



Subsecretaría de Salud Pública  
División de Planificación Sanitaria

# Monitoreo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con Salud en Chile 2019

---

Subsecretaría de Salud Pública  
División de Planificación Sanitaria  
Departamento de Estrategia Nacional de Salud  
[estrategia.salud@minsal.cl](mailto:estrategia.salud@minsal.cl)

## Contenido

Introducción .....	3
Antecedentes .....	4
Objetivo General .....	5
Objetivos Específicos .....	5
Metodología .....	6
Resultados .....	7
Salud Materno Infantil .....	7
Enfermedades Transmisibles.....	10
Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Factores de Riesgo.....	17
Lesiones y Violencia.....	22
Cobertura Sanitaria y Sistemas de Salud.....	23
Riesgos Medioambientales .....	29
Recomendaciones .....	32
Conclusiones .....	32
Referencias.....	33

## Introducción

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

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

El presente informe busca aportar al compromiso asumido por Chile en el año de 2015, con la adopción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, entregando una mirada respecto del estado de avance hacia el logro de los objetivos y metas establecidas.

## Antecedentes

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

Para la implementación de la Agenda 2030, en Chile, fue creado el "Consejo Nacional para la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible" a través del Decreto N° 49 de 2016 del Ministerio de Relaciones Exteriores, con funciones relacionadas a la institucionalidad de su seguimiento, cuyos miembros son los Ministerios de Relaciones Exteriores, Economía, Fomento y Turismo, del Medio Ambiente y de Desarrollo Social, siendo este último su Secretaría Técnica, con la función de coordinar el Plan de Trabajo a ser ejecutado. Este Plan incluye la implementación y difusión de la Agenda 2030, y la elaboración de un diagnóstico inicial del país frente a los ODS. Además, recibe la asesoría técnica del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) para realizar la revisión y estimación de los indicadores para el monitoreo de los ODS (3).

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

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

Destacan los esfuerzos en realizar acciones que involucren el compromiso compartido entre Estado, sociedad civil y agentes económicos en un marco de desarrollo sostenible e inclusivo, con promoción y protección a los derechos humanos dentro y fuera del país. Proponiéndose cuatro ejes para la implementación de la Agenda 2030 en Chile: 1) Alcanzar un desarrollo económico y social sostenible e inclusivo, 2) disminuir la pobreza y la desigualdad, 3) enfrentar el cambio climático, y 4) fortalecer las instituciones para la democracia (3).

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

La medición establece un marco global de 230 indicadores estandarizados, propuestos por el Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los ODS, designado por la Comisión de Estadística de la ONU, para monitorear los ODS y sus respectivas metas, lo que permitirá

identificar experiencias exitosas y destinar recursos para temas prioritarios. Además, los países miembros también pueden complementar estos indicadores estandarizados con indicadores nacionales adicionales, dado que existen ciertos indicadores globales que no cuentan con datos disponibles en algunos países. En Chile, este proceso ha permitido recolectar información a nivel local, regional y nacional para la realización del monitoreo, dado que la Agenda 2030 ha sido tratada como referencia para las políticas públicas nacionales (5).

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

## **Objetivo General**

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

## **Objetivos Específicos**

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

## Metodología

Se trata de un análisis descriptivo, en el que se utilizaron distintas fuentes de datos del Ministerio de Salud (MINSAL).

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

## Resultados

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

#### Salud Materno Infantil

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

##### 3.1.1 Índice de mortalidad materna

La tasa de mortalidad materna en Chile ha presentado un descenso sostenido en los últimos años, llegando a 9 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos el año 2016. Por regiones se observa que al 2016 la región con la mayor tasa es la de Arica y Parinacota (31,2 por 100.000 NV), seguida por la Región de Atacama.

Las cifras nacionales obtenidas al 2016 son menores a la meta ODS de 70 por cada 100.000 nacidos vivos (Tabla 1).

Tabla 1. Razón de Mortalidad Materna\* por región. Chile 2008-2016.

Región	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total país	16,5	19,7	17,9	16,1	17,2	15,6	13,5	15,5	9
De Arica y Parinacota	87,7	56,2	54,2	54,6	28,1	28,4	28,1	0	31,2
De Tarapacá	0	34,8	17,6	34,4	17,4	17,2	17,1	17,3	0
De Antofagasta	10,2	19,9	29,8	10	10,1	20,2	29,3	20,1	10,8
De Atacama	20,7	0	0	19,5	41,1	0	0	0	23,6
De Coquimbo	28,5	9,2	17,8	17,8	53,5	26,3	8,6	18,1	0
De Valparaíso	12,9	21	16,8	0	16,9	21,5	33	16,9	9
Metropolitana de Santiago	15,9	21,4	16,8	17,8	15,1	9,1	6,8	14,8	11,3
Del Libertador B. O'Higgins	23,6	7,8	15,7	8,1	24,7	24,7	40,2	33,1	0
Del Maule	7,1	14,1	14,2	21,9	14,9	21,8	6,9	7,1	7,5
Del Biobío	7,2	17,6	7,1	7,1	7,5	11,4	10,8	18,6	12
De La Araucanía	36,7	29,4	37,4	14,9	7,7	15,5	7,4	7,5	0
De Los Ríos	37,5	18,6	54,9	38,3	0	20,6	39,5	21,4	0
De Los Lagos	7,8	15,2	8	16,7	26,5	35,6	8,7	8,9	9,2
De Aysén del Gral. C. Ibáñez del Campo	0	0	60,6	129,4	64,7	69,1	0	0	0
De Magallanes y de La Antártica Chilena	0	45	0	0	0	0	0	49	0

Fuente DEIS-MINSAL.

Tasa por 100.000 Nacidos vivos (NV).

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

### 3.1.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado

A nivel nacional existe una alta proporción de recién nacidos vivos con atención profesional del parto, alcanzando un 99,7% el año 2016 (Tabla 2).

Tabla 2. Porcentaje de nacidos vivos con atención profesional del parto, por región residencia de la madre. Chile 2008-2016.

Región Residencia de la Madre	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total país	99,84	99,8	99,84	99,84	99,83	99,82	99,75	99,7	99,7
De Arica y Parinacota	99,7	99,52	99,53	99,56	99,63	99,69	99,66	99,6	99,4
De Tarapacá	98,66	98,82	98,99	99,03	99,11	98,73	98,29	98,5	98,7
De Antofagasta	99,88	99,84	99,82	99,85	99,88	99,83	99,84	99,8	99,8
De Atacama	99,92	99,92	99,9	99,84	99,88	99,86	99,76	99,7	99,7
De Coquimbo	99,82	99,77	99,84	99,79	99,76	99,77	99,62	99,7	99,6
De Valparaíso	99,9	99,84	99,83	99,84	99,78	99,78	99,67	99,5	99,5
Metropolitana de Santiago	99,9	99,87	99,9	99,92	99,9	99,91	99,84	99,8	99,8
Del Libertador B. O'Higgins	99,86	99,84	99,84	99,89	99,88	99,75	99,81	99,8	99,8
Del Maule	99,86	99,84	99,9	99,85	99,86	99,85	99,85	99,8	99,9
Del Biobío	99,8	99,76	99,83	99,78	99,81	99,82	99,77	99,8	99,8
De La Araucanía	99,8	99,73	99,78	99,85	99,81	99,8	99,73	99,7	99,8
De Los Ríos	99,85	99,7	99,83	99,85	99,79	99,69	99,64	99,7	99,7
De Los Lagos	99,8	99,83	99,87	99,87	99,86	99,77	99,85	99,8	99,8
De Aisén del Gral. C. Ibáñez del Campo	99,83	99,88	99,94	99,87	99,81	99,86	99,61	99,5	99,4
De Magallanes y de La Antártica Chilena	99,73	99,5	99,6	99,76	99,91	99,8	99,71	99,8	99,7

Fuente: DEIS-MINSAL.

Calculo en base a NV inscritos.



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

*3.2.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años*

Respecto a la Tasa de Mortalidad de niños menores de 5 años, el 2016 ésta correspondió a 8,1 por 1.000 nacidos vivos. Las regiones con menores tasas son las de Valparaíso, Metropolitana y Maule. Tanto a nivel país como regiones, las tasas son menores a la establecida como meta ODS (Tabla 3).

Tabla 3. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años, por región. Chile 2008-2016.

Región	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total país	9,1	9,1	8,7	8,8	8,6	8,1	8,4	7,9	8,1
De Arica y Parinacota	7,3	9	7,3	9,3	12,1	11,4	8,2	8,5	8,4
De Tarapacá	10,4	9,9	7,2	8,9	7,7	6,9	8,4	6,2	8,0
De Antofagasta	9,5	10,2	9,6	7,8	10,2	7,9	8,8	8,3	9,3
De Atacama	12,4	12,6	9,3	10,7	9,7	9,7	8,7	8,3	11,8
De Coquimbo	8,9	8,4	7,8	8,9	10,2	9	8,5	7,5	8,6
De Valparaíso	8,3	9,7	8,8	8,5	8,9	7,8	6,9	7,9	7,6
Metropolitana de Santiago	8,2	8,1	8,2	8,5	8,2	7,7	7,9	7,4	7,6
Del Libertador B. O'Higgins	9,3	8,5	8,5	8,6	9	6,8	9,1	7,4	9,0
Del Maule	10,2	9,4	10,8	8,8	7,7	7,7	9,8	8,1	7,4
Del Biobío	9,9	10,3	9,1	8,5	8,4	9,2	8,2	8,7	8,1
De La Araucanía	10,5	10,5	10,5	9,9	8,5	8	10	9,5	8,1
De Los Ríos	10,3	8,4	7,9	10,1	8,8	9,9	9,5	10,0	9,0
De Los Lagos	9,7	10,5	8,3	9,8	9,9	9,8	10	7,8	9,4
De Aisén del Gral. C. Ibáñez del Campo	11,9	13	6,1	9,1	9,7	6,9	9,7	7,8	7,8
De Magallanes y de La Antártica Chilena	10,1	7,2	10,7	11,7	7,6	8,3	8	9,8	8,0

Fuente: DEIS-MINSAL.  
Tasa por 1.000 NV.

*3.2.2 Tasa de mortalidad neonatal*

Respecto a la mortalidad neonatal, esta fue de 5,2 por 1.000 NV el año 2016, cifra menor a la meta ODS de 12 por cada 1.000 NV. Al desagregar por regiones se observa que las regiones de Atacama y Los Ríos presentan las tasas más altas de mortalidad neonatal (Tabla 4).

Tabla 4. Tasa de mortalidad neonatal, por región de residencia de la madre. Chile 2008-2016.

Región	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total país	5,5	5,4	5,1	5,4	5,4	5,2	5,2	5,1	5,2
De Arica y Parinacota	4,1	5,1	4,3	6	6,5	6,5	4,2	5,3	5,3
De Tarapacá	7,1	6,4	4,4	5,2	5	4	5,3	3,5	4,7
De Antofagasta	5,6	5,6	6	4,7	5,5	4,6	5,3	5,5	6,0
De Atacama	7	8,4	6,7	6	6	6,6	3,2	4,3	6,8
De Coquimbo	5,5	4,7	3,7	5,4	6,2	6,1	5	4,4	6,1
De Valparaíso	5,2	5,8	5	4,6	5,3	5	4,2	4,8	4,2
Metropolitana de Santiago	5	5	5,1	5,6	5,1	5	5	4,8	5,0
Del Libertador B. O'Higgins	5,9	5,5	4,9	5,5	5,3	4,6	5,8	4,6	5,3
Del Maule	6	4,8	6,1	5,8	4,8	4,9	6,2	5,2	5,0
Del Biobío	5,9	5,7	5,2	5,4	5,9	5,7	5,1	5,8	5,3
De La Araucanía	6,6	5,8	6	5,5	5,1	5,4	7,2	6,6	5,7
De Los Ríos	6,6	3,7	3,5	6,1	5,5	5,4	4,9	7,0	7,0
De Los Lagos	5,6	5,9	4,2	5,5	6,5	5,4	5,9	5,4	6,0
De Aysén del Gral. C. Ibáñez del Campo	7,4	7,1	3,6	5,2	5,2	4,1	7,1	5,6	5,6
De Magallanes y de La Antártica Chilena	5,7	4,1	5,3	4,2	5,7	4,9	7,1	4,9	3,7

Fuente: DEIS-MINSAL.  
Tasa por 1.000 NV.

## Enfermedades Transmisibles

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

#### Virus de inmunodeficiencia humana

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

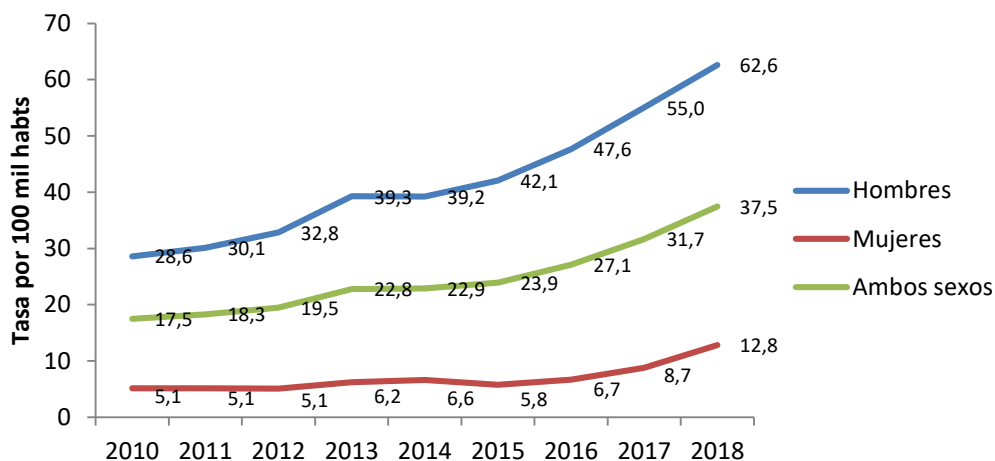
##### Situación Epidemiológica

El 2018 se observa una tasa de 37,5 casos nuevos por 100 mil habitantes, confirmados por el Instituto de Salud Pública. Siendo 2,1 veces superior a lo reportado para el año 2010.

La tendencia en ambos sexos es al aumento, sin embargo, en hombres la tasa es de 62,6, muy por sobre el 12,8 que se presenta en mujeres (Gráfico 1).

La principal vía de transmisión es la sexual, representando un 99% en el quinquenio 2011-2015, siendo la práctica de mayor riesgo declarada la relación sexual de hombres con otros hombres, concentrando el 63% de los casos en este mismo quinquenio (6).

Gráfico 1. Tasa de casos confirmados de VIH según sexo. Chile 2010-2018.



Fuente: Depto. Epidemiología, MINSAL

### Vigilancia

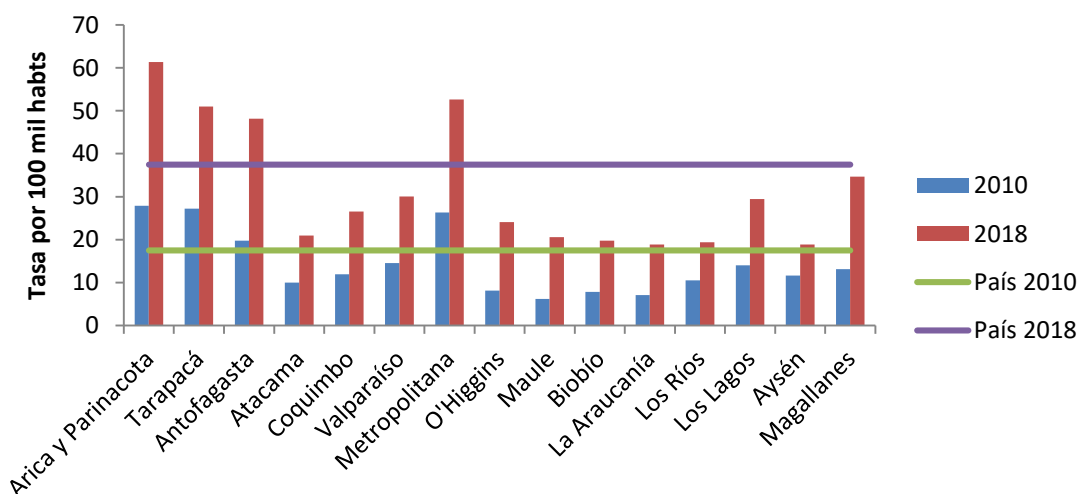
La notificación de caso de VIH/SIDA (DS N° 158), es obligatoria, universal y de periodicidad diaria (desde los establecimientos de salud, a la Autoridad Sanitaria Regional). Además, el VIH se considera como agente sujeto a vigilancia de laboratorio (artículo 9, DS.158), debiendo enviar la muestra adjuntando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

### Dinámica Espacial

La Epidemia del VIH expresada en el territorio, presenta el año 2018 las tasas más elevadas en las regiones del norte del país (Arica y Parinacota, Tarapacá y Antofagasta), la Región Metropolitana y Magallanes, en todas ellas se observa a lo menos el doble de lo presentado el año 2010.

Así también se observan regiones, que en el panorama general no presentan las tasas más elevadas, su aumento al 2018, en relación al 2010 es de 3 veces superior, esto ocurre específicamente el O'Higgins y Maule (Gráfico 2).

Gráfico 2. Tasa de casos nuevos confirmados, según región de residencia, año 2010-2018.



Fuente: Depto. Epidemiología, MINSAL.

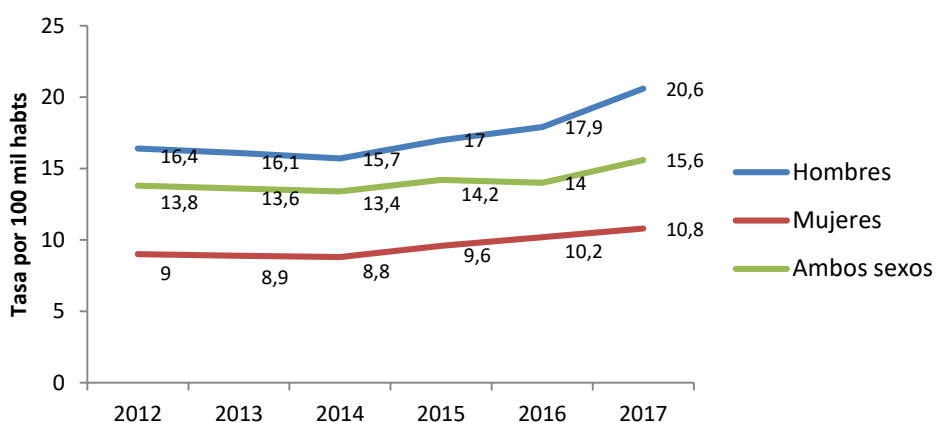
## Tuberculosis

### 3.3.2 Incidencia de la tuberculosis por cada 100.000 habitantes

#### Situación Epidemiológica

La morbilidad total de tuberculosis en todas las formas (TBTF), es decir, la suma de casos nuevos y las recaídas, fue de 15,6 por 100.000 habitantes el año 2017. De acuerdo a la información proporcionada por el Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PRO CET), esta enfermedad tiene mayor presencia en hombres que en mujeres. En Chile, el año 2017, la tuberculosis presentó una tasa de morbilidad en hombres de 20,6 por 100 mil y de 10,8 en mujeres (Gráfico 3).

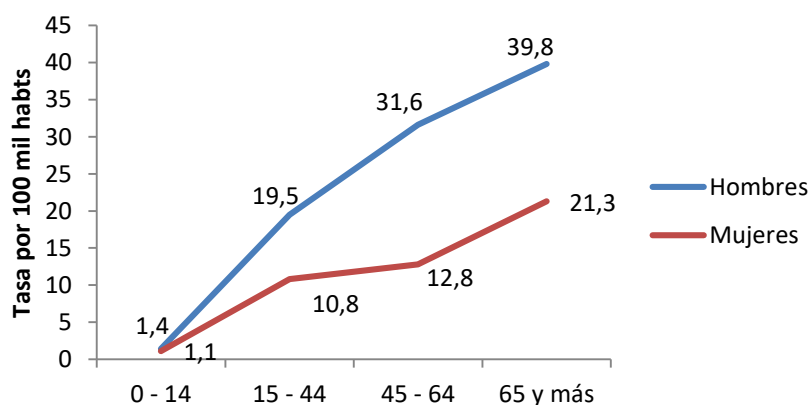
Gráfico 3. Tasa de morbilidad de Tuberculosis en todas sus formas, según sexo. Chile 2012-2017.



Fuente: Registro Nacional del Programa de Tuberculosis. MINSAL.

El Gráfico 4 muestra la tasa de morbilidad de tuberculosis por grupo de edad y sexo, siendo la tasa más alta en hombres que en mujeres, y aumentando con la edad. Observándose en los grupos de 45-64 y 65 y más, las mayores tasas.

Gráfico 4. Tasa de morbilidad de Tuberculosis en todas sus formas, según sexo y grupos de edad. Chile 2012-2017.



Fuente: Registro Nacional del Programa de Tuberculosis. MINSAL.

## Vigilancia

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

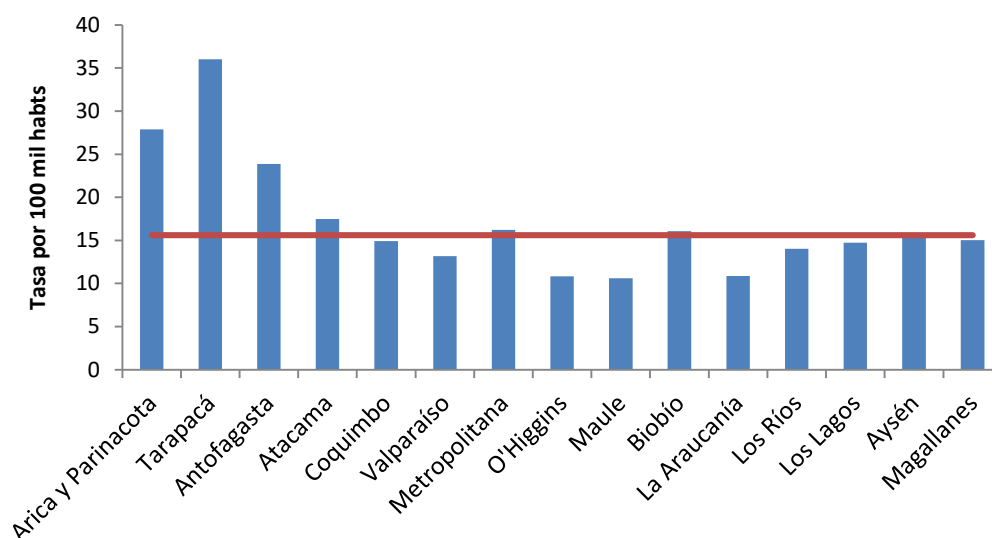
Los pacientes con "sospecha" de tuberculosis, los casos de fracasos de tratamiento, los abandonos reingresados, la tuberculosis latente (infección por *M. tuberculosis* sin enfermedad activa) y los enfermos trasladados desde otros establecimientos no deben ser notificados. Tampoco se notifican pacientes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

## Dinámica Espacial

En Chile, la incidencia es variable dependiendo de la región. Como se observa en el Gráfico 5, las regiones del extremo norte son quienes tienen tasas más altas de tuberculosis, siendo la región de Tarapacá quien ocupa el primer lugar con 36 por 100 mil habitantes. Además, ninguna región presenta una tasa inferior a 10, límite requerido para considerarse de baja incidencia.

Al expresarlo en número total de casos, la mayoría de ellos están en regiones con mayor cantidad de habitantes, siendo la Región Metropolitana la que concentra el 42% de los casos del país en el año 2017.

Gráfico 5. Tasa de morbilidad de Tuberculosis Chile por Región, 2017.



Fuente: Registro Programa Nacional de Tuberculosis.

## Prevención y control

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

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

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

## Hepatitis B

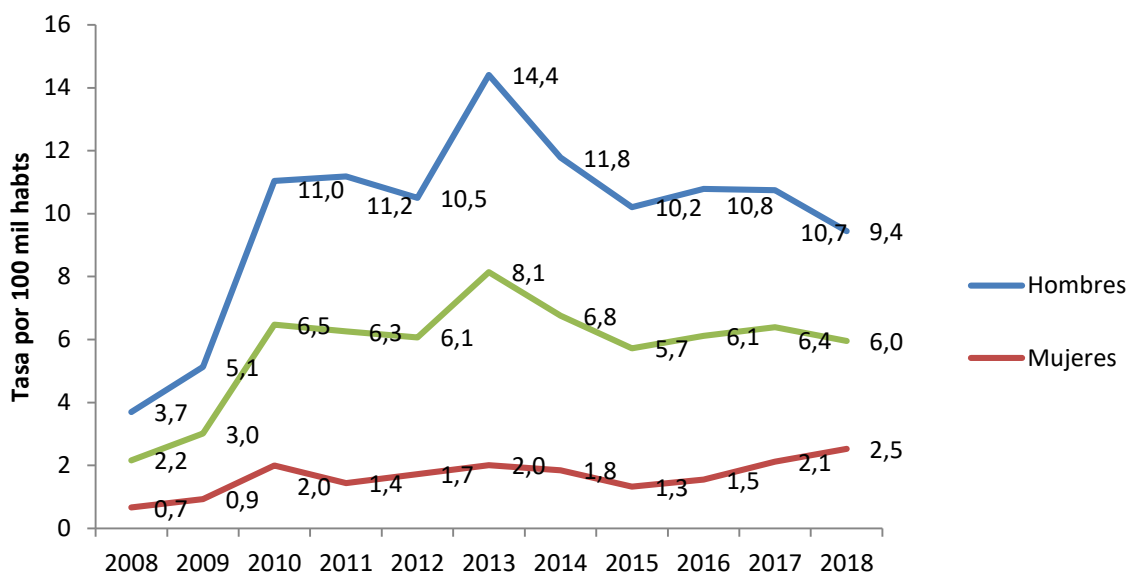
### *3.3.4 Incidencia de la hepatitis B por cada 100.000 habitantes*

Situación Epidemiológica:

Entre los años 1997 al 2005 la tasa de hepatitis B mantuvo tasas relativamente estables entre 1,0 y 1,2 por cien mil habs. A partir del año 2008, se observa una tendencia sostenida al alza en las tasas de notificación. La mayor tasa se presenta en el año 2013, para luego descender hasta el año 2015 mostrando un valor de 5,7 por 100.000 mil habitantes, posterior a este año vuelve a elevarse la tasa.

Al observar la tendencia por sexos, se presentan tasas más elevadas en hombres, siendo el 2018 cerca de 4 veces más que la presente en mujeres (Gráfico 6) (8).

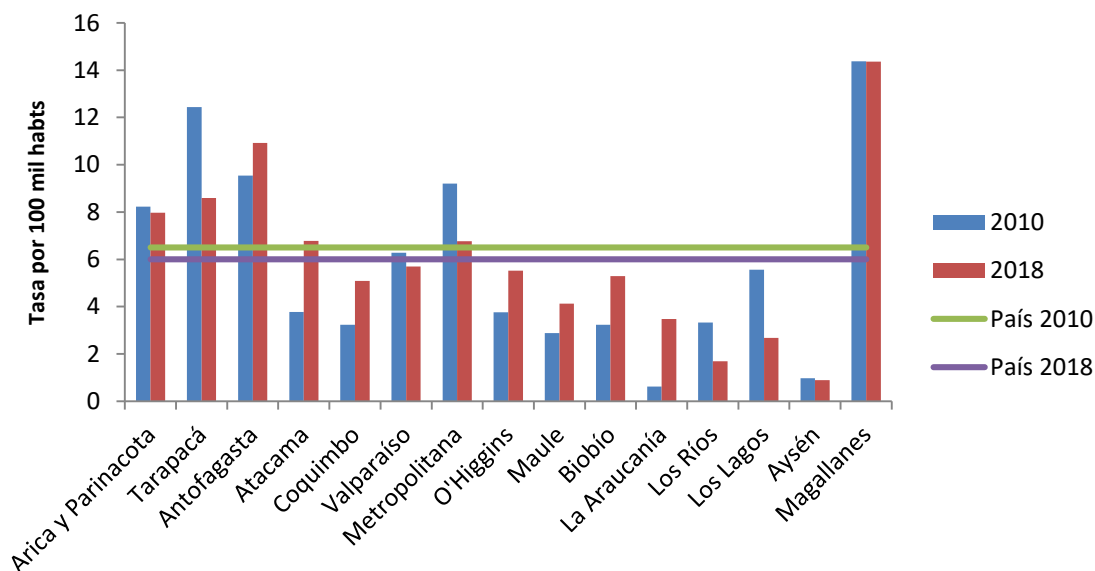
Gráfico 6. Tasa de notificación hepatitis B, Chile 1997-2015.



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

Al revisar las tasas a nivel regional, presentadas el año 2010 y 2018, la región de Magallanes presenta en ambos periodos la tasa más elevada (14,4 por 100mil habitantes), seguida por Antofagasta quien aumentó su tasa respecto al año 2010. Luego le siguen Tarapacá y Arica y Parinacota, sin embargo, estas últimas presentan una disminución de la tasa respecto al año 2010 (Gráfico 7).

Gráfico 7. Tasa de hepatitis B, por región, Chile 2011-2018.



Fuente: Situación Epidemiológica de hepatitis B Chile

## Prevención

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

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



## Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Factores de Riesgo

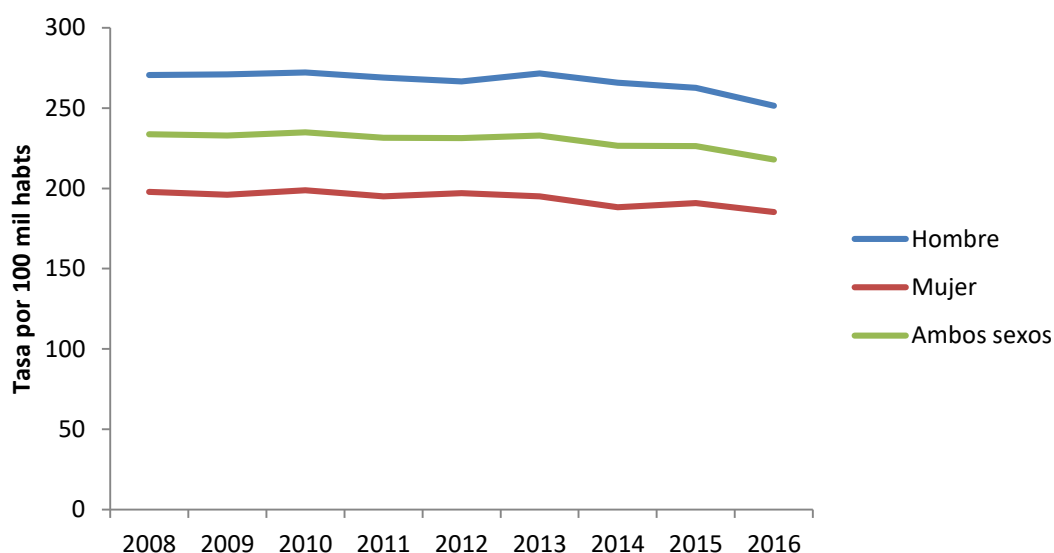
### 3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar

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

En relación a las enfermedades crónicas (cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias) en el grupo de 30 a 69 años, se aprecia una tasa de 218 por 100.000 habitantes en el año 2016, la más baja presente en el periodo 2008-2016.

Al observar el comportamiento por sexo, estas tienen una tendencia similar al país, sin embargo, se aprecian valores más elevados en hombres que en mujeres (Gráfico 8).

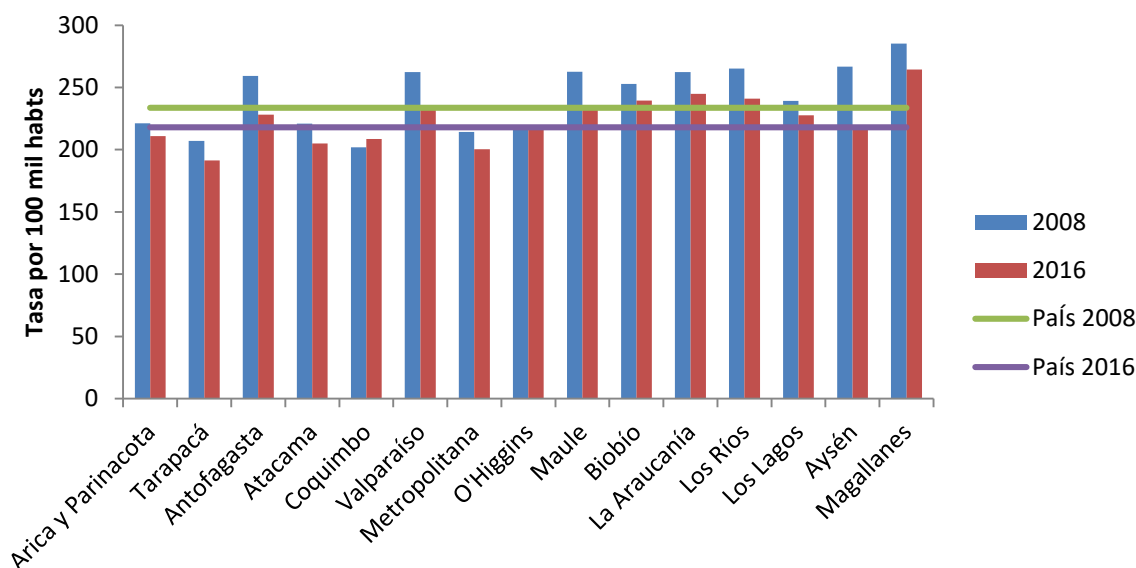
Gráfico 8. Tasa de mortalidad enfermedades crónicas en personas de 30 a 69 años, según sexo. Chile 2008-2016



Fuente: Elaboración propia en base a datos de defunciones DEIS, MINSAL

El año 2016 todas las regiones, a excepción de O'Higgins, presentaron reducción de sus tasas respecto al año 2008. Al analizar en particular el año 2016, 10 regiones presentan tasas mayores al valor país, concentrándose mayormente en la zona centro y sur, siendo Magallanes la región que presenta la mayor tasa (Gráfico 9).

Gráfico 9. Tasa de mortalidad enfermedades crónicas en personas de 30 a 69 años, por región. Chile 2008-2016

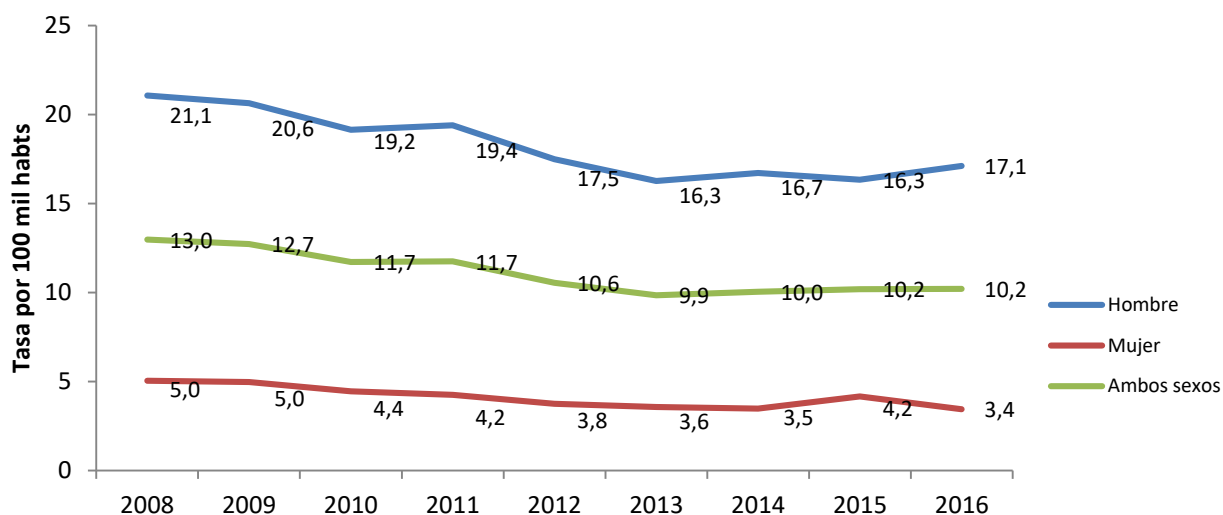


Fuente: Elaboración propia en base a datos de defunciones DEIS, MINSAL

### 3.4.2 Tasa de mortalidad por suicidio

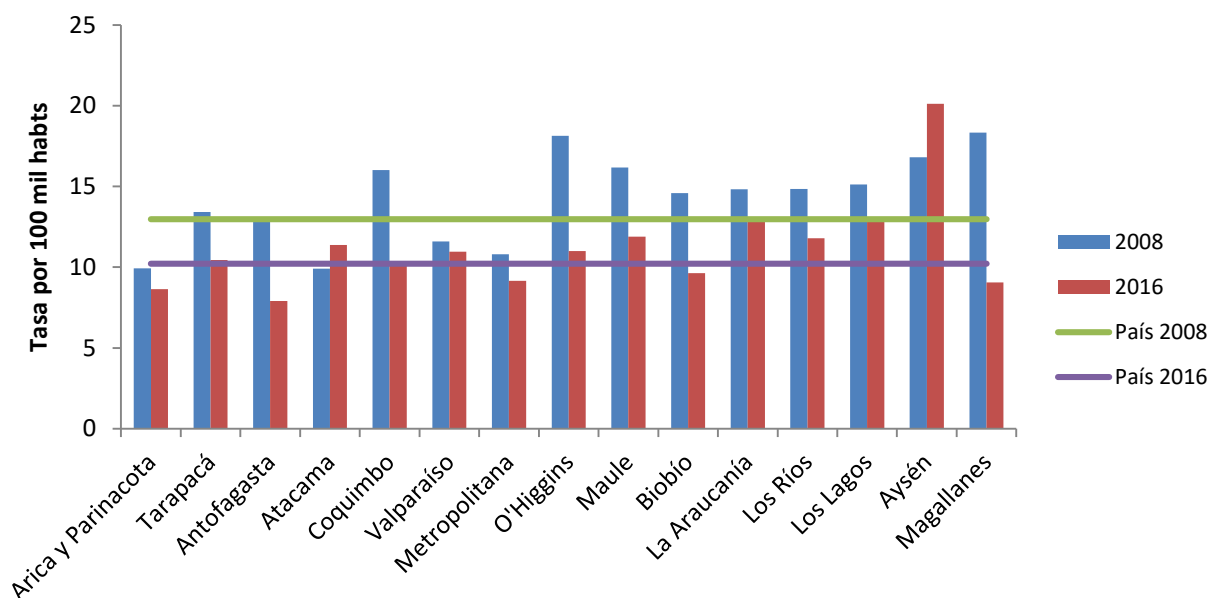
La tasa de mortalidad por suicidio en los últimos años presenta una tendencia a la disminución, de 13 por 100.000 habitantes el 2008 a un 10,2 el 2016. Se observa que la tasa de suicidio en hombres es más alta que en mujeres (Gráfico 10). La Región de Aysén fue la que presentó la tasa más alta el 2016, y junto a Atacama presentan un aumento al compararlo con el año 2008 (Gráfico 11).

Gráfico 10. Tasa de Mortalidad por suicidio, por sexo, 2008-2016.



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

Gráfico 11. Tasa de Mortalidad por suicidio por región, 2008 y 2016.



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

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

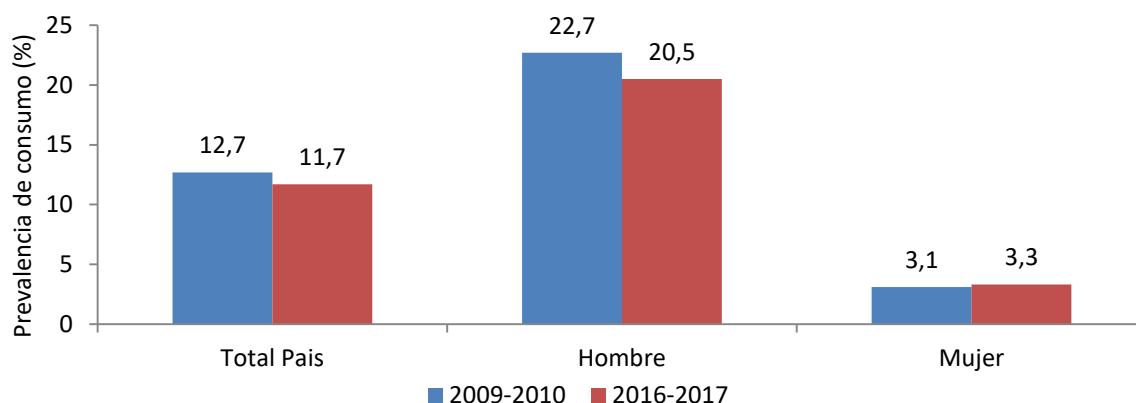
#### 3.5.2 Consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el consumo per cápita de alcohol (15 años y mayores) en un año civil en litros de alcohol puro

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

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

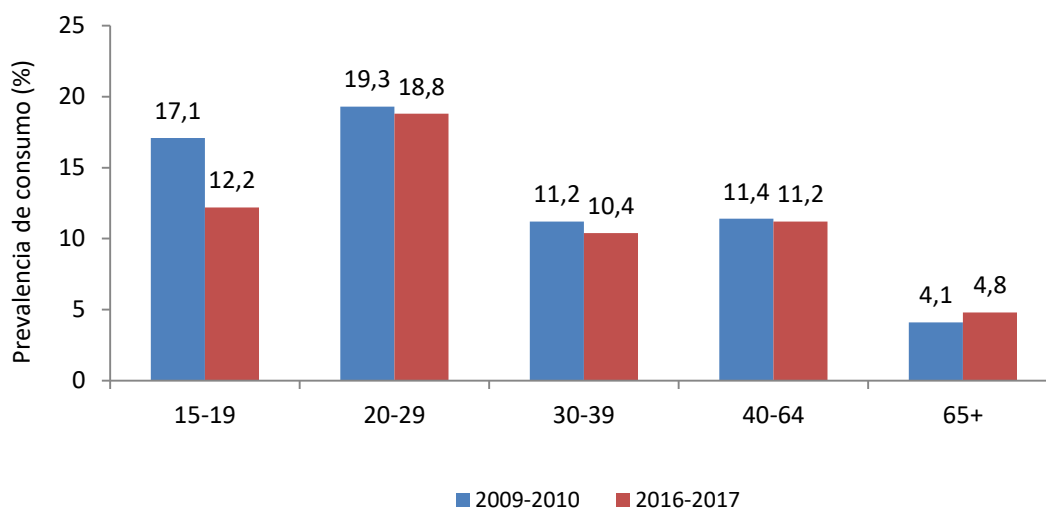
Al comparar ambas mediciones se observa que el consumo de riesgo de alcohol total país disminuyó discretamente de un 12,7% a un 11,7%. Sin embargo, cabe señalar que en el grupo de mujeres se observó un leve aumento de 3,1% a 3,3% (Gráfico 11). Con respecto a los grupos de edad, se observó un aumento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

Gráfico 11. Consumo riesgoso de alcohol últimos 12 meses total país y según sexo. ENS 2009-2010 y 2016-2017.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, 2016-2017.

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



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, 2016-2017.

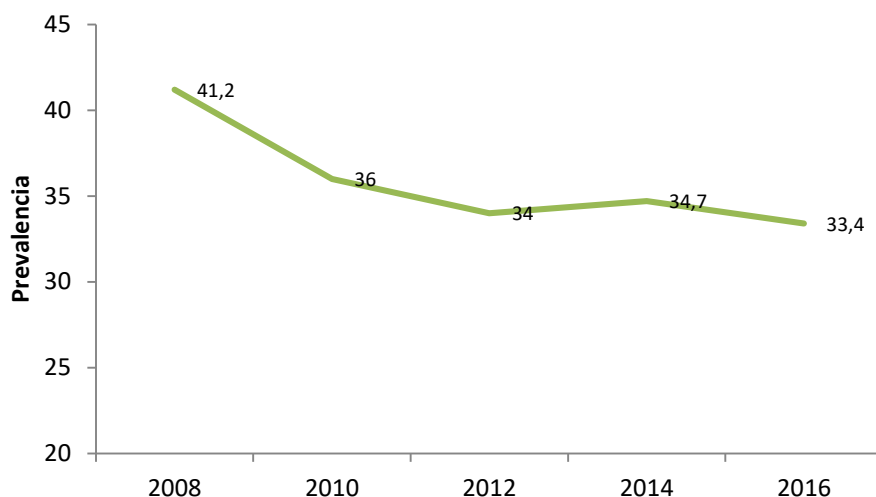
### 3. a Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.

El consumo del tabaco es considerado como uno de los más importantes factores de riesgo atribuible a la carga de enfermedad en nuestro país. La prevalencia de consumo de tabaco en el último mes en la población de 12 a 64 años, según SENDA, ha disminuido considerablemente llegando a un 33,4% el 2016 (Gráfico 13).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENS) realizada el año 2016-2017 un 33,3% de la población es fumadora. El consumo de tabaco en Chile está presente en un 37,8% de los hombres y un 29,1% de las mujeres. En ambos sexos se registró una reducción del consumo en relación a la medición 2009-2010. Según grupo de edad y sexo podemos observar que todos los grupos etarios, a excepción del grupo 65 y más disminuyeron su consumo de tabaco (Gráfico 14).

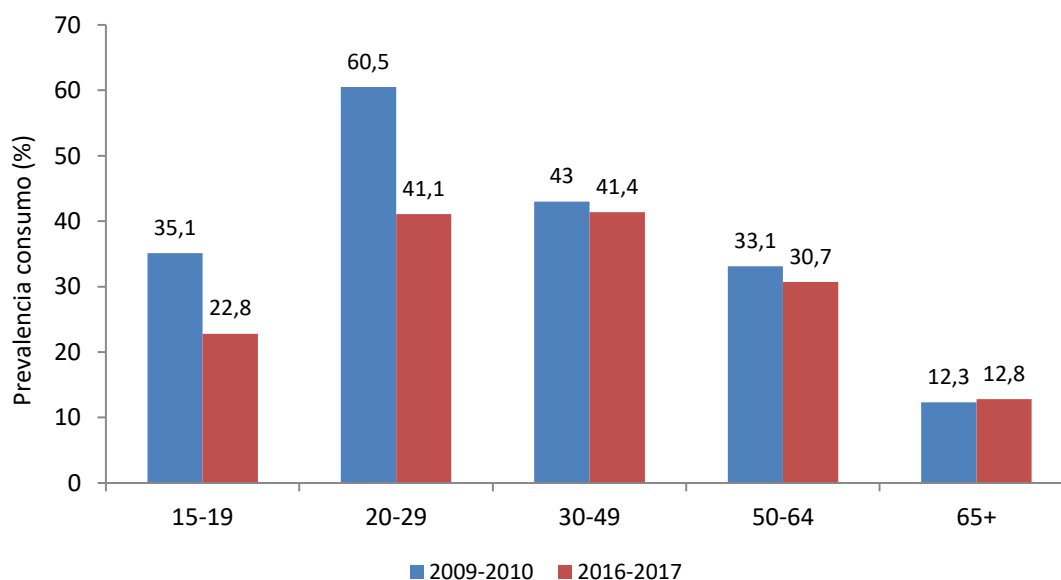
Esta reducción de consumo, se podría atribuir a las medidas regulatorias implementadas en el país como son las modificaciones a la Ley N° 19.419 desarrolladas el año 2013 en cuanto a la restricción de la publicidad y delimitación de espacios de uso público libres de humo de tabaco medidas que, asociadas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

Gráfico 13. Prevalencia de consumo de tabaco en el último mes en población de 12 a 64 años. Chile, 2008 – 2016.



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

Gráfico 14. Prevalencia de fumador según grupo de edad y sexo. ENS 2009-2010/2016-2017.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, 2016-2017.

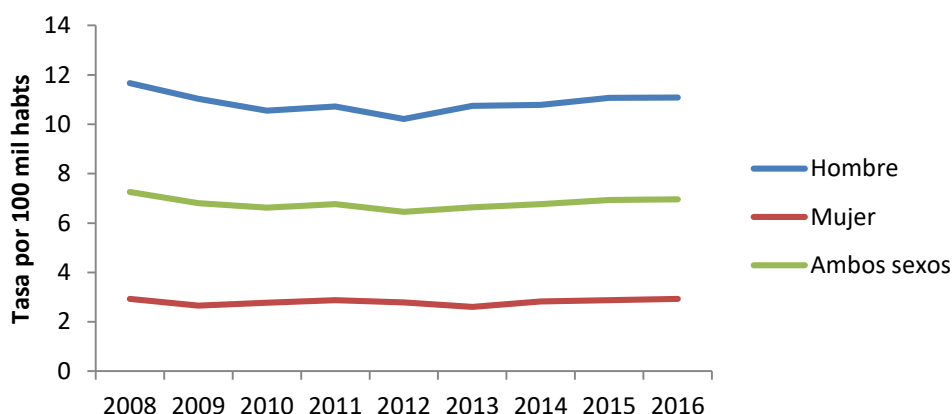
## Lesiones y Violencia

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

#### 3.6.1 Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico

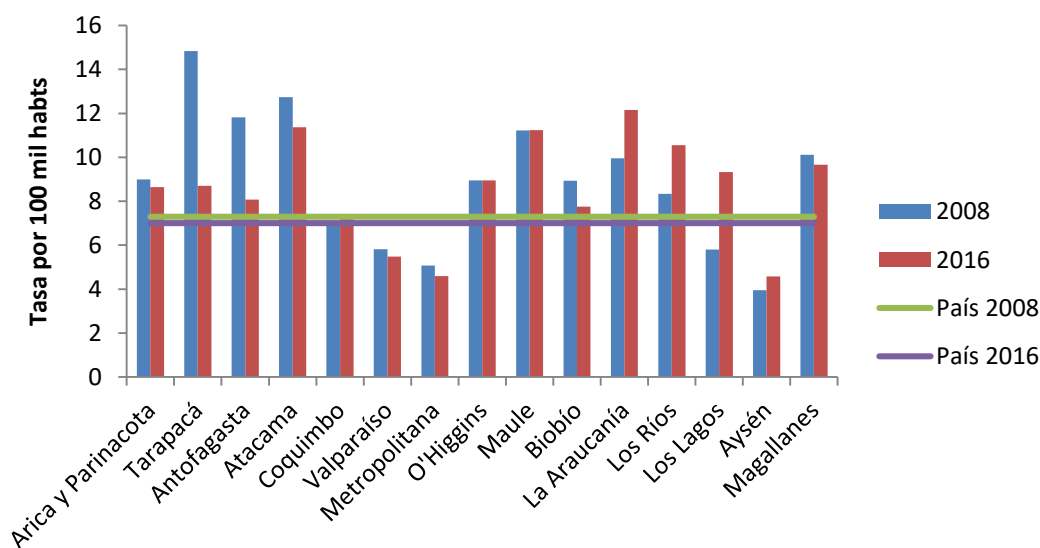
A nivel nacional, la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico tuvo un aumento de 6,8 a 7,0 por 100.000 habitantes al comparar los años 2008 y 2016. Observándose el último año que la tasa presente en hombres es 3,8 veces superior que en mujeres (Gráfico 15). Las regiones que presentaron aumento de sus tasas fueron La Araucanía, Los Ríos, Los Lagos y Aysén (Gráfico 16).

Gráfico 15. Tasa ajustada de Mortalidad Accidentes de Tráfico por Región, 2008-2016.



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

Gráfico 16. Tasa ajustada de Mortalidad Accidentes de Tráfico por Región, 2008-2016.



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

## Cobertura Sanitaria y Sistemas de Salud

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

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

Según datos de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud a nivel país el 65% de las mujeres entre 15 y 49 años utilizan algún método moderno de regulación de fertilidad, este valor se presenta en ambos periodos (2006-2015). Las regiones de Antofagasta, Los Ríos, Bío Bío y Maule son las que presentan mayores porcentajes (Tabla 5).

Tabla 5. Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que utilizan método moderno de regulación de fertilidad por Región. Año 2006-2015.

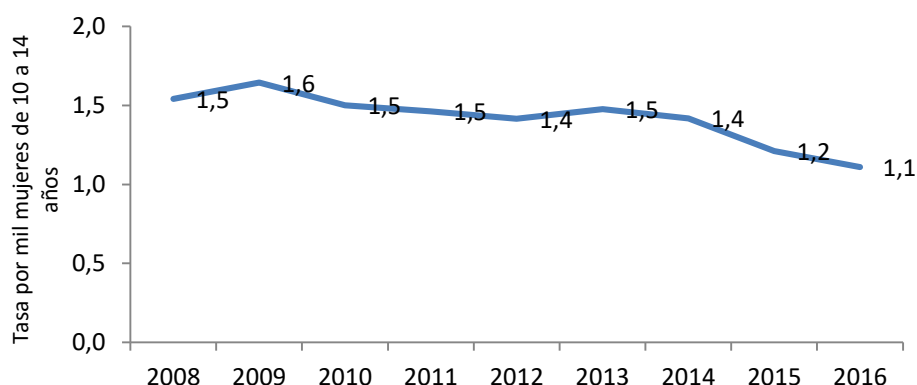
	2006	2015
Total país	65	65
De Arica y Parinacota		53
De Tarapacá	56	53
De Antofagasta	57	87
De Atacama	63	44
De Coquimbo	62	64
De Valparaíso	65	66
Metropolitana de Santiago	66	62
Del Libertador B. O'Higgins	59	65
Del Maule	71	71
Del Biobío	64	72
De La Araucanía	64	53
De Los Ríos		85
De Los Lagos	66	61
De Aisén del Gral. C. Ibáñez del Campo	80	67
De Magallanes y de La Antártica Chilena	80	69

Fuente: ENCAVI-MINSAL.

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

A nivel país, en el periodo 2008-2016, podemos observar que la tasa de fecundidad de adolescentes entre 10 y 14 años ha disminuido, especialmente a partir del 2013 se presenta sostenido en el tiempo (Gráfico 17).

Gráfico 17. Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años. Chile 2008-2016



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

A nivel regional, el descenso de la tasa también se observa en la mayoría de las regiones. Solo Atacama, Los Lagos y Arica y Parinacota presentan un aumento en el año 2016, en referencia al 2008 (Tabla 6).

Tabla 6. Tasa de fecundidad de adolescentes entre 10 y 14 años, por región. Chile 2008-2016.

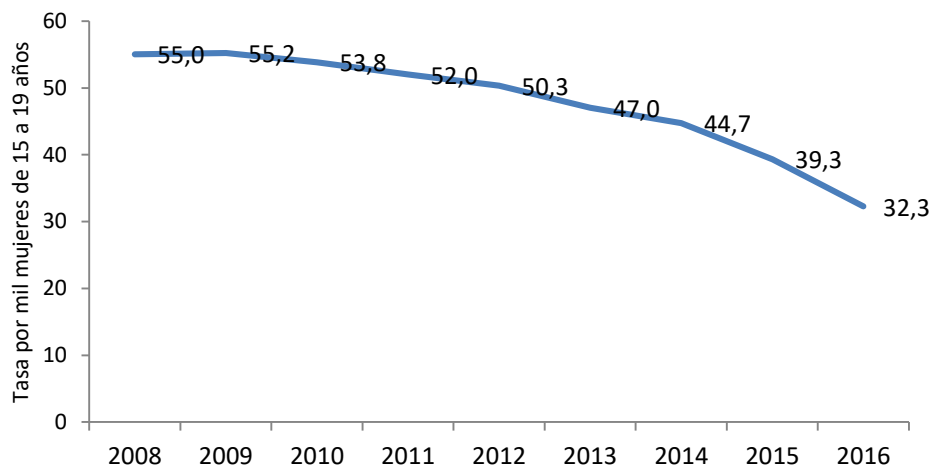
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Total país	1,5	1,6	1,5	1,5	1,4	1,5	1,4	1,2	1,1
De Arica y Parinacota	0,5	1,3	2,1	0,9	1,2	0,8	1,7	1,2	0,7
De Tarapacá	1,7	1,8	1,3	2,5	1,9	3,0	1,6	1,4	1,5
De Antofagasta	1,7	2,0	1,8	1,8	1,9	1,6	1,7	1,3	0,9
De Atacama	1,4	1,8	2,5	2,3	2,3	2,3	2,2	2,5	2,1
De Coquimbo	2,0	1,9	2,0	1,6	1,8	2,0	2,1	1,6	1,9
De Valparaíso	1,8	1,4	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5	1,5	1,0
Metropolitana de Santiago	1,4	1,5	1,4	1,4	1,3	1,4	1,3	1,0	0,9
Del Libertador B. O'Higgins	1,3	1,7	1,4	1,7	1,3	1,4	1,6	1,2	1,0
Del Maule	1,4	1,7	1,1	0,9	1,5	1,6	1,6	0,9	1,4
Del Biobío	1,5	1,5	1,1	1,4	1,4	1,2	1,2	1,2	1,0
De La Araucanía	1,5	1,7	1,7	1,2	1,2	1,5	1,3	1,7	1,5
De Los Ríos	2,1	2,0	2,6	1,5	1,4	1,6	1,8	0,8	1,3
De Los Lagos	1,5	2,5	1,7	1,6	1,5	1,4	1,6	1,3	1,7
De Aisén del Gral. C. Ibáñez del Campo	2,5	2,1	2,6	2,6	1,6	1,2	1,7	1,7	2,0
De Magallanes y de La Antártica Chilena	1,3	2,2	1,6	1,7	1,4	0,5	0,4	1,1	0,2

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



En el periodo 2008 a 2016, la tasa de fecundidad de adolescentes entre 15 y 19 años presentó un descenso de un 55 a un 32,3 por 1.000 mujeres a nivel país (Gráfico 18). Asimismo, este descenso en la tasa se observa en todas las regiones, siendo la Región Metropolitana y Bío Bío las que alcanzan los valores más bajos (Tabla 7).

Gráfico 18. Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años. Chile 2008-2016



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

Tabla 7. Tasa de fecundidad de adolescentes entre 15 y 19 años, por región. Chile 2008-2016.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total país	55,0	55,2	53,8	52,0	50,3	47,0	44,7	39,3	32,3
De Arica y Parinacota	61,4	59,0	63,6	63,0	59,9	54,8	50,2	44,2	34,3
De Tarapacá	69,9	77,1	75,2	69,5	69,4	61,8	56,7	51,6	41,9
De Antofagasta	71,6	71,0	71,3	69,8	64,1	60,3	54,7	48,4	41,6
De Atacama	72,6	76,1	76,8	75,3	71,4	72,3	67,1	48,1	43,7
De Coquimbo	64,1	62,6	64,2	63,1	63,0	59,5	58,8	48,4	39,3
De Valparaíso	52,0	51,6	51,2	49,8	50,8	45,9	45,1	39,8	32,1
Metropolitana de Santiago	52,1	52,0	50,8	49,0	47,0	43,2	40,8	35,8	29,3
Del Libertador B. O'Higgins	53,2	53,8	51,5	49,7	48,9	47,6	46,0	39,8	33,8
Del Maule	51,1	51,6	50,4	48,8	47,9	48,1	47,5	41,8	31,9
Del Biobío	49,6	49,4	48,1	45,9	44,0	42,2	39,9	35,4	28,3
De La Araucanía	55,3	56,6	52,9	54,0	51,6	49,2	45,5	46,0	36,8
De Los Ríos	60,9	62,2	61,1	54,6	54,5	47,0	46,0	38,8	32,8
De Los Lagos	68,6	69,1	62,0	58,8	54,2	51,2	47,0	41,4	37,2
De Aisén del Gral. C. Ibáñez del Campo	71,8	75,5	66,1	63,5	54,2	50,7	53,6	44,1	38,3
De Magallanes y de La Antártica Chilena	52,3	52,1	52,4	44,7	47,6	35,6	38,4	28,4	30,0

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

## Cobertura sanitaria universal

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

Para el periodo de 2003 al 2014, se puede observar el aumento en pesos del gasto total en salud; tanto en gastos privados como en gastos de bolsillo. Sin embargo, el porcentaje de gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total tuvo una disminución en el periodo señalado, desde un 42,45% en 2003 a 31,74% en el 2014 (Tabla 8).

Tabla 8. Gasto de bolsillo en salud como % del gasto total en salud. Chile 2003-2014.

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

Fuente: Oficina de información económica de salud IES.

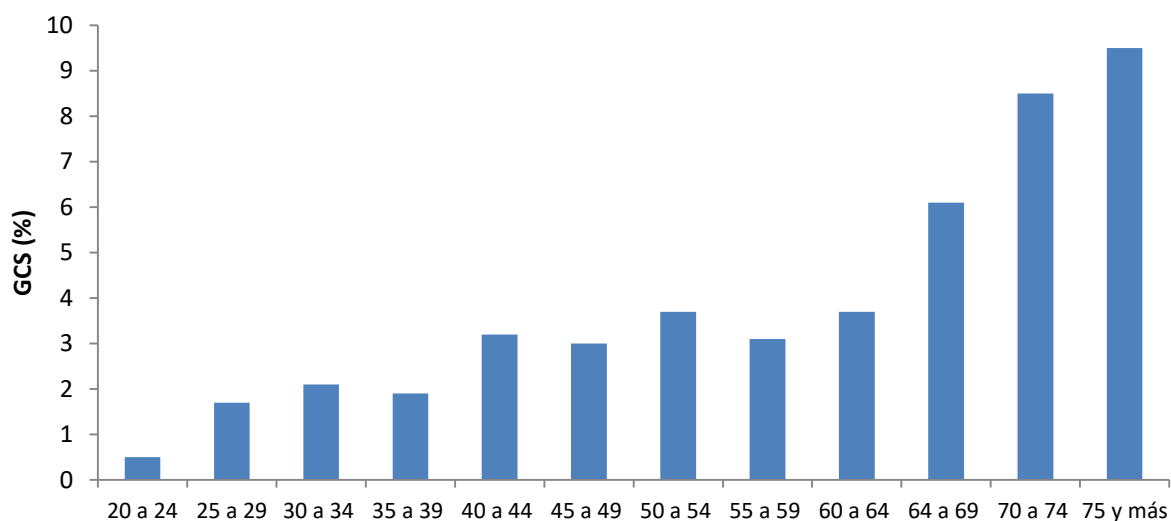
\*Datos en millones de pesos.

#### Gasto Catastrófico en Salud (GCS)

De acuerdo a Xu, K. (10) se entiende que un hogar presenta un Gasto Catastrófico en Salud cuando el cociente entre GBS y la capacidad de pago del hogar supera un cierto umbral expresado en porcentaje. A su vez, la capacidad de pago se entiende como la diferencia entre el gasto total y el gasto en alimentos del hogar (11).

En el Gráfico 19 se observan los tramos de edad a los que pertenece el jefe de hogar, se aprecia que mayoritariamente los hogares con jefes de hogar con edades de 65 y más concentran parte importante de los hogares con GCS. El tramo de edad de mayor importancia en GCS es el de 75 años y más.

Gráfico 19 Porcentaje de hogares con GCS según tramo etario del jefe de hogar. 2012



\*Umbral GCS 30%

Fuente: Departamento de Economía en Salud

Uno de los efectos que potencialmente producen los gastos de bolsillo en salud es el empobrecimiento de los hogares. Por la forma de estimación, se debe tener claridad respecto de que por definición los hogares que antes de considerar el Gasto de Bolsillo en Salud son tipificadas como pobres no entran en este cálculo, de tal manera que los hogares que se consideran se empobrecen corresponderán a aquellos hogares que, no siendo pobres, se convierten en tal producto precisamente del GBS. En la Tabla 8 se muestran los hogares que se empobrecen producto del GBS, los cuales alcanzarían a aproximadamente 13 mil hogares, y representan al 0,43% del total de hogares. Se constata que mayoritariamente los hogares que se empobrecen pertenecen a los dos quintiles de menores ingresos, alcanzando estos a 81% del total de hogares empobrecidos. Se aprecia también que no existen hogares del quintil superior que se empobrezcan (11).

Tabla 8. Empobrecimiento de hogares producto del gasto de bolsillo. 2012

Quintil	Nº hogares encuestados	Nº de hogares poblacional	% r/quintil
1	19	5.407	0,90%
2	16	5.077	0,84%
3	7	1.236	0,21%
4	4	1.235	0,20%
5	0	0	0,00%
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>12.955</b>	<b>0,43%</b>

Fuente: Departamento de Economía en Salud

## Financiamiento y personal sanitario en Salud

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

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

Para el año 2016 la densidad de profesionales nucleares (médicos, enfermeros/as y matronas/es) fue de 30,3 por 10.000 beneficiarios FONASA (Tabla 9). En los últimos dos años el Estado ha gestionado políticas de recursos humanos, que han permitido dos importantes acuerdos plurianuales tendientes a mejorar las condiciones laborales y de desarrollo profesional; aumentar las remuneraciones; entregar mayor movilidad dentro del Sistema de Salud; y fortalecer las carreras funcionarias, factores esenciales para atraer y retener el personal sanitario en el sector público, además de alcanzar mayores niveles de satisfacción en el trabajo a través de la implementación del plan presidencial de buenas prácticas laborales. Este plan incluye un Protocolo de Acuerdo entre el Ministerio de Salud, la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda y el Colegio Médico y otro protocolo entre el Ministerio de Salud, la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda y siete gremios de representantes de los funcionarios de los Servicios de Salud.

Tabla 9. Densidad de profesionales nucleares por 10.000 beneficiarios de FONASA, por región. Chile 2016.

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

Fuente: Informe Brechas RHS en Sector Público abril 2017.

\*Profesionales nucleares: médicos. Enfermeras y matronas.

## Riesgos Medioambientales

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

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

En el año 2016, el número de defunciones atribuidas al agua no apta para el consumo en el país fue de 772, lo que representa una reducción en relación a los últimos años (Tabla 10).

Tabla 10. Número de defunciones atribuidas al consumo de agua\*.

Región de Residencia	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total país	739	747	839	804	800	866	861	861	772
De Arica y Parinacota	11	10	18	15	23	16	16	21	16
De Tarapacá	10	13	15	13	10	12	11	14	15
De Antofagasta	36	24	26	16	13	23	17	27	15
De Atacama	8	11	12	11	6	17	8	13	11
De Coquimbo	27	26	31	36	34	43	44	25	31
De Valparaíso	75	93	96	89	110	95	101	93	94
Metropolitana de Santiago	264	283	309	342	337	351	288	305	291
Del Libertador B. O'Higgins	52	36	34	41	54	52	58	47	43
Del Maule	48	47	60	37	47	58	49	76	43
Del Biobío	110	87	118	91	79	111	147	117	94
De La Araucanía	27	41	44	46	43	38	57	48	39
De Los Ríos	22	26	16	16	11	16	17	29	27
De Los Lagos	38	39	40	37	25	30	33	36	36
De Aysén del Gral. C. Ibáñez del Campo	6	3	6	5	1	1	4	2	6
De Magallanes y de La Antártica Chilena	5	8	14	9	7	3	11	8	11

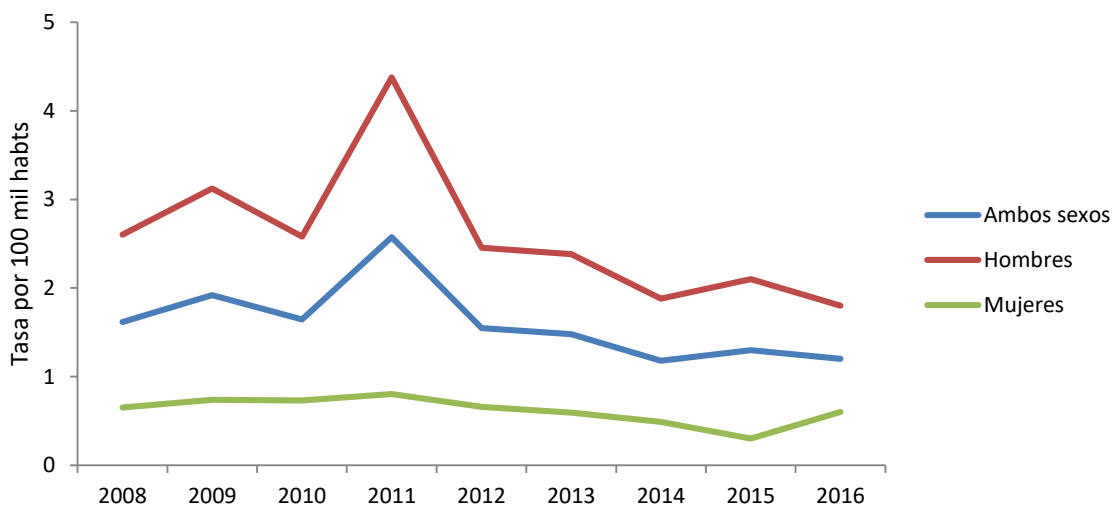
Fuente: Base de defunciones DEIS-MINSAL.

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

### 3.9.3 Tasa de mortalidad atribuida a la intoxicación accidental

La intoxicación accidental, como podemos observar en el Gráfico 28, se redujo de 1,6 el año 2008 a 1,2 en el año 2016. Es mayor en hombres que en mujeres, siendo tres veces superior (Gráfico 21).

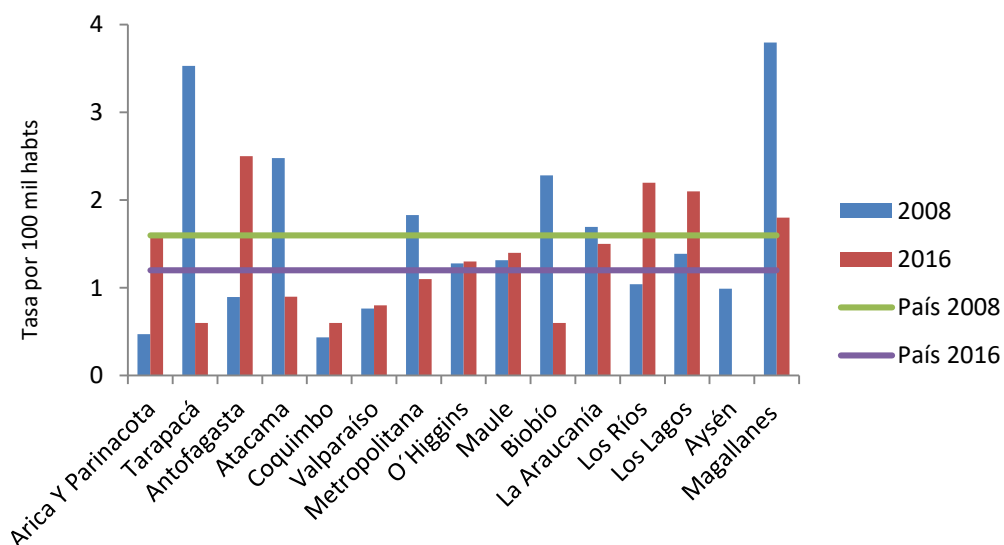
Gráfico 20. Tasa de Mortalidad por intoxicación accidental, por sexo, 2008-2016.



Fuente: Base de defunciones DEIS-MINSAL.

Con respecto a las regiones, existe variabilidad. Algunas disminuyeron sus tasas 2016 con respecto al 2008 y otras la aumentaron, resaltan las regiones de Arica y Parinacota, Antofagasta, Los Ríos y Los Lagos (Gráfico 22).

Gráfico 21. Tasa de Mortalidad por intoxicación accidental, por región, 2008-2016.



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

## Riesgos para la salud y brotes epidémico.

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

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

En relación a cuestionario aplicado al país por la organización Panamericana de la Salud, se obtiene en promedio un logro del 78% en las capacidades Reglamento Sanitario Internacional, entregándose en la Tabla 11 el detalle del logro según ítem presente en el instrumento aplicado.

Tabla 11. Porcentaje total y por ítem de capacidades reglamento Sanitario Internacional. Chile 2015. Respuesta cuestionario anual implementación RSI para Chile, 2015.

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

Fuente: Depto. Epidemiología.

## Recomendaciones

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

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

## Conclusiones

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

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

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



## Referencias

1. Consejo Nacional para la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ODS). Chile Agenda 2030 Objetivos de Desarrollo Sostenible. Informe Nacional Voluntario. [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO); 2017 Jun [cited 2018 Mar 19] p. 133. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/15776Chile.pdf>
2. Secretaría Técnica ODS. Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO). Sobre la Agenda de Desarrollo Sostenible. [Internet]. Chile Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. [cited 2018 Mar 20]. Available from: <http://www.chileagenda2030.gob.cl/agenda-2030/sobre-la-agenda>
3. Consejo Nacional para la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ODS). Informe de Diagnóstico e Implementación de la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible en Chile. [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO); 2017 [cited 2018 Mar 14] p. 365. Available from: [http://www.chileagenda2030.gob.cl/storage/docs/Diagnostico-Inicial\\_2.0\\_Agenda2030-ODS\\_2017.pdf](http://www.chileagenda2030.gob.cl/storage/docs/Diagnostico-Inicial_2.0_Agenda2030-ODS_2017.pdf)
4. CIDOB Barcelona Centre for International Affairs. El sistema de medición y seguimiento de los ODS. [Internet]. CIDOB. [cited 2018 Mar 25]. Available from: [http://www.cidob.org/es/publicaciones/documentacion/dossiers/dossier\\_ods\\_2015\\_2030/objetivos\\_de\\_desarrollo\\_sostenible\\_la\\_agenda\\_2030\\_del\\_compromiso\\_a\\_la\\_practica/el\\_sistema\\_de\\_medicion\\_y\\_seguimiento\\_de\\_los\\_ods](http://www.cidob.org/es/publicaciones/documentacion/dossiers/dossier_ods_2015_2030/objetivos_de_desarrollo_sostenible_la_agenda_2030_del_compromiso_a_la_practica/el_sistema_de_medicion_y_seguimiento_de_los_ods)
5. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). FAO y Los ODS. Indicadores: Seguimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. [Internet]. FAO; 2017 [cited 2018 Mar 20] p. 40. Report No.: I6919. Available from: <http://www.fao.org/documents/card/es/c/542ab92c-b6bb-4d37-afb1-a0228935bbe9/>
6. Departamento de Epidemiología. División de Planificación Sanitaria (DIPLAS). Evolución del VIH/SIDA Chile 2015. [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud (MINSAL); 2015 [cited 2018 Mar 19] p. 12. Available from: [http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/12/Informe\\_ejecutivo\\_VIH2015.pdf](http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/12/Informe_ejecutivo_VIH2015.pdf)
7. Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PROCET). Departamento de Enfermedades Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. "Tuberculosis": Informe de Situación Chile 2016. [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud (MINSAL); 2017 Jun [cited 2018 Mar 19] p. 39. Available from: [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2017/06/Informe-de-Situaci%C3%B3n-de-Tuberculosis-2016.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/06/Informe-de-Situaci%C3%B3n-de-Tuberculosis-2016.pdf)
8. Ministerio de Salud (MINSAL), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Vigilancia y Monitoreo de las Hepatitis B y C, exploración y análisis de datos. [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud (MINSAL); 2015 [cited 2018 Mar 19] p. 38. Available from: <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/07/INFORME-HEPATITIS-B-Y-C-2015.pdf>
9. Departamento de Epidemiología. División de Planificación Sanitaria (DIPLAS). Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud (MINSAL). Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primeros resultados. [Internet]. 2017 [cited 2017 Mar 19]; Santiago, Chile. Available from: [http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17\\_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf](http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf)

10. Ke Xu. Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos: metodología. Organ Mund Salud [Internet]. 2005 [cited 2019 Mar 11]; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85626>
11. Ministerio de Salud de Chile. Informe Final: Gasto Catastrófico y de Bolsillo en Salud para el período 1997 – 2012. [Internet]. Santiago, Chile; 2015 [cited 2019 Mar 11]. 293 p. Available from: [http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/ESTUDIO-GASTO-CATASTROFICO\\_final-nueva-infograf.pdf](http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/ESTUDIO-GASTO-CATASTROFICO_final-nueva-infograf.pdf)