisis de desigualdad en salud adolescente: “Embarazo adolescente 10-19 años, según Tasa estimada de pobreza por ingresos por Comuna, Región de Magallanes y Antártica Chilena, 2011 y 2015”.

82 puntos porcentuales más de embarazo en adolescentes de 10-19 años en comunas de menor pobreza respecto de la comuna con mayor pobreza en 2011. En 2015 aumenta a 129 puntos porcentuales más de embarazo en adolescentes de 10-19 años en la comuna de menor pobreza respecto de la comuna con mayor pobreza.

80% más de embarazo en adolescentes de 10-19 años en comunas de menor pobreza respecto de comunas con mayor pobreza, y en 2015 esta diferencia aumentó a 91% (Gráfico 85).

Brecha absoluta simple	-0,82	-1,29	-0,47
Brecha relativa simple	0,20	0,09	-0,11
Promedio ponderado	0,200	0,12	-0,08

Gráfico 85. Embarazo adolescente 10-19, según tasa estimada pobreza por ingresos, Magallanes y Antártica Chilena, 2011 y 2015.



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, se hace 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.
- Reforzar y continuar 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). Subsanan 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
- 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.