

Evidencia y vigilancia epidemiológica al servicio de la planificación sanitaria en Chile

CONTENIDO

Resumen ejecutivo	2
Contexto	3
Introducción	3
Transición demográfica.....	3
Panorama epidemiológico de Chile.....	5
Encuesta Nacional de Salud.....	5
Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible	6
Indicadores de mortalidad.....	7
Indicadores de morbilidad	7
VIH-SIDA	8
Conclusiones.....	9
Recomendaciones	9
Autor	10
Referencias y notas	10

RESUMEN EJECUTIVO

Contexto. La existencia de un sistema de inteligencia sanitaria es vital para el desarrollo coherente y racional de un sistema de salud que pretenda tener un carácter público y cuyas decisiones se funden en evidencia de buena calidad. No es posible imaginar un sistema de salud moderno en el que no se cuente con una estructura formal, planificada centralmente, a la vez que operativamente descentralizada, que recoja de modo oportuno la información relevante para la toma de decisiones en salud pública y que mediante un sistema de análisis moderno y acorde con el estado del arte, analice la información y planifique los estudios necesarios para complementarla y transformarla en insumos útiles para la planificación de acciones inmediatas y la programación de objetivos a largo plazo, como los que hoy definen a Chile en una situación de transición sanitaria, afectado por marcadas desigualdades.

Análisis crítico. En Chile la responsabilidad de recoger información demográfica y epidemiológica reside en el Ministerio de Salud (MINSAL) y en el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), este último fuertemente cuestionado, incluso desde el propio Gobierno, por un manejo poco profesional de la información y que ha hipotecado la credibilidad de nuestras cifras a nivel nacional e internacional. En el MINSAL, por su parte, si bien se ha mantenido la recolección de información necesaria para la toma de decisiones en materias de salud pública y se ha continuado con el desarrollo y análisis de la información recogida en los estudios conducidos en conjunto con universidades, el recurso humano calificado se ha visto afectado por el éxodo de personal altamente especializado y por la rotación en las labores de jefatura de las unidades.

Recomendaciones. Se propone fortalecer las estructuras ministeriales que recogen y analizan la información necesaria para generar la evidencia que da racionalidad científica a la toma de decisiones en salud pública. Esto requiere entregar estabilidad funcionaria y capacitación continua a una función altamente especializada, insertándola en la dimensión internacional que, necesariamente, debe tener.

CONTEXTO

INTRODUCCIÓN

La planificación de acciones en salud pública requiere un acabado conocimiento de la situación de salud de la población, tanto para identificar los problemas de salud presentes y prevalentes, como para planificar las estrategias de abordaje de ellos y para priorizar la asignación de recursos, de acuerdo a las políticas que con ese propósito sean generadas, de modo democrático e informado, por la ciudadanía y sus representantes. Para este fin el Estado chileno desarrolló un sistema de inteligencia sanitaria que ha permitido, por más de un siglo, recoger información sobre el perfil de morbilidad y mortalidad de nuestra población. Desde la formación del Instituto de Higiene en 1892, hasta el período actual, ininterrumpidamente la mirada sanitaria se sumó al registro de estadísticas vitales, de las cuales paulatinamente se fue haciendo cargo el Estado, centrado inicialmente en el registro y control de la enfermedad infecciosa, para dar cuenta con el paso de los años a una dedicación preferente a la salud materno-infantil, del trabajador y, finalmente, a la preocupación por la enfermedad crónica no-transmisibles y sus determinantes.

De esta transición da cuenta la evolución de las tasas y números absolutos, que se recogen y analizan en las unidades especializadas y que han entregado prestigio internacional a nuestro sistema de vigilancia sanitaria dependiente del Ministerio de Salud. Junto a las estadísticas que tradicionalmente se han recogido, que dan cuenta de la natalidad, mortalidad y sus causas, ocurrencia de enfermedades transmisibles y egresos hospitalarios, en las últimas dos décadas el desarrollo de estudios especializados de gran aliento, como son la Encuesta Nacional de Salud y el Estudio de Carga de Enfermedad, ha permitido caracterizar de mejor modo nuestro perfil epidemiológico, relevando la importancia de grupos de enfermedades tradicionalmente subvalorados, como es el caso de las enfermedades mentales y entregando información valiosa respecto a las causas principales de pérdida de años de vida saludable de nuestra población, que sumariamente se entrega a continuación.

TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

Los indicadores demográficos básicos constituyen un conjunto de guarismos que dan cuenta de la evolución histórica de fenómenos tales como natalidad, fecundidad y mortalidad. Se construyen a partir del registro actualizado de esos eventos y de la realización, con una periodicidad preestablecida, de un censo general de la población, el último de los cuales –realizado en el año 2012- ha sido objeto de un fuerte cuestionamiento sobre la confiabilidad de sus cifras, lo que ha sido recogido por la candidatura de la Nueva Mayoría con el compromiso de realizar un nuevo censo en el próximo período presidencial (1).

De acuerdo a la información puesta a disposición de la opinión pública por el Instituto Nacional de Estadísticas de Chile el último censo, del año 2012 (2), arrojó una población total de 16.634.603 (51,3% de sexo femenino), que significa una *tasa de crecimiento de población anual intercensal* (3) de 0,99 por cien habitantes, con respecto a igual medición del año 2002, en que la población total era de 15.051.136.

Esta cifra nos coloca en el 5º lugar de los países de menor crecimiento de América Latina y nos sitúa en el grupo de países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) conformado por Canadá, Estados Unidos, Corea del Sur, Nueva Zelanda, Reino Unido, Suiza y Suecia. La tasa de crecimiento de población intercensal de 0,99 por cien habitantes es inferior a las de los dos períodos intercensales anteriores, que eran de 1,24 (período 1992-2002) y 1,64 (1982-1992).

La pirámide poblacional de nuestro país, que da cuenta de la distribución etaria de la población, muestra un envejecimiento de ésta, que se refleja en un *índice de adulto mayor* (4) de 67,1 personas de 60 años o más por cada 100 menores de 15 años, marcadamente superior a las 44 que se registraban en el censo del año 2002 y a las 19 que había en 1970. La proyección de las cifras entre 2010 y 2020 (5) arrojaba, asimismo, a partir de información obtenida en el censo anterior, una disminución porcentual de los menores de 15 años de -1,7% y un aumento del grupo de 60 años o más de 44,9%. Las cifras recogidas por el último censo confirman la tendencia, pesquisando una disminución de la fecundidad de 1,59, en el año 2002, a 1,45 en el censo reciente (6).

La mortalidad, por su parte, ha mostrado un decrecimiento en las últimas décadas, con respecto a los años setenta, con un estancamiento desde 1990 en adelante. En las estadísticas vitales correspondientes al año 2011, publicadas en el informe anual del INE para ese período, se da cuenta de 94.985 defunciones, lo que corresponde a una tasa de 5,5 por mil habitantes (7). En el año 1974 la tasa era de 7,7 y en 1994 de 5,3. Esta situación contrasta con la importante y sostenida variación a la baja que ha experimentado la mortalidad infantil, que ha disminuido de 61,8 por mil nacidos vivos en 1974, a 12,1 en 1994 y 7,7 en 2011, fundamentalmente a expensas de la disminución en la mortalidad infantil tardía (8). Igual tendencia presentan las tasas de natalidad: 27,2 por 1.000 habitantes en el año 1974, 20,2 en 1994 y 14,4 en 2011 y de nupcialidad: 7,8 por 1.000 habitantes en 1974, 6,5 en 1994 y 3,8 en 2011.

Los resultados de estos indicadores subyacen al cambio del perfil demográfico del Chile actual, con una tendencia sostenida hacia el envejecimiento de la población, a lo que se hacía alusión más arriba.

La población migrante, por último, relevante en algunos países desarrollados para definir su estructura demográfica y perfil epidemiológico, asciende en Chile, según el censo de 2012, a 339.536 personas (residentes en Chile, nacidas en el extranjero), la mayor parte de ellos provenientes de países vecinos y 44.848 de ellos llegados a nuestro país en los últimos cinco años.

Se debe tener presente, sin embargo, que las cifras generales esconden importantes desigualdades, que se expresan como importantes diferencias regionales, de género, étnicas y relacionadas con el nivel socioeconómico de la población. A modo de ejemplo, la tasa de mortalidad infantil, medida entre los años 2004 y 2006, varía entre 19 por 1.000 nacidos vivos para las madres con escolaridad de hasta tres años y 5,6 para aquellas madres con 13 años y más (9). La disminución de esta desigualdad dramática, entre otras, formaba parte de los Objetivos Sanitarios de la Década 2000-2010 y se plantea como uno de los objetivos estratégicos de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, que contempla estrategias dirigidas

a la reducción de las desigualdades en salud de la población “a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos de la salud”.

En resumen, la población de nuestro país se encuentra en una fase de transición demográfica, iniciada a mediados del siglo XX, caracterizada por una marcada disminución de la tasa de mortalidad, particularmente en la población infantil, acompañada de un sostenido descenso de las tasas de fecundidad y nupcialidad, que ha resultado en un freno en el crecimiento de la población y en su envejecimiento, entregándonos un perfil similar al de países con mayor nivel de desarrollo económico.

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE CHILE

Como resultado del envejecimiento de la población, producto de la disminución de la mortalidad y del decremento sostenido en la tasa de fecundidad, la transición demográfica que sufren los países lleva aparejado un cambio en el perfil de morbilidad y de las causas predominantes de mortalidad, transitando desde una mayor incidencia de enfermedades infecciosas y carenciales, a un incremento en las complicaciones derivadas de las enfermedades crónicas no-transmisibles. Este proceso de transición epidemiológica, en palabras de quien acuñó la expresión, ocurre de modo paralelo y dialéctico a las transiciones demográfica y tecnológica, en la medida que los países se desarrollan económicamente, caracterizando los patrones, determinantes y consecuencias de los cambios de la salud y la enfermedad en los diferentes contextos sociales en que éstas ocurren (10).

En Chile, de los años noventa en adelante, desde el Ministerio de Salud se dirigió un esfuerzo de inteligencia sanitaria que permitió caracterizar los perfiles de morbilidad y mortalidad propios de nuestro país, permitiendo adoptar medidas adecuadas para enfrentar los problemas prevalentes, a la vez de formular los objetivos sanitarios a largo plazo, con indicadores que pudiesen ser seguidos y evaluados en el tiempo. Este esfuerzo, liderado por profesionales de los Departamentos de Epidemiología y de Estadísticas e Información en Salud, del Ministerio de Salud, en conjunto con unidades académicas de diferentes universidades, se materializó en el diseño y realización de estudios que permitieron diseñar políticas públicas de la envergadura del Régimen de Garantías Explícitas en Salud y diseñar objetivos sanitarios coherentes para las décadas entrantes.

Entre estos estudios destacan la Encuesta Nacional de Salud, en sus versiones de los años 2003 y 2009-2010, y los estudios de carga de enfermedad en sus versiones 1995 y 2007, que sumados a las estadísticas vitales, de egresos hospitalarios y de enfermedades transmisibles de registro obligatorio, entre otras, permiten entregar una visión coherente de la situación epidemiológica de nuestra población, en términos de su situación de salud y su riesgo de enfermar. Cabe señalar que en 2012 no se llevó a cabo la encuesta de carga de enfermedad, lo que genera una discontinuidad en la serie.

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD

La Encuesta Nacional de Salud (ENS), en su segunda versión, realizada en el período 2009-2010, fue aplicada a una muestra de la población chilena definida a través de un proceso muestral complejo, estratificado geográficamente y de carácter probabilístico, con el propósito de aportar información epidemiológica objetiva y actualizada sobre la prevalencia de diversas condiciones de salud en la población de nuestro país (11). En esta encuesta se mantuvo el total de 13 condiciones evaluadas en la ENS 2003, a lo que se agregó módulos que permitieran la evaluación de otros aspectos relevantes, relacionados con factores de riesgo para enfermedades crónicas no-transmisibles y nivel socio-económico de la población encuestada.

Entre sus resultados destaca un elevado nivel de morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo, persistiendo desigualdades por sexo, edad, zona urbano/rural, nivel educacional y regiones. La prevalencia de presión arterial elevada alcanza un 26,9% de la población, con cifras comparables entre hombres y mujeres; la dislipidemia un 45,4%, con predominio en el sexo femenino (52,8% *versus* 37,6%); el exceso de peso, entendido como un índice de masa corporal mayor o igual a 25, afecta a un 64,5% de la población y la diabetes mellitus a un 9,4%. El síndrome metabólico, definido como la presencia de tres o más de factores de riesgo previamente definidos, para la ocurrencia de enfermedades crónicas no-transmisibles, se encontraba presente en un 35,3% de la población.

Un gran número de estos indicadores, sin embargo, esconde en el promedio las mismas desigualdades que son evidentes en estadísticas vitales como la mortalidad infantil. Es así como la mayor prevalencia de los problemas crónicos de salud se observa, por ejemplo, en la población con menos de ocho años de estudios, controlando por sexo y edad. Entre los problemas de salud y factores de riesgo prevalentes en los grupos menos favorecidos se cuentan la hipertensión arterial, dislipidemia, obesidad, sedentarismo. La presión arterial elevada, por ejemplo, que tiene una prevalencia nacional de 26,9%, se encuentra presente en el 51,1% de aquellos con menos de ocho años de estudios y en el 16,7% de quienes cuentan con más de 12 años de educación. El síndrome metabólico presenta prevalencias de 47,8% *versus* 26,4% en los mismos grupos. Dos factores de riesgo, sin embargo, presentan una gradiente educacional inversa, con una tasa de consumo mayor en poblaciones más acomodadas: el tabaquismo y el consumo de alcohol (12).

ESTUDIO DE CARGA DE ENFERMEDAD Y CARGA ATRIBUIBLE

Concordantes con las cifras recogidas en la ENS 2009-2010 fueron las obtenidas en el Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible – 2007 (13). En este último estudio, en que se utilizó el indicador AVISA, que recoge el número de años perdidos por discapacidad o muerte prematura, descontados por tiempo futuro y ajustados por el período del ciclo vital en que el año de vida saludable fue perdido, a partir de una metodología impulsada por el Banco Mundial para orientar el proceso de priorización de problemas de salud (14), se llegó a conclusiones similares en términos de la importancia que las enfermedades crónicas no-transmisibles y sus factores de riesgo significan para nuestra población.

De acuerdo a los resultados arrojados por el estudio, con base en datos del año 2004, la carga de enfermedad del país correspondió a 3.741.247 años de vida perdidos ajustados por discapacidad, con un leve predominio femenino (1.919.745 vs. 1.821.502). La mayor parte de esta carga de enfermedad se encontraba causada por enfermedades no-transmisibles (Grupo II de la clasificación agregada de enfermedades de la OMS), dando cuenta del 83,9% del total de AVISA, fundamentalmente a partir de la acumulación de años de vida saludable perdidos por discapacidad. La carga de enfermedad ocasionada por enfermedades transmisibles, carenciales y relacionadas con la maternidad (Grupo I) se concentra en el primer año de vida y alcanza el 4% del total de AVISA. El 12% restante corresponde a los años de vida saludable perdidos por lesiones (Grupo II).

El análisis de la distribución de AVISA por subgrupos de causas, muestra que más de la mitad del total de ellos (51,2%) corresponden a patología neuropsiquiátrica, enfermedades cardiovasculares y digestivas, siendo la enfermedad hipertensiva la primera causa específica para nuestro país (6,9%), seguida de los trastornos depresivos (4,5%), los trastornos de las vías biliares y vesícula (4,2%), dependencia de alcohol (3,4%) y cirrosis hepática (3,3%). Es de notar que ninguna enfermedad transmisible, carencial o relacionada con el embarazo (Grupo I) aparece entre las 25 primeras causas específicas, relegando al lugar 33 del listado a las enfermedades respiratorias infecciosas. Se debe tener presente, sin embargo, que el indicador AVISA castiga el peso relativo de los años perdidos en edades extremas y excluye a los que sobrepasan el límite superior de edad definida para la medición (80 años para los hombres y 82,5 años para la mujer), lo que puede redundar en una subrepresentación de aquellas causas específicas de muerte más importantes en edades avanzadas de la vida, como las infecciones respiratorias bajas y neoplasias.

Esta realidad es recogida en las metas 2011-2020, que bajo el lema “elige vivir sano” busca enfocar integralmente las causas prevalentes de enfermedad identificadas en nuestro país, interviniendo sobre sus determinantes sociales y abordando las desigualdades existentes (15).

INDICADORES DE MORTALIDAD

Una mirada a los indicadores clásicos de mortalidad y egresos hospitalarios, por su parte, nos entrega información congruente con el perfil epidemiológico descrito. Información entregada por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud, del MINSAL (16), muestra que las de las cinco primeras causas de muerte para el año 2010, las cuatro primeras correspondieron a enfermedades no-transmisibles (enfermedades cerebrovasculares, enfermedades isquémicas del corazón, cirrosis y otras enfermedades del hígado, y enfermedad hipertensiva), apareciendo recién en el quinto lugar la neumonía como causa específica. La distribución porcentual de las defunciones por grandes grupos de causas de muerte, por su parte, entrega un 27% al sistema circulatorio y un 25,6% a tumores, relegando a un tercer lugar al sistema respiratorio, con un 9,7%, contrastando con la situación existente en el año 1960, en que los porcentajes se distribuían en 8,7%, 8,4% y 20,6%, respectivamente.

INDICADORES DE MORBILIDAD

En lo que se refiere a egresos hospitalarios, se cuenta con información actualizada para el año 2011, en la que excluyendo a los egresos relacionados con embarazo, parto y puerperio, el mayor número corresponde a enfermedades del sistema digestivo, con un total de 206.038 egresos, seguidos de causas relacionadas con el sistema respiratorio (165.579), traumatismos y violencia (153.397), enfermedades del sistema genitourinario (130.412), del sistema circulatorio (125.538) y tumores (118.053), de un total de egresos para ese año que ascendió a 1.648.687. Al examinar los días de estada, sin embargo, que ascienden en el año 2011 a 9.596.770, la situación es distinta, dando cuenta los trastornos mentales y del comportamiento del 32,2% de ellos, seguidos de las enfermedades del sistema nervioso, afecciones perinatales y enfermedades infecciosas, con un 10,7%, 8,6% y 7%, respectivamente.

Las enfermedades infecciosas de notificación obligatoria, por su parte, si bien puede no representarse porcentualmente de modo relevante en el número de años de vida saludables perdidos por muerte o discapacidad prematura, muertes totales o egresos hospitalarios, representan una preocupación epidemiológica relevante por el carácter transmisible de éstas, por la potencialidad de incrementarse el número de afectados al cambiar el genio epidemiológico del germen causante, por su carácter prevenible en muchas de ellas y por la alarma que ocasionan en la población. La vigilancia sostenida ha permitido identificar alza en número de casos de meningitis, así como el cambio en la representación de las cepas involucradas, por ejemplo en el caso de la enfermedad meningocócica, o identificación de brotes que ha permitido intervenir oportunamente con estrategias de control, como por ejemplo en el caso de la tos ferina. La incorporación de nuevas vacunas al programa nacional de vacunación, así como la creación de un nuevo Comité Asesor en Vacunas y Estrategias de Inmunización (CAVEI) dependiente del Ministerio de Salud, en noviembre de 2013, busca reforzar el rol de los expertos en la definición de políticas en el control de este grupo de enfermedades.

VIH-SIDA

Una mención especial amerita, por último, la evolución del contagio por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de la aparición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida en los contagiados, desde la notificación del primer caso en nuestro país, el año 1984.

De acuerdo al informe emitido por el Departamento de Epidemiología del MINSAL, dando cuenta de la evolución de esta enfermedad en Chile entre los años 1984 y 2011 (17), el número de casos notificados, tanto de SIDA como de VIH aumentó progresivamente desde el año 1984 al 2009, con un descenso en los años 2006 y 2010. En el año 2011, sin embargo, se registró la mayor tasa de notificación que, para el caso del SIDA, alcanzó a 6,0 por cien mil habitantes y para VIH 9,6 por cien mil habitantes, afectando principalmente a adultos entre los 20 y 49 años de edad, con una proporción de 4,4 hombres por cada mujer.

La mortalidad por SIDA, por su parte, ha mostrado una tendencia a la estabilización en los últimos años, con una mejor cobertura de acceso a antiretrovirales, gracias a la incorporación de esta enfermedad al

Régimen de Garantías Explícitas en Salud, llegando el 2010 a 2,5 por cien mil habitantes. Hasta el año 2011 el número total de notificados es de 26.740 casos de VIH o SIDA, siendo la principal vía de exposición la sexual, dando cuenta de un 99% del contagio en el quinquenio 2007-2011. El número de fallecidos por esta causa alcanzaba, hasta el año 2010, a los 7.370, el 87% de ellos varones, con la tasa más alta en la región de Arica y Parinacota, donde se registra, asimismo, la mayor tasa de notificación de la enfermedad. A diferencia de lo que ocurre con la mayoría de las causas principales de muerte de nuestro país, los afectados por VIH-SIDA tienen una mayor proporción de educación media y superior.

CONCLUSIONES

Nuestro país se encuentra en una situación de transición demográfica-epidemiológica. El perfil de causas de morbilidad y mortalidad que hoy afecta a nuestra población es marcadamente distinto del que hace sólo cincuenta años nos caracterizaba. Hemos transitado hacia una situación de salud en que las enfermedades no-transmisibles se han tornado prevalentes en nuestra población, al mismo tiempo que nuestra expectativa de vida aumentaba y la fecundidad disminuían.

Los estudios dirigidos a estudiar causas de discapacidad y sufrimiento han revelado problemas de salud que antes eran relegados en los procesos de priorización, como es el caso de las enfermedades mentales y han puesto en evidencia la alta prevalencia de factores de riesgo que predisponen al desarrollo de enfermedades crónicas que se cuentan entre las principales causas de mortalidad prematura en nuestro país.

Si bien esta transición parece situarnos en una situación comparable a la de países con mayor nivel de desarrollo económico, hacia cuyo perfil de morbilidad y mortalidad estaríamos “transitando”, no se debe perder de vista dos hechos capitales:

1. La reducción en cifras de mortalidad y de riesgo de enfermar se distribuye desigualmente en la población, escondiéndose bajo los promedios marcadas diferencias que se correlacionan, tras los requeridos ajustes, con diferencias socio-económicas y de educación, en perjuicio de las clases desposeídas.
2. La carga desigual perjudica aquellos que cuentan con menos años de instrucción, y comprende no sólo el grupo de enfermedades infecciosas y carenciales que tradicionalmente los afectaba, sino que además aquellas hoy prevalentes, crónicas no-transmisibles y sus factores de riesgo.

Especial atención, asimismo, requiere el análisis pormenorizado de las causas de egresos hospitalarios, en que se refleja no sólo la patología prevalente, sino que, además, el consumo de recursos desproporcionadamente alto ocasionado por causas que, si bien no son responsables de una proporción mayor de nuestra carga de enfermedad, sobrecargan nuestros establecimientos asistenciales.

RECOMENDACIONES

En lo inmediato, es imprescindible actualizar la información en aquellas áreas en las que se requiera recoger datos actualizados, y asegurar la periodicidad de los estudios que permitan diseñar políticas públicas y estrategias de priorización concordantes con nuestra situación epidemiológica. En concreto, se debe realizar un estudio actualizado de carga de enfermedad, que recoja la situación existente tras el primer decenio de implementación de la reforma de la salud y trazar las líneas para la nueva encuesta nacional de salud. Del mismo modo, se debe establecer un sistema de registro de enfermedades de ocurrencia infrecuente, que permita diseñar una política de salud coherente con las demandas originadas en esta área y que permita diseñar una lógica de asignación de recursos, especialmente diseñado para las particularidades de estos problemas de salud, que no entran en la lógica de priorización del Régimen GES.

Se debe fortalecer el sistema de vigilancia existente, reforzando la notificación de enfermedades de notificación obligatoria y entregando a nuestro sistema de farmacovigilancia las herramientas necesarias para que recoja, oportunamente, la información requerida sobre la seguridad, en el uso, de productos farmacéuticos y dispositivos de uso médico, para orientar tanto su prescripción como el proceso de adquisición centralizada por CENABAST.

Se propone fortalecer las estructuras ministeriales que recogen y analizan la información necesaria para generar la evidencia que da racionalidad científica a la toma de decisiones en salud pública. Esto requiere entregar estabilidad funcionaria y capacitación continua a una función altamente especializada, insertándola en la dimensión internacional que, necesariamente, debe tener. Se hace necesario mantener y perfeccionar las alianzas estratégicas establecidas con las casas de estudio superiores y con un INE reestructurado, que permitan continuar el desarrollo y análisis de estudios dirigidos a generar evidencia de buena calidad para el diseño de políticas públicas.

En torno al abordaje de los problemas de salud prevalentes, proponemos reforzar el enfoque centrado en los determinantes de la salud, que permitan prevenir el daño ocasionado por las enfermedades no-transmisibles, con un énfasis en la atención primaria de salud y en la acción de agentes comunitarios, teniendo en mente que la reducción de las desigualdades debe ser un objetivo central de la acción gubernamental en el diseño de políticas y objetivos sanitarios.

AUTOR

Rodrigo Salinas

REFERENCIAS Y NOTAS

1. Bachelet insiste en nuevo censo: debemos saber cuántos somos y dónde estamos [Internet] 22 de noviembre de 2013 (publicado el 22 de noviembre de 2013; citado el 3 de diciembre de 2013).

Disponible en: <http://www.cooperativa.cl/noticias/pais/politica/elecciones/bachelet-insiste-en-nuevo-censo-debemos-saber-cuantos-somos-y-donde-estamos/2013-11-22/141127.html>

2. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Síntesis de Resultados, Censo 2012 [Internet] 9 de abril de 2013 (publicado el 9 de abril de 2013; citado el 3 de diciembre de 2013). Disponible en: <http://www.iab.cl/sintesis-de-resultados-censo-2012/> Nota: la síntesis de resultados se encontraba, originalmente, disponible en el sitio web www.censo.cl del cual fue posteriormente retirado.
3. La tasa de crecimiento de población anual intercensal corresponde a la razón a la cual crece, en promedio, anualmente, una población por cada cien habitantes. Corresponde a un indicador resumen, que concentra los efectos de los principales componentes de la dinámica demográfica: nacimientos, defunciones y migración.
4. El índice de adultos mayores expresa el número de personas de 60 años o más por 100 menores de 15 años de edad. Corresponde a una medida del envejecimiento demográfico de la población. Así, en la medida que aumenta el índice, habrá mayor número de personas de 60 años o más por cada 100 menores infanto-juveniles. Tomado de la publicación del INE "Población Adulta Mayor en el Bicentenario", de septiembre de 2010, citada en referencia siguiente.
5. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Población adulta mayor en el bicentenario [Internet] septiembre de 2010 (publicado en 2013; citado el 3 de diciembre de 2013). Disponible en: <http://estudios.sernam.cl/?m=e&i=116>
6. Frecuencia de los nacimientos de hijos vivos, en relación a las mujeres en edad fértil, esto es, con edades entre 15 y 49 años.
7. Cálculo efectuado a partir de población estimada al 30 de junio de ese año, considerando las estimaciones y proyecciones de población realizados por el INE, en base al censo 2002.
8. Corresponde al número de defunciones de niños mayores de 28 días y menores de un año de edad, por sobre la totalidad de nacidos vivos para ese período.
9. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. Evaluación de final del período, Grado de cumplimiento de los objetivos de Impacto [Internet] (citado el 3 de diciembre de 2013). Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/OS/EvaluacionObjetivosSanitarios2000-2010.pdf>
10. Omran, A. The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. The Milbank Memorial Fund Quarterly. 1971; 49 (4): 509-538.

11. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud (ENS) [Internet] (publicado el 12 de julio de 2012; citado el 3 de diciembre de 2013). Disponible en: <http://epi.minsal.cl/estudios-y-encuestas-poblacionales/encuestas-poblacionales/encuesta-nacional-de-salud/>
12. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud (ENS) Resultados [Internet] (publicado el 17 de julio de 2012; citado el 3 de diciembre de 2013). Disponible en: <http://epi.minsal.cl/estudios-y-encuestas-poblacionales/encuestas-poblacionales/encuesta-nacional-de-salud/resultados-ens/>
13. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Estudio Carga de Enfermedad y Carga Atribuible 2007 [Internet] (publicado el 21 de agosto de 2011; citado el 3 de diciembre de 2013). Disponible en: <http://epi.minsal.cl/estudios-y-encuestas-poblacionales/estudios/>
14. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CL. Measuring the Global Burden of Disease and Risk Factors, 1990–2001. En: Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, et al., editors. Global Burden of Disease and Risk Factors. Washington (DC): World Bank; 2006.
15. Gobierno de Chile. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020 [Internet] (citado el 3 de diciembre de 2013). Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddb96ca6de0400101640159b8.pdf>
16. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Todas las categorías [Internet] (citado el 3 de diciembre de 2013). Disponible en: <http://www.deis.cl/todas-las-categorias/>
17. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología. Informe nacional “Evolución VIH SIDA, Chile 1984-2011” [Internet] (citado el 3 de diciembre de 2013). Disponible en: http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/VIH-SIDA/InformePais_1984-2011_vih_sida.pdf