

ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD

Departamento Estrategia Nacional de Salud
División de Planificación Sanitaria
Ministerio de Salud de Chile



**BOLETÍN: MONITOREO SITUACIÓN DE
LAS ENFERMEDADES
CARDIOVASCULARES Y
CEREBROVASCULARES 2021-2023**

ANTECEDENTES GENERALES

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un grupo de trastornos que afectan al corazón y los vasos sanguíneos y que constituyen la principal causa de muerte tanto a nivel mundial como en Chile (1) (2). En su generación, los factores de riesgo que tienen mayor relevancia son los conductuales, tales como una alimentación no saludable, la inactividad física, el tabaquismo y el consumo nocivo de alcohol. Las consecuencias de éstos pueden expresarse en riesgos intermedios tales como presión arterial elevada, hiperglicemia, hiperlipidemia, sobrepeso y obesidad (3).

Dada la relevancia del tema, la Estrategia Nacional de Salud durante las últimas tres décadas ha propuesto objetivos que apunten a disminuir este impacto. En el periodo 2000-2010, el enfoque estuvo en reducir las muertes, logrando disminuir la tasa de mortalidad estandarizada por ECV de 161,8 a 136,6 por 100.000 habitantes. Durante 2011-2020, las metas se centraron en mejorar la sobrevivencia, alcanzando en 2020 un 85,6% de sobrevivencia al primer año post infarto agudo al miocardio (IAM) y un 74,8% post ataque cerebrovascular (ACV). En la década actual, las metas se centran en disminuir la tasa de mortalidad por ACV por debajo de 29,6 por 100.000 habitantes, disminuir la tasa de mortalidad por IAM por debajo de 25,9 por 100.000 habitantes y aumentar la cobertura efectiva de la hipertensión arterial (HTA) por sobre 33,2%.

En respuesta a estos desafíos, la nueva versión de la Estrategia Nacional de Salud ha establecido Resultados Esperados (RE), enfocados en aumentar la prevención primaria y secundaria en el contexto de ECV, mejorar la cobertura y calidad de atención en personas con HTA, optimizar el tratamiento oportuno del ACV y el IAM y fortalecer la cobertura de rehabilitación a personas con ACV e IAM.

En línea con estos objetivos, el Ministerio de Salud ha implementado diversas estrategias, destacando la incorporación de estas patologías y sus factores de riesgo en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (AUGE-GES), que incluye el examen de medicina preventiva y el tratamiento, seguimiento y rehabilitación, garantizando el acceso, oportunidad, protección financiera y calidad de servicio (4) (5).

En la Atención Primaria en Salud (APS) se desarrolla el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), el cual tiene un enfoque multidisciplinario para el abordaje del riesgo cardiovascular. Este programa se complementa desde 2014 con el Fondo de Farmacia (FOFAR), asegurando el acceso gratuito y oportuno a medicamentos esenciales para el tratamiento de hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 y dislipidemia (6).

Asimismo, en las últimas dos décadas, el país ha fortalecido su respuesta mediante la implementación de iniciativas tales como la estrategia HEARTS de OMS-OPS (7), la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), el Plan de Acción del ataque cerebrovascular y la estrategia de tele-electrocardiograma (ECG) (5).

Finalmente destaca que, las campañas de promoción y prevención que se realizan a nivel país son un complemento a todas las intervenciones, promoviendo hábitos saludables y reforzando tanto la prevención primaria como secundaria de las ECV (6).

OBJETIVO

Monitorear los resultados de los indicadores de ECV durante el periodo 2021-2023.

METODOLOGÍA

Para este análisis se obtuvo información necesaria para calcular los indicadores de impacto y resultados esperados de ECV establecidos en la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030, utilizando las siguientes fuentes:

Mortalidad por ACV e IAM: se utilizaron las bases de defunciones del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) para el periodo 2015-2021, para tener un contexto más amplio y permitir comparaciones con años anteriores. Se emplearon los códigos CIE-10 (I60-I69 para ACV; I20-I25 para IAM) y las proyecciones de población INE censo 2017. Las tasas fueron ajustadas por edad y sexo usando como población de referencia la proyección de población 2017 en base al censo 2017.

Cobertura efectiva HTA: los datos provienen de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 y 2016-2017, considerando personas con hipertensión autoreportada, que estén en tratamiento y presión arterial controlada.

Coberturas de prevención secundaria: se analizaron datos del Registro Estadístico Mensual (REM) serie P4, sección B para el numerador (personas con antecedentes cardiovasculares y cerebrovasculares en tratamiento con estatinas o antiagregantes plaquetarios) y sección A para el denominador (total de personas bajo control por antecedentes de IAM y ACV en el Programa de Salud Cardiovascular).

Cabe que señalar, que según el manual REM, el tratamiento incluye en estatinas la simvastatina, pravastatina, atorvastatina u otros y en antiagregante plaquetario el ácido acetil salicílico (AAS) u otros. Se consideró la prevalencia de 27,6% en la población mayor de 15 años en Chile, según la ENS 2016-17.

Hospitalizaciones por HTA: se consideraron los egresos hospitalarios (fuente DEIS) para el periodo 2021-2023. Para hipertensión arterial se utilizaron los códigos CIE-10: I10-I11. Las tasas fueron ajustadas por edad y sexo, utilizando como denominador la población proyectada por INE.

Hospitalizaciones que recibieron trombólisis: se utilizaron los datos de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). Para ACV isquémico se consideraron los códigos CIE-10 I63.X al I66.X que recibieron tratamiento de trombólisis (código 99.10) o trombolectomía mecánica (código 39.74). Para IAM con supradesnivel del segmento ST se analizaron los códigos CIE-10: I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.9 que recibieron trombólisis intravenosa (Códigos 99.10 y 36.04) o angioplastia primaria (Código 00.66). El análisis se limitó a los egresos de los hospitales dependientes de los Servicios de Salud (SS), de alta y mediana complejidad que cuentan con codificación GRD.

Cobertura efectiva de HTA en APS: se consideraron datos del REM P4 en población en control con presión arterial <140/90 mmHg (15-79 años) y <150/90 mmHg (≥80 años) como numerador, mientras que el denominador fue el total de personas con hipertensión arterial de 15 años y más, esperadas según prevalencia en la población inscrita y validada.

Cobertura de rehabilitación: para la cobertura en personas hospitalizadas por enfermedad cardíaca y ACV se consideró como numerador el REM A28 sección B1 y como denominador los egresos hospitalarios correspondientes a cada enfermedad. Solo considera establecimientos pertenecientes a Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Análisis de Actividades de la Planificación Operativa Anual (POA): se utilizó información del Sistema Informático de Monitoreo de la Planificación Operativa (SIMPO) para el periodo 2021-2023, analizando POA ideal y ejecutado por SEREMIs y Servicios de Salud. La información se desagregó por Resultado Esperado vigente en el periodo analizado y tipo de actividad, tanto a nivel central como regional.

Análisis de datos: la tabulación y cálculos básicos se manejaron con software Microsoft Excel, mientras que R Studio se utilizó para el análisis de las bases de datos de SIMPO y tasas de mortalidad.

RESULTADOS

MORTALIDAD POR ACV

Se observa que la tasa de mortalidad por ACV durante el periodo 2015-2021 ha descendido de 49,3 a 39,4 por 100.000 habitantes, avanzando hacia la meta establecida para 2030 de disminuirla por debajo de 29,6 por 100.000 habitantes. Esta disminución se observa en ambos sexos, reduciendo de 48,3 a 39,4 en hombres y de 50,3 a 39,5 en mujeres (Gráfico 1).

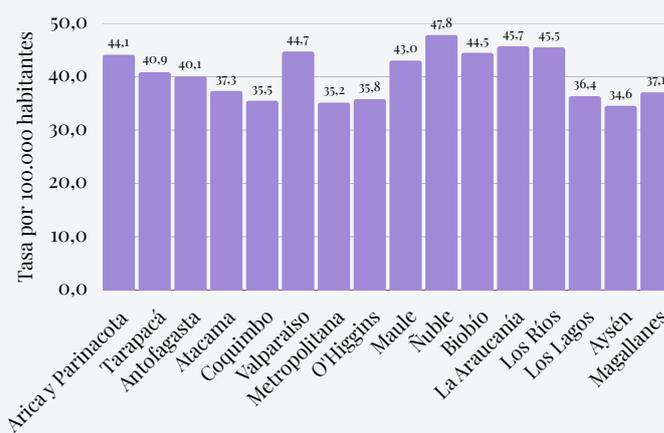
Gráfico 1: Tasa ajustada de mortalidad por ACV según sexo y total país. Chile 2015-2021



Fuente: Elaboración propia con datos DEIS

En relación a la distribución regional de mortalidad por ACV en 2021, se observan las siguientes diferencias en las tasas: regiones como Ñuble, La Araucanía, Los Ríos, Valparaíso, Biobío, Arica y Parinacota y Maule presentan tasas superiores a la tasa nacional de 39,4 por 100.000 habitantes. En contraste, regiones como Atacama, Magallanes y Aysén registran las tasas más bajas durante el mismo año (Gráfico 2).

Gráfico 2: Tasa ajustada de mortalidad por ACV por región. Chile 2021



Fuente: Elaboración propia con datos DEIS

MORTALIDAD POR IAM

Los resultados obtenidos muestran que la mortalidad por IAM durante el periodo 2015-2021 ha descendido de 48,8 a 42,1 por 100.000 habitantes, siendo necesario continuar disminuyendo para lograr el objetivo de reducirla a menos de 25,9 por 100.000 habitantes en 2030. La distribución por sexo muestra que los hombres disminuyeron su tasa de 60,3 a 52,5, mientras las mujeres pasaron de 37,6 a 32 por 100.000 habitantes. Sin embargo, la tasa de mortalidad en hombres se ha mantenido mayor a la de las mujeres durante todo el periodo (Gráfico 3).

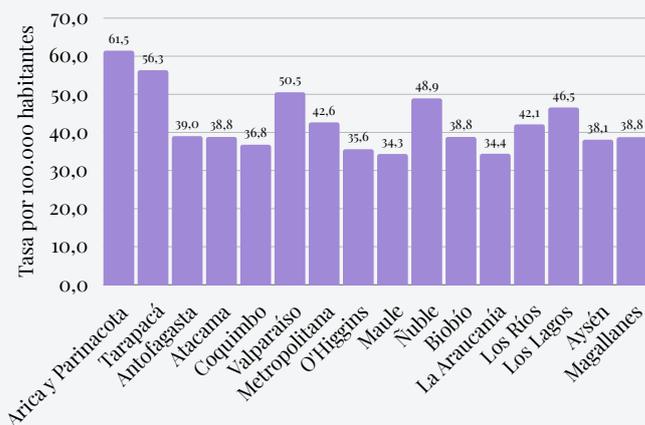
Gráfico 3: Tasa ajustada de mortalidad por IAM según sexo y total país. Chile 2015-2021



Fuente: Elaboración propia con datos DEIS

En la distribución regional de mortalidad por IAM en 2021, se evidencia que regiones como Arica y Parinacota, Tarapacá, Valparaíso, Ñuble y Los Lagos muestran tasas superiores a la tasa nacional de 42,1 por 100.000 habitantes. En contraste, regiones como Coquimbo, O'Higgins, La Araucanía y Maule presentan las tasas más bajas (Gráfico 4).

Gráfico 4: Tasa ajustada de mortalidad por IAM por región. Chile 2021



Fuente: Elaboración propia con datos DEIS

COBERTURA EFECTIVA DE LA HTA

La cobertura efectiva del tratamiento de la HTA en Chile ha aumentado al comparar los resultados de las últimas dos Encuestas Nacionales de Salud. Mientras en 2009-2010 la cobertura efectiva total alcanzaba un 16,5% (con un 8,7% en hombres y 24,8% en mujeres), para el período 2016-2017 este indicador se elevó, alcanzando un 33,2%. Este incremento se observó en ambos sexos, siendo mayor en mujeres (40%) que en hombres (26,2%). Se espera que para el 2030 la cobertura aumente por sobre el 33,2%.

COBERTURA DE PREVENCIÓN SECUNDARIA CON ESTATINAS

Desde 2021, la cobertura de prevención secundaria con estatinas en personas con antecedentes cardiovasculares y cerebrovasculares ha variado entre 53% y 65,9%, registrando la cobertura más elevada en 2022, con mayor porcentaje en mujeres que en hombres durante todo el periodo. La meta propuesta para el 2030 es que la cobertura alcance un 80% (Gráfico 5).

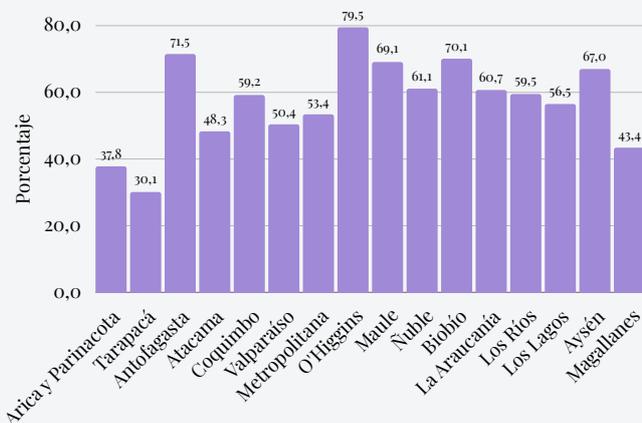
Durante el 2023, las regiones que presentaron coberturas inferiores a la nacional fueron Tarapacá, Arica y Parinacota, Magallanes, Atacama, Valparaíso, Metropolitana y Los Lagos (Gráfico 6).

Gráfico 5: Cobertura de prevención secundaria con estatinas, total país. Chile 2021-2023



Fuente: Elaboración propia con datos DEIS

Gráfico 6: Cobertura de prevención secundaria con estatinas, por región. Chile 2023



Fuente: Elaboración propia con datos DEIS

COBERTURA DE PREVENCIÓN SECUNDARIA CON ANTIAGREGANTE PLAQUETARIO

La cobertura de prevención secundaria con antiagregante plaquetario en personas con antecedentes cardiovasculares y cerebrovasculares no ha superado el 50%,

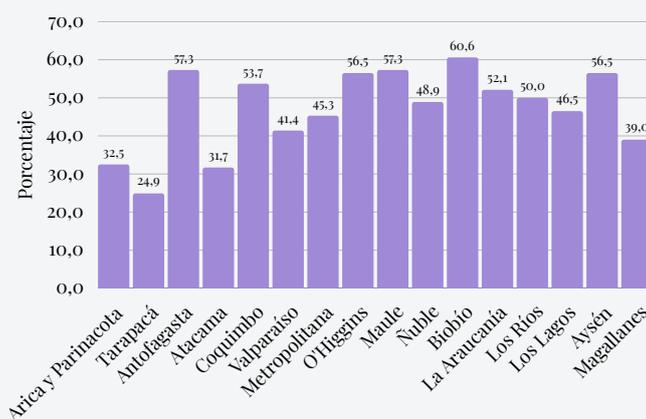
mientras que la meta propuesta al 2030 es de un 70%. Se registró la cobertura más alta en el 2022 con 49,3% (Gráfico 7), siendo esta mayor en hombres que mujeres durante todo el periodo. En el 2023, las regiones de Tarapacá, Arica y Parinacota, Atacama, Magallanes, Valparaíso, Metropolitana y Los Lagos mostraron coberturas inferiores a la nacional (Gráfico 8).

Gráfico 7: Cobertura de prevención secundaria con antiagregante plaquetario, total país. Chile 2021-2023



Fuente: Elaboración propia con datos DEIS

Gráfico 8: Cobertura de prevención secundaria con antiagregante plaquetario, por región. Chile 2023



Fuente: Elaboración propia con datos DEIS

TASA DE HOSPITALIZACIONES POR HIPERTENSIÓN ARTERIAL

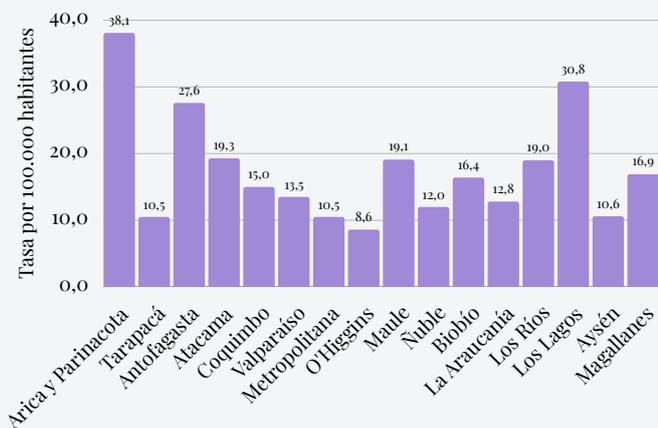
La tasa de hospitalizaciones por hipertensión arterial durante el periodo 2021-2023 se ha mantenido entre 14,3 y 14,9 por 100.000 habitantes, en contraste con la meta propuesta para el 2030 de un 12,4 por 100.000 habitantes. Este indicador evalúa la efectividad de la APS en el manejo y control de la hipertensión arterial, debido a que estas hospitalizaciones podrían evitarse con un control ambulatorio adecuado (Gráfico 9). Durante el 2023, las regiones que presentaron tasas superiores a la nacional fueron Arica y Parinacota, Los Lagos, Antofagasta, Atacama, Maule, Los Ríos, Magallanes, Biobío y Coquimbo (Gráfico 10).

Gráfico 9: Tasa de hospitalizaciones por hipertensión arterial, total país. Chile 2021-2023



Fuente: Elaboración propia con datos DEIS

Gráfico 10: Tasa de hospitalizaciones por hipertensión arterial, por región. Chile 2023



Fuente: Elaboración propia con datos DEIS

PERSONAS CON ACV QUE RECIBIERON TROMBÓLISIS

El porcentaje de personas hospitalizadas por ataque cerebrovascular isquémico que recibieron tratamiento de reperfusión (trombólisis intravenosa y/o trombectomía mecánica) durante el periodo 2021-2023 han aumentado de 8,7% a 9,5%, acercándose gradualmente a la meta del 12% proyectada para el 2030 (Gráfico 11).

Gráfico 11: Porcentaje de personas que se hospitalizaron por ACV isquémico, que recibieron trombólisis intravenosa y/o trombectomía mecánica total país. Chile 2021-2023

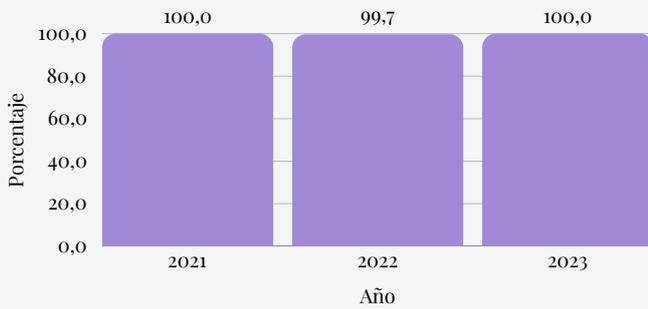


Fuente: Elaboración propia con datos DEIS

PERSONAS CON IAM QUE RECIBIERON TROMBÓLISIS O ANGIOPLASTÍA

El porcentaje de personas hospitalizadas por infarto agudo al miocardio con supradesnivel del segmento ST que recibieron trombólisis intravenosa y/o angioplastia durante el periodo 2021-2023 es de 100%, con excepción del año 2022 cuando alcanzó 99,7%. Se espera que se mantenga el 100% al 2030 (Gráfico 12).

Gráfico 12: Porcentaje de personas que se hospitalizaron por IAM con supradesnivel del segmento ST, que recibieron tratamiento de reperfusión, total país. Chile 2021-2023



Fuente: Elaboración propia con datos DEIS

COBERTURA EFECTIVA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

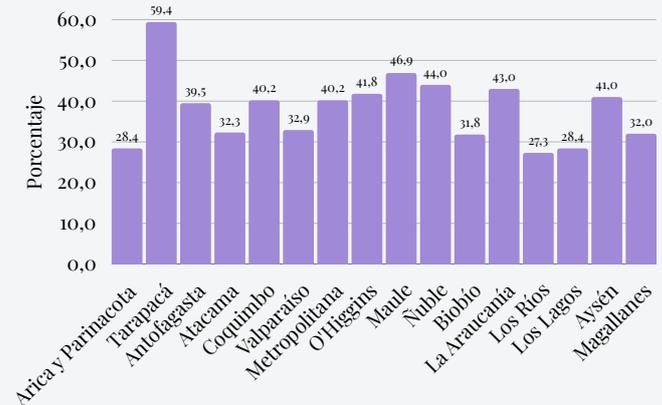
Durante el periodo analizado, la cobertura efectiva de personas hipertensas en control en APS a nivel país aumentó de 28,7% a 38,2%, aunque todavía permanece por debajo de la meta propuesta para el 2030 de un 80%. Este aumento se evidencia en ambos sexos, aunque se observan diferencias de género, el porcentaje de cobertura en mujeres fue de 44,5%, mientras que en hombres se registró un 30,7%, brecha que se mantiene durante todo el periodo (Gráfico 13). En el 2023, las regiones de Los Ríos, Arica y Parinacota, Los Lagos, Biobío, Magallanes, Atacama y Valparaíso presentan coberturas inferiores a la cobertura país (Gráfico 14).

Gráfico 13: Cobertura efectiva de hipertensión arterial en Atención Primaria de Salud, según sexo y total país. Chile 2021-2023



Fuente: Elaboración propia con datos DEIS

Gráfico 14: Cobertura efectiva de hipertensión arterial en Atención Primaria de Salud, según sexo y total país. Chile 2023



Fuente: Elaboración propia con datos DEIS

COBERTURA DE REHABILITACIÓN EN ATENCIÓN CERRADA

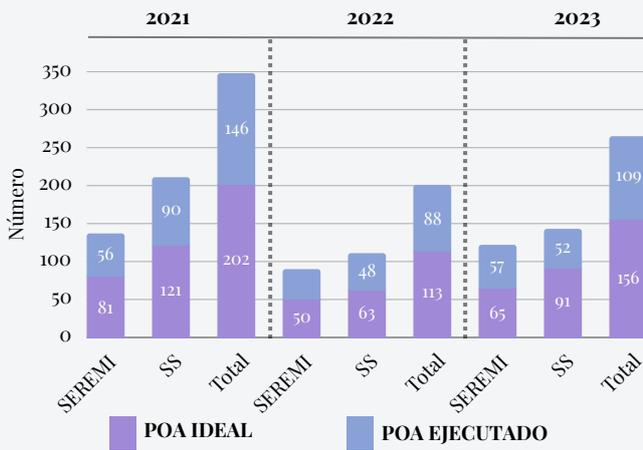
En relación con el porcentaje de cobertura de rehabilitación en atención cerrada en personas hospitalizadas por enfermedades cardíacas, en el 2021 alcanzó un 15%, aumentando en el 2022 a un 19% y descendiendo en el 2023 un 15,5%. La meta propuesta para el 2030 es de 30%.

En cuanto al porcentaje de cobertura de rehabilitación en atención cerrada en personas hospitalizadas por ataque cerebrovascular en el 2021 se observó un 66%, alcanzando su máximo en el 2022 con un 70,7% y disminuyendo en el 2023 a un 68,3%. La meta propuesta para el 2030 es de 90%.

ANÁLISIS DE ACTIVIDADES DE LA PLANIFICACIÓN OPERATIVA ANUAL

En el análisis de la planificación operativa a nivel de SEREMIs de Salud y Servicios de Salud, durante el periodo 2021-2023, se observa el 2022 como el año con mayor ejecución en relación con lo planificado (77,8%), realizando 88 de las 113 actividades planificadas, mientras que el 2023 como el año con menor porcentaje de ejecución, concretando 109 actividades de un total de 156 planificadas, representando el 69,9% (Gráfico 15).

Gráfico 15: Número de actividades plan ideal y ejecutadas, periodo 2021-2023



Fuente: Elaboración propia con datos SIMPO

Respecto a los resultados esperados vigentes en el periodo analizado en la Estrategia Nacional de Salud, las actividades a nivel país se concentran principalmente en aumentar la cobertura de tratamientos efectivos para enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares (35,7%) y en aumentar la tasa de control de hipertensión arterial a nivel poblacional (32,5%). Estos dos resultados esperados representan más del 68% del total de actividades (Gráfico 16).

Gráfico 15: Número de actividades plan ideal y ejecutadas, periodo 2021-2023



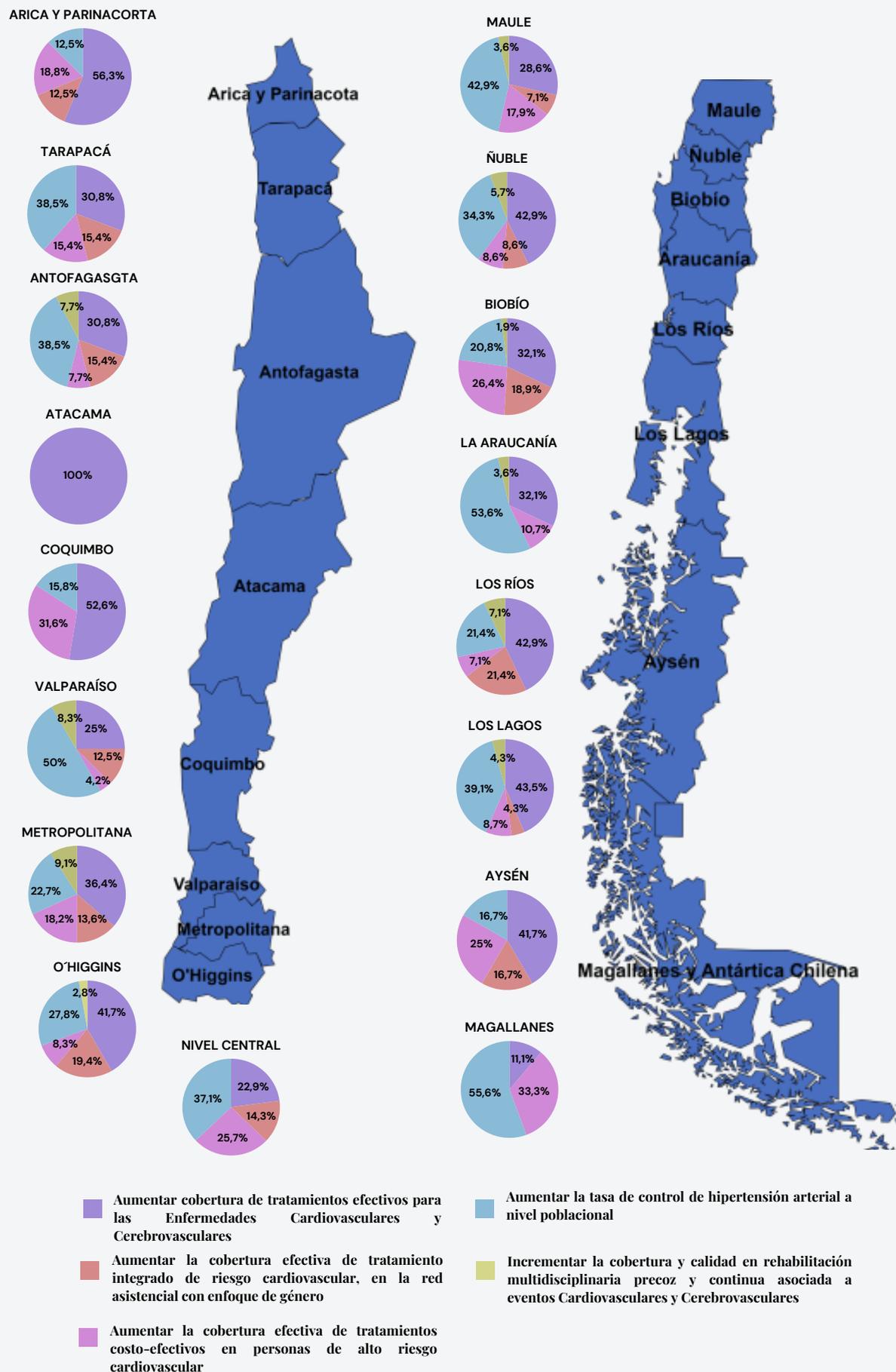
Fuente: Elaboración propia con datos SIMPO

En el análisis regional, de actividades por resultado esperado durante 2021-2023, se observa que la mayoría de las regiones implementaron acciones en 4 o más de los 5 RE. Excepto las regiones de Coquimbo y Magallanes que centraron sus acciones en aumentar la cobertura efectiva de tratamientos costo-efectivos en personas de alto riesgo cardiovascular, aumentar la tasa de control de hipertensión arterial a nivel poblacional y aumentar la cobertura de tratamientos efectivos para las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

Mientras que Atacama que concentró sus acciones exclusivamente en aumentar la cobertura de tratamientos efectivos para enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares. El detalle porcentual se puede observar en la Figura 1.

Respecto a los tipos de actividades ejecutadas, durante el periodo 2021-2023, desde SEREMIs de Salud, Servicios de Salud y nivel central, destaca que, el 12,4% corresponden a "monitoreo", el 10,6% a "promoción", el 10,3% a "prevención" y "coordinación", y el 9% a "capacitación".

Figura 1: Porcentaje de actividades ejecutadas por región y nivel central según RE. 2021-2023



Fuente: Elaboración propia con datos SIMPO.

CONCLUSIONES

El análisis de los resultados asociados a enfermedades cardiovasculares durante el periodo 2021-2023 muestra importantes avances y desafíos para alcanzar los objetivos de la Estrategia Nacional de Salud 2030.

En relación a la mortalidad por ACV e IAM, se observa una disminución en el periodo 2015-2021. Destaca la convergencia de las tasas de mortalidad por ACV entre ambos sexos, mientras que en el IAM persiste una marcada brecha de género, con una mortalidad notablemente superior en hombres. Estas diferencias reflejan la influencia de los determinantes sociales de la salud y la necesidad de reducir la brecha de género.

Respecto a la cobertura efectiva de hipertensión arterial, persisten las brechas de género observadas en mortalidad, siendo mayor la cobertura en mujeres que en hombres, lo que sugiere dificultades en el acceso y adherencia al tratamiento en la población masculina. Con relación a la cobertura efectiva en APS, si bien muestra un aumento aún dista de la meta propuesta para el 2030, reflejando que al 2023 el 41,8% de la población hipertensa no tiene controlada su patología.

En el ámbito de la prevención secundaria, las coberturas con estatinas y con antiagregantes plaquetarios no presentan avances y permanecen bajo las metas establecidas para el 2030. Lo anterior evidencia la importancia de fortalecer aspectos críticos tales como la aplicación efectiva de los flujos de prevención secundaria, los cuales se encuentran protocolizados, la continuidad de la atención, la adherencia a tratamiento a largo plazo y seguimiento de la prescripción en los controles.

Las hospitalizaciones por HTA, durante el

periodo analizado, no han presentado avances para el logro de la meta. Considerando que esta es una patología sensible al cuidado ambulatorio y que sus hospitalizaciones son potencialmente evitables, los datos reflejan la necesidad de fortalecer la capacidad de resolutivez de la APS, los programas de promoción de la salud y las intervenciones para la prevención y el tratamiento oportuno de la HTA.

El acceso a tratamientos de reperfusión muestra comportamientos diferentes según la patología, con espacios de mejoras en ACV isquémico. Las diferencias observadas entre las dos patologías podrían deberse a factores como la historia del año de implementación de las terapias en todo el territorio nacional, las ventanas terapéuticas, la efectividad de las campañas comunicacionales y la disponibilidad de especialistas.

En cuanto a la rehabilitación, se observan diferencias entre patologías, realzando la importancia de fortalecer la cobertura en atención cerrada en personas hospitalizadas por enfermedades cardíacas.

En el análisis POA, durante el periodo 2021-2023 se observaron diferencia en la priorización de resultados esperados concentrándose principalmente el aumento de cobertura de tratamientos efectivos y el control de la hipertensión arterial.

A nivel regional, se observa heterogeneidad en la implementación de actividades por resultado esperado. Destacan la región Metropolitana y la región del Biobío por presentar una distribución más uniforme de las actividades ejecutadas, sugiriendo un enfoque integral en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares. En contraste, llama la atención la región de Arica y Parinacota, donde convergen diversos indicadores desfavorables tanto en mortalidad

como indicadores de prevención y de tratamiento. Situaciones similares se observan Valparaíso, Los Lagos, Magallanes y Atacama. Estas regiones dos últimas regiones además presentan limitaciones en la diversificación de sus actividades asociadas a los resultados esperados del tema. Esto podría estar reflejando brechas en el abordaje territorial de estas enfermedades.

Es fundamental reconocer la estrecha relación entre todos los resultados esperados, donde el progreso en uno impacta directamente en los demás. Por ejemplo, las diferencias en el control de la hipertensión arterial desencadenan un efecto cascado que aumenta las hospitalizaciones prevenibles, eleva el riesgo de eventos cardiovasculares graves y, sumado procesos de rehabilitación son incompletos, se traduce en mayor mortalidad, discapacidad y/o deterioro en la calidad de vida. Esta interconexión recalca la importancia de implementar estrategias integrales que aborden todos los resultados esperados, evitando centrarse solo en uno, debido a que limitan el impacto de las intervenciones en la salud cardiovascular de la población.

A pesar de los avances logrados, las enfermedades cardiovasculares continúan presentando un importante desafío en salud. Su abordaje efectivo se relaciona con el avance en otros ejes estratégicos de la Estrategia Nacional de Salud, por ejemplo, los vinculados a estilos de vida y factores de riesgo, sistemas de salud, calidad de la atención entre otros, los que en conjunto permiten abordar de manera integral la prevención y control de estas enfermedades.

RECOMENDACIONES

1. Analizar los factores locales que influyen en los indicadores críticos regionales, especialmente en mortalidad, cobertura de tratamientos y hospitalizaciones, realizando intervenciones que además incluyan en enfoque de los determinantes sociales y las brechas de género identificadas.
2. Incorporar estrategias de promoción y prevención en todas las actividades relacionadas al tema de enfermedades cardiovasculares y ejes estratégicos vinculados, que se desarrollen a nivel regional.
3. Fortalecer la efectividad del control de la HTA en APS, con foco en la reducción de hospitalizaciones prevenibles.
4. Reforzar la continuidad de la atención mediante un seguimiento que asegure el inicio y mantención de la prevención secundaria.
5. Fortalecer los programas de rehabilitación mejorando la derivación y adherencia a estos programas.
6. Diversificar las actividades de planificación operativa para abarcar de manera efectiva todos los resultados esperados.
7. Establecer un sistema de monitoreo y evaluación continua de las actividades ejecutadas, teniendo en consideración el impacto que tienen en los resultados esperados.

ELABORADO POR:

Francisca Rojas Muñoz

Profesional Departamento Estrategia Nacional de Salud/División planificación Sanitaria

REVISADO POR:

Dra. Tania Herrera Martínez

Jefa División de Planificación Sanitaria

Odette Urrutia Pumeyrau

Jefa Departamento Estrategia Nacional de Salud/División de Planificación Sanitaria

Carolina Neira Ojeda

Jefa Departamento Enfermedades no Transmisibles/ División de Prevención y Control de Enfermedades

Natalia Burattini Fredes

Profesional Departamento Enfermedades no Transmisibles/ División de Prevención y Control de Enfermedades

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). Defunciones y mortalidad por causas [Internet]. Santiago: MINSAL; 2024 [citado nov 2024]. Disponible en: <https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F4013de47-a3c2-47b8-8547-075525e4f819§ionIndex=02>.
2. World Health Organization. Global health estimates: Leading causes of death [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [citado nov 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghs-leading-causes-of-death>
3. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [citado nov 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases>
4. Superintendencia de Salud. Garantías Explícitas en Salud (GES) [Internet]. Santiago: Superintendencia de Salud; 2024 [citado nov 2024]. Disponible en: <https://www.superdesalud.gob.cl/tax-temas-de-orientacion/garantias-explicitas-en-salud-ges-1962/>
5. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud 2021-2030 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2022 [citado nov 2024]. Disponible en: <https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-al-2030.pdf>
6. Ministerio de Salud. Orientación Técnica Programa de Salud Cardiovascular [Internet]. Santiago: MINSAL; 2017 [citado nov 2024]. Disponible en: http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/862/OT-PROGRAMA-DE-SALUD-CARDIOVASCULAR_05.pdf
7. Ordunez P, Campbell NRC, DiPette DJ, Jaffe MG, Rosende A, Martínez R, et al. HEARTS en las Américas: impulsar el cambio en el sistema de salud para mejorar el control de la hipertensión en la población. Rev Panam Salud Publica. 2024;48:e17. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.17>