

**Resumen Análisis Crítico Temáticas Estrategia Nacional de  
Salud 2011-2020**  
**Componente inicial de la Evaluación Final de Período**  
Agosto 2020



## Contenido

I. Introducción .....	3
II. Antecedentes.....	4
III. Principales Hallazgos y Recomendaciones .....	6
1. Hallazgos.....	6
2. Recomendaciones.....	19
IV. Limitaciones.....	22
V. Conclusiones.....	23
VI. Referencias .....	24



## I. Introducción

Los sistemas de salud son entidades complejas en las que coexisten múltiples actores distribuidos en distintos niveles y con diferentes funciones que atienden a poblaciones con un sinnúmero de necesidades de prevención y control de enfermedades, y con la esperanza de vivir el mayor tiempo posible en las mejores condiciones.

De esta manera y bajo escenarios de desempeño en los que generalmente los recursos suelen ser insuficientes para enfrentar todas esas necesidades, cada país trabaja por obtener el mayor nivel de salud posible, desarrollando acciones de planificación sanitaria que permitan la coordinación de esfuerzos, la eficiencia en el gasto y la efectividad en las intervenciones de salud que se priorizan.

Con la Reforma de Salud del año 2005 en Chile, la Ley de Autoridad Sanitaria N°19.937 estableció como función rectora para el Ministerio de Salud la formulación de objetivos sanitarios, generando el desarrollo de estrategias que promuevan su alcance, y procesos de seguimiento y evaluación.

El Plan Nacional de Salud 2011 – 2020 es la estrategia actualmente vigente y cercana a la finalización de su periodo comenzó un segundo proceso de evaluación, donde el Departamento de Estrategia Nacional de Salud (DENS), perteneciente a la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS), lidera dicho proceso. Dentro de los objetivos de evaluación, se establece analizar críticamente el desarrollo de ciertos temas de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, considerando entre otros aspectos la planificación operativa y los indicadores establecidos para la medición de sus resultados. Este trabajo fue realizado durante el año 2019, siendo punto de partida de la evaluación final de período e insumo para la formulación del Plan que regirá para el período 2021 – 2030, considerando dicho análisis como una oportunidad para evaluar la posible relación entre los resultados alcanzados en los diferentes niveles programáticos del sector, con los avances en la salud de la población respecto de cada tema. En el presente documento se resumen hallazgos y recomendaciones obtenidas de los análisis realizados en los distintos temas de salud seleccionados.

## II. Antecedentes

El Plan Nacional de Salud es la carta de navegación del sector en Chile, en él se encuentran expuestos los principales desafíos que tiene el país en materia sanitaria y se plantean las alternativas estratégicas para asumir estos retos. El Plan 2011-2020<sup>1</sup>, es el instrumento bajo el cual se orienta el quehacer del sector, considerando una priorización de temas y líneas de trabajo, con base al establecimiento de una serie de logros definidos colectivamente y que se espera alcanzar en distintos niveles programáticos (1,2). En el plan se presentan 48 temas de salud dispuestos en 9 ejes estratégicos, siendo los logros promovidos a partir de una estrategia de gestión conocida como Gestión Basada en Resultados (GBR), proceso continuo de Hacer, Aprender y Mejorar, que se expresa funcionalmente en un ciclo de gestión que involucra el desarrollo de tres procesos clave: *planificación, seguimiento y evaluación*.

Durante la *planificación* se determina *el qué y el cómo* de lo que se quiere alcanzar, a partir del desarrollo de sus componentes, planificación estratégica y planificación operativa anual (POA). Por otro lado, en los procesos de *seguimiento y evaluación*, se monitoriza y analizan los progresos hacia las metas y objetivos, con el fin de que este pueda ser modificado a partir de las lecciones aprendidas

La planificación estratégica para el Plan Nacional vigente, se consolidó a través de un proceso de formulación, en el que para cada tema en salud se construyó una *cadena de resultados*, estableciendo con una lógica causal aquello necesario de alcanzar para que se dieran los avances que se propusieron (3,4). Bajo esta perspectiva, los resultados están organizados en niveles, que se corresponden con distintos cambios esperables, según la forma y temporalidad de estos, existiendo de esta manera Objetivos de Impacto (OI), Resultados Esperados (RE) y Resultados Inmediatos (RI).

Estos resultados fueron evaluados a mitad de periodo y monitoreados periódicamente a través del Sistema de Monitoreo de Indicadores, además en el año 2019 se trabajó en la construcción de Análisis Crítico de temas de salud, siendo este último un componente inicial de la evaluación final de período, dada la necesidad de evaluar de forma detallada el desempeño de la cadena de resultados, determinando en alguna medida su efectividad y suficiencia en el cumplimiento de los objetivos planteados, aportando a su vez información al proceso de formulación de los Objetivos Sanitarios de la próxima década.

---

<sup>1</sup> Corresponde a la versión actualizada de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020-Metas Elige Vivir Sano.

Los temas de la Estrategia que hicieron parte del análisis crítico corresponden a aquellos elegidos a partir de un proceso de selección, empleando para esto una matriz con los 48 temas de la Estrategia Nacional de Salud, cuya puntuación fue asignada a partir del cumplimiento de criterios de inclusión y exclusión. En el primer caso se consideró, el estado de retroceso o avance discreto en la Evaluación de Mitad de Periodo, relevancia dentro del plan de gobierno, disponibilidad de datos para su medición e importancia en salud pública, usando para este último la información de carga de enfermedad entregada por The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) en la plataforma [www.healthdata.org](http://www.healthdata.org). Adicionalmente, como criterio de exclusión fue considerado el contar con un plan elaborado entre 2018-2019, entendiéndose que, para estos efectos, el problema ya había sido analizado. De esta manera, entre marzo y diciembre de 2019 se analizaron 12 temas: *Diabetes Mellitus, VIH-SIDA, Conducta Sexual Segura, Enfermedades Cardiovasculares, Suicidio Adolescente, Salud Mental, Consumo Riesgoso de Alcohol, Consumo de Drogas Ilícitas, Consumo de Tabaco, Tuberculosis (TBC) e Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Respiratoria Crónica (ERC)*.

Cada análisis crítico fue liderado por el DENS y contó con la participación de los Departamentos de Estadística e Información en Salud (DEIS) y Evaluación de Tecnologías Sanitarias Basadas en Evidencia (ETESA), conformando una mesa de trabajo en la que se establecieron los énfasis del análisis a partir de lo dispuesto en la Cadena de Resultados (CDR). En esta instancia, participaron en forma ocasional los referentes técnicos centrales respectivos, en la medida que fue necesario aclarar situaciones operativas o de disponibilidad de información.

El proceso de análisis consideró un periodo de 8 - 10 semanas y se desarrolló a partir de cuatro componentes: a) *análisis de indicadores y análisis epidemiológico*, en el que se consideraron no sólo los indicadores dentro de la estrategia, sino aquellos de referencia internacional y nacional que permitieran abordar de forma más acabada cada tema; b) *análisis de la planificación operativa*, análisis descriptivo considerando lo reportado en el Sistema Informático para la Planificación Operativa (SIMPO) en el período 2016-2018 y en algunos casos, los informes de evaluación regional de la planificación operativa 2017-2018 que, con relación al tema, fueron elaborados en el marco del cumplimiento de la Meta de Compromiso de Desempeño N.º 1 “Elaborar, ejecutar, monitorear el Plan Operativo de la Estrategia Nacional de Salud (ENS) en torno a los resultados inmediatos establecidos en los lineamientos temáticos”; c) *revisión de la literatura*, a partir de una búsqueda exploratoria sobre intervenciones de impacto en el abordaje del problema definido para cada tema, y en la que se utilizaron fuentes como

MedLine®, EMBASE®, y Ovid® como biblioteca virtual; y d) *análisis comparativo*, entre las intervenciones observadas a través del POA y aquellas que muestran respaldo de la evidencia.

Como componente adicional, se desarrolló una instancia en la cual los referentes temáticos de nivel central pudieron realizar su análisis respecto a lo presentado en el informe final, de modo de entregar una mirada integral y completa a la problemática expuesta. Lo anterior a partir de un instrumento de consulta en línea, que fue sometido previamente a una prueba piloto, y ajustado a partir de las observaciones presentadas.

### III. Principales Hallazgos y Recomendaciones

#### 1. Hallazgos

Los principales hallazgos relacionados a los temas de salud abordados en los análisis críticos, se muestran a partir de sus cuatro componentes.

**a. Análisis de indicadores y análisis epidemiológico:** el objetivo de este componente fue presentar la situación de salud a través de los indicadores establecidos en la Estrategia, indicadores internacionales, así como de un análisis epidemiológico que permitiera comprender mejor los resultados obtenidos. De acuerdo a lo anterior, se describen los principales hallazgos por tema de salud.

#### **Diabetes Mellitus (DM)**

La meta de impacto asociada a disminuir la mortalidad precoz por DM se estaría cumpliendo, sin embargo, la mortalidad podría aumentar en la próxima década, considerando el aumento de la prevalencia de DM en los últimos 15 años y la latencia en el desarrollo de las complicaciones crónicas; los indicadores de los resultados esperados cumplen con la función de monitorear y evaluar el nivel de control metabólico de las personas con DM y de la calidad de atención que están recibiendo, sin embargo, son menos sensibles a los cambios o intervenciones en cuanto al control del daño crónico.

La mayor prevalencia observada puede deberse tanto a una mayor incidencia como a una menor letalidad. Si bien no hay estimaciones de incidencia de DM, la disminución de la edad promedio de

hospitalización por esta causa, así como el aumento de la tasa de hospitalizaciones por complicaciones agudas entre los 15 y 45 años, son indicativas de una mayor incidencia de la enfermedad.

Se observó que los hombres muestran una menor prevalencia, no obstante, una mayor carga de complicaciones crónicas y mayor mortalidad en cada tramo etario, por lo que esta menor prevalencia podría ser consecuencia de un sesgo de sobrevivencia.

Por otra parte, existe una tendencia al alza en el número de amputaciones y la tasa de amputación por pie diabético sobre población general. Cuando la tasa de amputaciones se estima sobre la población de personas con DM, se observa estabilidad de la tasa, indicando que el alza observada tiene más relación con el aumento de la prevalencia de DM que con un deterioro en la calidad de la atención de salud de los pacientes.

Si bien el control metabólico de los pacientes ha mejorado, el aumento de la prevalencia de la enfermedad ha hecho que el número absoluto de pacientes descompensada, que en definitiva es el que determina el volumen de complicaciones, se haya mantenido estable en el tiempo.

### **Enfermedades Cardiovasculares (ECV)**

Las tasas estandarizadas de mortalidad por enfermedad cardíaca isquémica (códigos CIE 10 I20-25) disminuyeron durante la década (2007-2016) en un 33% para los mayores de 60 años y un 25% para el grupo de 30 a 69 años (mortalidad precoz). La mortalidad por enfermedad cerebrovascular isquémica también disminuyó en torno a un 50% en ambos grupos de edad. En ambos grupos etarios y en ambos problemas de salud, los hombres tienen tasas mayores que las mujeres.

El número de egresos hospitalarios tanto para enfermedad cardíaca isquémica como para enfermedad cerebrovascular isquémica aumentaron progresivamente desde el 2001 al 2017 y la letalidad intrahospitalaria se redujo para ambos problemas. Para el periodo 2015-2017, las tasas de reingreso antes de 90 días por enfermedad cardíaca isquémica luego de una hospitalización por IAM fue de 9,6%, y por enfermedad cerebrovascular isquémica luego de un AVE isquémico fue de 4,0%, siendo más probable el reingreso en hombres que en mujeres y en personas de 60 y más años. Por otra parte, la sobrevivencia al año de un evento cardiovascular ha mejorado desde el 2010 al 2017 aumentando de 78,7% a 84,6% en el caso de IAM y de 62,4% a un 75,4% en el caso del AVE. La mayor mejora se ha dado en el hombre con una caída de 10 puntos porcentuales, en tanto, en la mujer fue de 2 puntos porcentuales.

La prevalencia de hipertensión arterial (HTA) se mantuvo estable entre el 2009 y el 2016, según la información registrada por la Encuesta Nacional de Salud (ENS). Para el 2016, el 68,7% de los hipertensos estarían en conocimiento de su enfermedad y un 62,3% refiere estar en tratamiento. Entre el 2009 y el 2016 la cobertura de tratamiento farmacológico de la HTA aumentó desde 37,3% a 60,1%; y la cobertura efectiva de HTA aumentó entre el 2009 y el 2016 de 16,5% a un 31,9%, siendo mayor en mujeres que hombres, y alcanzando su peak en el grupo de 45 a 64 años con un 41,0%.

### **Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y Enfermedad Respiratoria Crónica (ERC)**

Para el periodo 2007-2016, las tasas estandarizadas de mortalidad por IRA y ERC muestran una tendencia a la baja. En el caso de IRA, llegó a un 12,9 por 100 mil habitantes en 2016, encontrándose próxima a la meta establecida para el 2020 (10,2 por 100 mil habitantes); y para ERC, la tasa estandarizada de mortalidad llegó a un 12,4 por 100 mil habitantes, siendo ya inferior a la meta planteada para el 2020 (12,7 por 100 mil habitantes). En ambos casos, el riesgo de morir es mayor en el hombre que en la mujer, así como se observa una clara diferencia por grupos de edad, con alzas hacia los extremos de la vida. Tanto las IRA como las ERC presentan un patrón de mortalidad estacional aumentando durante los meses de invierno y coincidiendo el mes del peak en la mayoría de los años. Este patrón coincide, además, con el de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y DM.

En conjunto (IRA y ERC) han determinado el 9,8% de las hospitalizaciones desde el año 2010 al 2017, este porcentaje aumenta a un 37,1% en niños de 1 a 4 años, a 27,5% en menores de un año, 26,4% entre 26,4% y un 21,7% en mayores de 80 años. Del total de hospitalizaciones por esta causa, se da un 15% en menores de un año, y el 32,7% en menores de 5 años. Los adultos mayores de 80 años representan el 14,5% en tanto que los mayores de 60 años, el 33,7%.

La cobertura país de la vacuna anti-influenza para mayores de 65 años, varió entre el 2012 y el 2018 con un máximo de 75,9% en 2013 y un mínimo de 53,8% en 2016, mostrando una importante variación entre comunas entre el periodo y para un mismo año. Por su parte, la cobertura de esquema completo de vacuna neumocócica conjugada en niños de 12 meses se mantuvo sobre el 90%, con un máximo de 93,2% los años 2014 y 2016. En los adultos mayores, los cambios realizados durante la década en la indicación de la vacuna antineumocócica, así como las características intrínsecas de este grupo etario en relación con su riesgo de morir, no permiten hacer un análisis de cobertura sencillo y mantener el indicador del resultado esperado. Sin embargo, se puede concluir que se ha avanzado en el acceso a

esta vacuna simplemente al comparar el aumento en el número de vacunas administradas desde el 2013 al 2017, que fue, aproximadamente, de 80 mil a 260 mil dosis.

En la población bajo control por asma bronquial, el número de pacientes con espirometrías vigentes aumentó de 33.715 a 84.643 entre el 2014 y el 2018, lo que determina una prevalencia entre 20,3% y 30,5% considerando como denominador los mayores de 5 años. Para EPOC, los pacientes con espirometría vigente variaron entre 19.517 el año 2014 a 40.469 personas el año 2018, lo que determina una prevalencia que varió de 27,6% a 33,4%, respectivamente.

Entre el año 2015 y el 2018, se observa una mayor cobertura en la medición de calidad de vida a la población bajo control por enfermedades respiratorias crónicas, que va desde un 37,7% a un 96,9%, en tanto, la mejora en la calidad de vida bajó de 84,9% el 2015 a 78,8% el 2018, siendo el 2017 el año más bajo con un porcentaje de mejoría de 75,1%.

### **VHI-SIDA y Conducta Sexual Segura**

La tasa de mortalidad por VIH mostró un descenso a partir del año 2001, relacionado a la introducción de la Terapia Antiretroviral (TARV) al país y posteriormente al aumento de su cobertura a través del GES. Entre el 2005 y el 2009 la tasa se mantuvo relativamente estable comenzando a aumentar lentamente a partir del 2010 para llegar el 2016 a unas 2,8 muertes por 100.000 habitantes, por sobre el 1,7 por 100.000 habitantes de la meta proyectada para el 2010 y el 2,5 por 100.000 habitantes correspondiente al punto de partida el 2010.

Para el 2017, el 70% de las personas viviendo con VIH estaría al tanto de su condición, el 59% estaría recibiendo TARV y 53% tendría supresión de la carga viral, según datos modelados por SPECTRUM de ONUSIDA. Esto determinaría que 84,3% de las personas que viven con VIH y conocen su diagnóstico están en tratamiento y que, de estas últimas, el 89,8% tendría carga viral suprimida.

Las confirmaciones realizadas por el Instituto de Salud Pública aumentaron entre el 2013 y el 2018 de 4.014 a 6.948 casos, incrementando desde el 2015 al 2018, los casos confirmados en extranjeros de un 9,2% a un 37,1% de total. Alrededor de un 70% de los casos confirmados son hombres, y la diferencia de magnitud en las tasas de confirmación entre hombres y mujeres se presenta de manera precoz y se mantiene durante todo el ciclo vital. Los hombres se confirmarían a edades más tempranas que las mujeres, no obstante, la proporción de casos notificados en etapa de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es similar en ambos sexos (alrededor de un 36%), pudiendo la diferencia en edades

dar cuenta de conductas de riesgo más precoces y frecuentes en los hombres que en las mujeres, más que de una diferencia en los tiempos de diagnóstico y atención en las mujeres.

Con los datos de CD4 informados en la primera consulta de los pacientes que viven con VIH, el tiempo estimado para el 2018 de latencia entre la seroconversión y la medición de los CD4 y la carga viral fue de 2,8 años en el grupo de 10 a 19 años, 3,7 años en el de 20 a 44 años, 5,1 años en el grupo de 45 a 60 años y de 5,4 años en el de mayores de 60 años. Estos valores son consistentes con lo observado para el 2016 y 2017.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2016-17, en población general, el uso de condón en su primera relación sexual ha aumentado en las nuevas generaciones siendo de 55,8% en el grupo de 15 a 24 años, de 31,6% en el de 25 a 44 años y de 7,7% en el grupo de 45 a 64 años. Esta gradiente generacional también se observa en el uso de preservativo en la última relación sexual en población con dos o más parejas sexuales los últimos 12 meses, variando su uso de 47,4% entre los 15 a 24 años a un 14,2% en los mayores de 65 años. Por su parte, el 16,9% de los mayores de 15 años se habría realizado el test VIH en los últimos 12 meses, aumentando a un 20% en quienes han tenido una o más parejas sexuales en ese mismo periodo. El grupo que más realiza el test son las mujeres de 25 a 44 años, alcanzando un 30,2%

En hombres que tienen sexo con hombres, la realización del test de VIH habría aumentado entre el 2009 y el 2015, bajando la brecha de quienes nunca se lo han hecho de 40,6% a un 22,2% (inverso del indicador de resultado esperado). Sin embargo, el uso de condón en la última relación penetrativa habría bajado de 57,2% a 42,1% entre 2009 y 2015. Respecto de la edad, se da una situación inversa a la población general, aumentando el uso en grupo de mayor edad.

### **Tuberculosis (TBC)**

El objetivo de impacto se encuentra alineado con los indicadores internacionales, permitiendo reportar el estado de cumplimiento del compromiso mundial para poner fin a la TBC. Sin embargo, la meta de impacto asociada a disminuir incidencia de TBC se encuentra en retroceso, presentando una tendencia leve pero sostenida al alza, desde el año 2014 en que alcanzó una tasa de 12,3 casos por 100.000 habitantes, al 2018, en que la tasa fue de 14,9 por 100.000 habitantes. La meta para final de la década que se planteó fue de menos de 5 por 100.000 habitantes. Las mayores tasas de incidencia se dan en el sexo masculino y van aumentando con la edad, siendo las mayores, las del grupo de 65 y más años.

Los indicadores de resultados esperados cumplirían con la función de monitorear y evaluar el estado del país en cuanto a detección precoz y adherencia al tratamiento. Por otra parte, el indicador de casos esperados de TBC en todas sus formas que son diagnosticados, se mantiene en un 86,6% sin alcanzar la meta; el de aporte del cultivo, la meta se estaría alcanzando con un 20,4% a nivel país al 2018; y la meta de cobertura de la vacunación con BCG se cumple a nivel país y regional.

Además, se observó que los casos de TBC notificados se encuentran ligados a grupos de riesgo, principalmente a co-infección por VIH, extranjeros, personas que presentan abuso de sustancias, situación de calle y ser contacto de un paciente con TBC.

### **Tabaco**

La meta de impacto asociada a disminuir la prevalencia de consumo de tabaco se estaría cumpliendo, dada la prevalencia para consumo de último mes en población de 12 a 64 años de 33,4% el 2016 y de 31,1% el 2018 obtenida en el Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile. Estos datos son consistentes con lo observado en la Encuesta Nacional de Salud 2016-17, que muestra una caída del consumo actual de tabaco desde 39,8% (2009) a 32,5% (2016). Aun cuando la baja se observe en ambos sexos y en los distintos grupos de edad, la mayor caída ha sido en el grupo de 15 a 24 años.

Para toda edad los hombres presentan un mayor consumo de tabaco que las mujeres, en tanto, el grupo etario con mayor prevalencia de consumo en ambos sexos es el de 25 a 44 años, con un 49,5% en hombres y un 35,7% en mujeres. Este último sería también el grupo etario con mayor voluntad de dejar de fumar, sin embargo, es el grupo donde menos se realiza la consejería breve.

Esta baja también se vio reflejada en el Estudio de Drogas en Población Escolar, disminuyendo el consumo diario en cada uno de los cursos desde 8 básico a cuarto medio y en general en esta población de un 12,7% el 2009 a un 4,3% el 2017, aumentando, además, la edad promedio de inicio del consumo de 13,2 años a 13,7 años.

El 70% de los adolescentes a los 17 años ya ha consumido tabaco. Sin embargo, la prevalencia de jóvenes entre 15 y 19 años que nunca han consumido tabaco en la vida ha aumentado entre la encuesta 2009-2010 y 2016-2017 lo que muestra algunos cambios importantes en este grupo de edad.

En cuanto al indicador de fiscalización de establecimientos, este se estaría cumpliendo. El reporte de este dato está fuertemente documentado al ser un indicador de desempeño del Ministerio de Salud.

## **Drogas Ilícitas**

El consumo de último año de drogas ilícitas (marihuana, cocaína o pasta base) en población de 15 a 24 años para el 2016 fue de 27,9%, siendo mayor en hombres (33,1%) que en mujeres (22,4%), aumentando en forma considerable durante la década, dado que en 2010 este consumo alcanzaba el 11%. El aumento observado es principalmente debido a consumo de marihuana, puesto que la frecuencia comparada con el consumo de cocaína o pasta base es alrededor de 15 veces mayor. Los mayores incrementos de prevalencia de último año de consumo de marihuana se han dado en población de 45 a 64 años y en las mujeres, y según grupo etario entre los 19 a 25 años seguido del grupo de 26 a 34 años.

Por otra parte, la prevalencia de consumo de vida de cocaína en Chile, en población de 15 a 64 años, ha tendido a aumentar desde 1994, a diferencia de la de pasta base que tiende a ser más estable. Entre el 2010 y el 2016, el consumo de vida de cocaína aumentó de 3,7% a 5,9%, en tanto que el de pasta base se mantuvo entre 2,1% (2010) y 2,5% (2014), pero el consumo de último año del primero fue de 1,1% el 2016 y del segundo de un 0,4% para el mismo año.

En cuanto a pesquisa, en 2016 se realizaron 41.129 tamizajes de consumo de drogas y alcohol a través de los test CRAFFT o ASSIST en población de 15 a 24 años, aumentando al 2018 a 96.061, lo cual determinaría una cobertura de tamizaje que varió entre 2,0% a 4,7%. Además, las intervenciones breves han aumentado en número, sin embargo, el sistema de registro actual no permite obtener una cobertura real sobre la población que se encuentra en riesgo de consumo.

## **Consumo Riesgoso de Alcohol**

El volumen de alcohol consumido en el país para el 2016 fue de 9,3 litros de alcohol puro per cápita, misma cifra estimada el 2009. En el grupo de bebedores, el promedio de tragos sería de 2 diarios o a 30 gramos de alcohol puro al día, lo que supera los gramos de alcohol consumidos en la región de las Américas. Para el 2016, el 29,2% de la población sería abstemia de último año, un 54,4% habría consumido cualquier tipo de alcohol al menos una vez en el último mes y 35,7% alguna vez durante la última semana. En general, las prevalencias de consumo de alcohol muestran una estabilidad en el tiempo, aun cuando se observan reducciones en el consumo de los hombres más jóvenes y un aumento en la intensidad de beber de las mujeres más jóvenes (en ambos casos, población de 15 a 24 años).

La prevalencia de consumo de riesgo (Audit  $\geq$  8) en el hombre es de 21,8% y tiende a ser similar entre los 15 y 64 años y bajar en los mayores de 65 años, en la mujer es de 3,9% y tiende a disminuir con la edad de 9,4% entre los 15 y 24 años a 0,02% en los mayores de 65 años. La prevalencia de consumo de riesgo en población de 15 a 24 años, población blanco del Objetivo de Impacto, bajó entre el 2009 y el 2016 en 2,6 puntos porcentuales, pasando de 18,8% a 16,2%. En los hombres, durante este periodo, la baja fue de 30,8% a 22,7% en tanto en las mujeres aumentó de 7,0% a 9,4%. Sin embargo, ninguno de estos cambios fue estadísticamente significativos.

Un 29,5% de los mayores de 15 años habrían tenido al menos un episodio de beber intenso (4 y 5 tragos en mujeres y hombres, respectivamente) en el último año, en tanto, un 13,3% lo tendría con una frecuencia mayor a una vez al mes. En hombres, el beber intenso episódico se mantiene entre el 20% y 24% en el grupo de 15 a 64 años y en mayores de 65 años baja a un 9,5%, mientras que, en las mujeres es más alto entre los 15 y 24 años (13%) y en mayores de 65 años baja hasta un 0,8%.

En población mayor de 15 años, ha habido un aumento progresivo en el uso del test de tamizaje para la detección de bebedores de riesgo o con sospecha de abuso y dependencia, que va de una cobertura de 1,6% en 2012 al 9,1% en 2018, sobre población FONASA inscrita validada. No obstante, este aumento es en gran parte por un incremento en la cobertura de tamizaje de la población de 65 años y más que el 2018 alcanzó un 18,9%, en tanto, el grupo objetivo de la estrategia (15 a 24 años) alcanzó una cobertura ese año de 7,1%. Los resultados para estos análisis establecen una prevalencia de beber problema de 16,4% para el grupo de 15 a 24 años y de 1,6% para el de mayores de 65 años.

Por problemas de registro no es posible valorar adecuadamente el desempeño del sistema una vez que el test resulta positivo para consumo de riesgo de alcohol y el flujo de derivación del paciente.

## Salud Mental

De acuerdo con la Superintendencia de Seguridad Social, el número de días de licencia pagados por cotizantes (FONASA e ISAPRE) fue de 2,51 días por patologías de salud mental y del comportamiento (CIE10 F00-F99) para el año 2017, mostrando un aumento desde el 2015, en que el número de días pagados por cotizantes fue de 2,31, en tanto que, al inicio de la década, este indicador fue estimado en 1,8 licencias por cotizante.

El porcentaje de muertes registradas con los códigos CIE 10 F00-F99, varió en la última década entre el 3% y el 1,8% del total de las muertes de esos mismos años, siendo las tres principales causas los

trastornos psicóticos y del comportamiento, trastornos relacionados al consumo de sustancias, esquizofrenia y trastornos esquizoides.

La Encuesta Nacional de Salud 2016-17 muestra que el 11,4% de los mayores de 15 años ha presentado alguna vez en su vida un trastorno del ánimo, siendo el más frecuente el trastorno depresivo (prevalencia de 9,6%); además, el trastorno bipolar I presenta una prevalencia de vida de 1,0% y el bipolar II de 0,7%.

Entre el 2001 y el 2005, el grupo diagnóstico de la CIE 10 F20 a F29, correspondiente a esquizofrenia y otros trastornos esquizoides, determinaron entre 4.627 (2013) y 5.446 (2017) hospitalizaciones anuales, correspondientes entre el 67% y el 77% a diagnóstico de esquizofrenia. La población en control por trastornos ansiosos muestra un incremento del 45% entre el 2014 y el 2018. Para el 2018, 1,87% de la población inscrita validada estaba en control por trastornos ansiosos, siendo de un 0,8% en hombres y un 2,5% en mujeres.

Los indicadores de cobertura de tratamiento para depresión, trastorno bipolar y esquizofrenia, así como los de alta clínica de trastorno depresivo y de abandono de tratamiento de esquizofrenia y trastorno bipolar no se pueden calcular, ya sea por problemas de denominador (no existen prevalencias en población inscrita validada), por falta de registro (abandonos) o inconsistencias en la estructura de cálculo. De igual manera, el porcentaje de personas con diagnóstico de primer episodio de esquizofrenia que realizan alguna actividad regular no tiene fuente de información.

### **Suicidio Adolescente**

Las tasas de suicidio en población de 10 a 19 años se comportan similar a las observadas en población total, aumentando desde el 2002 al 2008, en que alcanza un máximo 7,8 muertes por 100.000 habitantes y luego bajando progresivamente hasta alcanzar los 4,3 fallecidos por 100.000 habitantes el 2016. Para el 2010, punto inicial de la Estrategia Nacional de Salud para la década 2010-2020, la tasa fue de 7,1 por 100.000 habitantes, generándose una baja al 2016 de un 39,4%, cumpliéndose la meta del objetivo de impacto de este tema. En este grupo de edad, los hombres tienen mayor riesgo de morir, siendo este entre 2 y 3 veces superior al de las mujeres.

La población de 10 a 14 años se comporta distinto al quinquenio siguiente, siendo el fenómeno más esporádico (20 muertes anuales promedio país), sin mayor diferencia por sexo y concentrado entre los 13 y 14 años (70 a 75% de los casos). Entre los 15 y 19, adquiere las características que el fenómeno

tiene en el resto del ciclo vital, aumentando particularmente en hombres, en que se transforma en la segunda causa de muerte después de los accidentes de tránsito.

Las regiones que muestran una tendencia a un aumento de tasas entre el trienio 2008-2010 y 2014-2016, son las regiones de Tarapacá y Antofagasta; y con una tendencia a mantener el nivel de mortalidad (0 a 15% de diferencia) son las regiones de Arica y Parinacota, Atacama, Del Maule y La Araucanía. No obstante, para la mayoría de las regiones se observa una alta variabilidad como consecuencia de lo pequeño del denominador y lo poco frecuente del evento en estudio.

Por otra parte, los registros del intento suicida del país tienen problemas de calidad. Los egresos hospitalarios, por un lado, están afectos a un importante subregistro (probablemente uso de códigos diferentes al X60-X84). Además, no existe una vigilancia nacional de intento suicida y las iniciativas regionales en este tema son heterogéneas y de cobertura variable. En este escenario es difícil establecer la magnitud del problema más allá de la mortalidad que genera.

### **Pertinencia y estructura de indicadores**

De forma complementaria como parte de este componente se realizó un análisis transversal de la pertinencia y estructura de los indicadores planteados dentro de la estrategia, lo que permitió identificar la existencia de indicadores de Objetivos de Impacto y Resultados Esperados con problemas de medición. En este sentido, se resalta que, para este análisis crítico, de los 12 temas analizados, se encontraron 68 indicadores que no pudieron ser medidos. De estos, 11 indicadores (16,2%) no pueden ser calculados, 12 (17,6%) tienen algún problema en su estructura o metodología que no ha permitido medirlos adecuadamente y 9 de ellos (13,2%) presentan problemas con su periodicidad u oportunidad de medición en el contexto de evaluación de final de la década. Bajo esta perspectiva, surgen los siguientes hallazgos:

- *Indicadores no calculables*: una parte de estos indicadores son datos que se obtendrían desde los Registros Estadísticos Mensuales (REM), pero al intentar calcularlos, se observaron problemas respecto a la no disponibilidad de esa información en particular (altas en salud mental), no corresponde a las edades que se requiere (espirometrías en enfermedades respiratorias crónicas), no está desagregado por los problemas de salud que se busca (espirometría en enfermedad respiratoria crónica y consumo de drogas ilícitas), o bien la manera que es registrado resta confiabilidad a la información (consejerías en tabaco). Sucede además con esta fuente, que presenta una alta variabilidad respecto de cómo es

recogida y disponibilizada la información. En drogas ilícitas, por ejemplo, no puede diferenciarse los resultados de tamizaje de alcohol. Otros indicadores no tienen una fuente de información definida como, por ejemplo, los que incluyen trombólis o angioplastia para IAM con SDST y trombólis para ACV isquémico, las derivaciones a salas IRA y ERA y las visitas domiciliarias en IRA. En esta misma situación se encuentran también los indicadores cuya fuente de información es esporádica (encuestas poblacionales) y no se realizó, como la prevalencia de conocimientos sobre síntomas de eventos cardiovasculares agudos.

- *Consideraciones metodológicas mayores:* existen 4 indicadores de resultados esperados de discapacidad por trastornos de Salud Mental que corresponden a cobertura de tratamiento para depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia y trastorno de déficit atencional con hiperactividad. El numerador se obtiene de los Registros Estadísticos Mensuales, por lo tanto, es población FONASA inscrita validada (que se atiende en el programa de salud mental) y el denominador debe estimarse usando las prevalencias de estos trastornos estimadas por Vicente et al (5) entre 1992 y 1999 sobre población general o las de la Encuesta Nacional de Salud 2016-17. Cualquiera sea el caso, la cobertura de tratamiento obtenida tendría una baja confiabilidad dada las diferencias en las poblaciones sobre las cuales se aplicarían las prevalencias, que además deberían ser aplicadas para el principio y final de la década, y para las diferentes regiones.

- *Dificultad técnica:* uno de los objetivos de impacto del tema discapacidad por trastornos mentales, *porcentaje de personas con discapacidad por trastorno mental con dificultades para su cuidado personal*, se mide usando como fuente la Encuesta Nacional de Discapacidad del Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), más allá de los problemas de sentido del indicador, su forma de cálculo es compleja, requiriendo capacitación en los algoritmos propios del instrumento usado por la Organización Mundial de la Salud y hasta la fecha no ha podido ser estimado.

- *Falta de claridad:* el indicador de objetivo de impacto en conducta sexual segura tiene dos versiones en el numerador, considerando seguro el uso de condón siempre en una versión, y siempre o casi siempre en otra.

- *Problemas de lógica:* un indicador de TBC se calcula en base a los casos esperados por lo que cambios en las curvas de incidencia podrían no ser percibidos y determinar lecturas erróneas de la situación (está pensado en contexto de estabilidad de la incidencia). En consumo riesgoso de alcohol y drogas ilícitas, el indicador de cobertura de tamizaje de intervenciones breves se calcula usando como

denominador la población tamizada, cuando debería ser la población que resulta con riesgo medio u alto de que es la que debe recibir la intervención breve.

Un caso especial es el indicador de cobertura de vacuna antineumocócica en población de 65 años que durante la década cambió de indicación a mayores de 65 años, alterando completamente la forma de medir, complicando la estimación desde el punto de vista técnico y dejando sin sentido la actual medición.

- *Indicadores con problemas de periodicidad*: algunos indicadores provienen de fuentes de información que se obtienen esporádicamente con cierta periodicidad, fundamentalmente de procesos como encuestas sobre población general o bien en estudios de poblaciones específicas. Los problemas suscitados es que hasta ahora estas fuentes no se han coordinado con la década en análisis, hay riesgo de que no se realicen o bien, no dependen del MINSAL para su realización o la metodología.

El indicador de objetivo de impacto de conducta sexual segura proviene de la ENCAVI y se realizó la última vez el 2015, por lo tanto, esa sería su última medición, y no hay indicios de que esta Encuesta vuelva a realizarse. Sucede igual con los indicadores de cobertura efectiva de HTA y diabetes mellitus, y de bebedor de riesgo, cuya última medición en la Encuesta Nacional de Salud fue el 2016-17, cerrando el análisis de la década con esos valores. Para VIH y conducta sexual segura, algunos de los indicadores provienen de estudios que han sido hechos por investigadores externos, apoyados por MINSAL, pero independientes. Esto puede afectar la comparabilidad de los datos, si las metodologías cambian.

Asimismo, a través del desarrollo de este componente logro evidenciarse, que un grupo no menor de los indicadores (VIH, ECNT) se diferencian de indicadores internacionales, planteados por organismos referentes tales como Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización de Naciones Unidas entre otros.

**b. Análisis de la Planificación Operativa Anual (POA)**: el objetivo de este componente fue analizar la tendencia de las acciones del sector en cuanto a los temas de salud desarrollados.

De forma general, se observó que la planificación operativa anual no incorpora la totalidad de las acciones que son realizadas por los distintos organismos responsables, lo que se refleja entre otras cosas por la ausencia o mínima planificación de actividades respecto de ciertos resultados esperados. Esto debido a que los organismos involucrados, tienden a incluir en su planificación solo las actividades que cuentan con financiamiento o aquellas que en su histórico son más factibles de ser desarrolladas. A esto se suma, que no existe una utilización homogénea del POA como mecanismos de planificación

de acciones, toda vez que la obligatoriedad de esta, ha recaído de forma más continua en las Secretarías Regionales Ministeriales, no así en los Servicios de Salud.

Por otro lado, en algunos casos su construcción no refleja patrones coherentes en términos de gestión y se tiende al desarrollo repetitivo de actividades a lo largo del periodo, que no tienen un fuerte respaldo de evidencia.

De modo particular, es necesario mencionar que otros hallazgos se relacionan con que en algunos casos los medios de verificación no dan cuenta del logro de las actividades, así como de los avances esperados a partir de la intervención implementada; entre otras cosas, por la falta de rigurosidad en la construcción de reportes e informes (TBC, diabetes mellitus). Por otro lado, también se observó una tendencia a la planificación de actividades de capacitación y monitoreo, con menoscabo de aquellas como la supervisión y la auditoría, que podrían ayudar a garantizar el cumplimiento de intervenciones clave para el logro de los resultados establecidos en la estrategia. Esto es de vital relevancia para temas como diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, IRA y ERC.

De igual forma, se hizo evidente la existencia de nudos críticos de gran influencia en la obtención de mejores resultados respecto de acciones planteadas, y que son comunes a varios temas. Siendo estos: falta de coordinación intrasectorial que retrasa acciones de comunicación y reporte (VIH-SIDA, IRA); falta de recursos humanos y físicos en la APS para implementar intervenciones clave como la atención prehospitalaria, el monitoreo, la rehabilitación y el rescate de quienes no continúan en los programas (enfermedades cardiovasculares, salud mental y suicidio, ERC); débil trabajo intersectorial, toda vez que se evidencian pocas instancias de planificación, financiamiento, seguimiento y evaluación, predominando la coordinación para la ejecución de actividades en espacios compartidos. Esto debido a la falta de directrices en algunos casos o la dificultad en el acercamiento con algunos sectores, entre los que sobresale Educación.

Otro hallazgo de relevancia es la posible limitación en el avance de los resultados respecto del establecimiento de metas de acción poco desafiantes, considerando los incentivos económicos existentes con los que se busca promover el desarrollo de intervenciones claves (diabetes mellitus, IRA, ERC, alcohol).

**c. Revisión de Literatura y Análisis Comparativo:** Estos componentes se desarrollaron con el fin de identificar qué intervenciones son respaldadas por la evidencia, contribuyendo en la resolución del

problema de salud del tema respectivo; para seguido de esto, establecer la correspondencia entre estas y las intervenciones realizadas en el sector sanitario de acuerdo a lo registrado en la Planificación Operativa Anual, estableciendo así las brechas existentes.

Dentro de los principales hallazgos se encuentra el hecho que, para la gran mayoría de temas abordados, las actividades planificadas se enfocan en capacitaciones al personal de salud. Sin embargo, si bien se considera relevante como medida para incrementar la calidad y oportunidad de la intervención, sea de prevención, diagnóstico o tratamiento, este tipo de actividad no cuenta con una evidencia científica clara de su efectividad, si se realiza por sí sola y/o de cómo debe realizarse. En contraste la evidencia respalda acciones como: educación al paciente y cuidadores, estrategias comunitarias participativas y psicosociales, intervenciones educativas grupales coordinadas junto a la escuela y familia, entrega de cuidados a través de equipo multidisciplinario, activación de mecanismos efectivos de referencia y contra referencia, siendo estas actividades, las que aparecen con menor frecuencia en los planes operativos de los organismos (diabetes mellitus, cardiovasculares, IRA, ERC, VIH-SIDA y conducta sexual segura, consumo de drogas ilícitas, alcohol, Salud Mental, Suicidio).

En otros casos, la evidencia muestra que intervenciones relacionadas a la implementación de estrategias para garantizar la telemedicina, la disponibilidad de médicos especialistas y de un equipo multidisciplinario, la rehabilitación precoz y continuada, así como el uso de estrategias de rescate para control en programas puede mejorar la oportunidad y continuidad de la atención, siendo también actividades que encuentran limitaciones para su ejecución, según lo observado en el POA (Enfermedades Cardiovasculares, Tuberculosis). Las limitaciones descritas, se asocian particularmente con déficit de recursos humanos y de traslado, así como falta de protocolos e inadecuado llenado de planillas de seguimiento.

## 2. Recomendaciones

Del mismo modo que, en el apartado anterior, teniendo en cuenta lo evidenciado a partir del análisis en sus cuatro componentes, se formularon las siguientes recomendaciones:

### **a. Análisis de indicadores y análisis epidemiológico**

Replantearse la construcción de algunos indicadores en términos de que estos puedan realmente responder a lo que se quiere medir, agregando mayor detalle a su construcción y en coherencia con los indicadores de los planes y programas nacionales y/o indicadores planteados por organismos internacionales (enfermedades cardiovasculares, VIH-SIDA, salud mental).

Se releva también, la necesidad de que los indicadores puedan estar orientados a grupo de pacientes crónicos como recomienda la Organización Mundial de la Salud y utilizar un mismo indicador para mortalidad precoz por patologías como diabetes mellitus, cardiovasculares, respiratorias.

Por otro lado, se sugiere la definición de indicadores que permitan su medición año a año favoreciendo la comparabilidad y la oportunidad de los análisis, por lo que se requiere una mayor exhaustividad en la selección de la fuente.

También es necesario replantearse la forma de realizar el monitoreo y evaluación del desempeño del sistema de salud para enfrentar determinados temas, así como la calidad de la atención en relación con estos (diabetes mellitus, TBC, respiratorias, VIH-SIDA/conducta sexual segura, tabaco, salud mental, suicidio en adolescentes). Considerando el aumento de la cobertura de atención para detección temprana y prevención en población no consultante y/o con enfoque de grupos de riesgo, como el aumento en la búsqueda activa de casos y el fortalecimiento del registro de tales acciones (alcohol, drogas ilícitas, VIH-SIDA).

### **b. Planificación Operativa Anual (2016-2018)**

Se considera pertinente plantear resultados de impacto a mediano plazo, de modo de poder realizar ajustes oportunos dentro de entornos cambiantes. Así mismo, se considera necesario que las actividades planificadas en el sector sean respaldadas desde la evidencia científica, de forma tal que sea posible maximizar y focalizar los recursos financieros y humanos en intervenciones que realmente faciliten en logro de los objetivos planteados.

Por otro lado, dado que la planificación operativa aún no incorpora la totalidad de las acciones que son realizadas, se considera necesario el fortalecimiento constante de la misma, especialmente en cuanto a la evaluación de resultados y el desarrollo de procesos de planificación conjunta en el nivel regional entre equipos técnicos de un mismo organismo, o entre los distintos organismos (Seremis-Servicios de

Salud; Establecimientos de salud Nivel Primario y Secundario), contando además con el acompañamiento de los referentes de la Estrategia Nacional de Salud y equipos del nivel central.

Igualmente, podría ser de ayuda el vincular los instrumentos de apoyo a la toma de decisiones clínicas con la planificación del sector salud, desde la perspectiva de promocionar, incentivar y monitorear el cumplimiento de lo que la evidencia establece en la práctica clínica directa con el paciente, sobre todo en acciones que se consideran clave (diabetes mellitus, enfermedades respiratorias).

Se recomienda revisar el impacto de los incentivos económicos sobre los resultados de procedimientos clave para el avance de los temas en salud. Lo anterior en razón que, al ser estos, parte de las metas del Índice de Actividad de Atención Primaria de Salud (IAAPS), la focalización de las acciones puede estar orientadas al cumplimiento en términos cuantitativos con posible menoscabo de la calidad en la ejecución.

De la mano de lo anterior se sugiere fomentar el desarrollo de actividades de supervisión directa en la ejecución de procedimientos, clave para el logro de los resultados que hacen parte de la Estrategia Nacional de salud, sobre todo de aquellos que son transversales a varios temas.

### **c. Revisión de la literatura y análisis comparativo**

Se recomienda el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, en términos de recursos físicos, humanos y financieros, de modo que sea posible aumentar la cobertura efectiva de atención, la oportunidad diagnóstica y el seguimiento y rescate de quienes se marginan de los programas.

Se recomienda promover además el desarrollo de acciones en las que medie la evidencia y se establezcan parámetros de implementación para aquellas que de forma indispensable y permanente han de ser realizadas, como la capacitación a profesional de salud y funcionarios.

Por otro lado, es necesario fortalecer intervenciones relacionadas a detección temprana y adherencia al tratamiento que sean coherente con las normativas nacionales e internacionales (TBC, alcohol, VIH-SIDA/conducta sexual segura, alcohol, drogas ilícitas); así como promover intervenciones que aborden búsqueda activa de casos en poblaciones clave (TBC, alcohol, VIH-SIDA/conducta sexual segura, suicidio en adolescentes).

Además, se recomienda mejorar la cantidad y calidad de los Exámenes de Medicina Preventiva (EMP), de modo de anticiparse al daño y evitar complicaciones a largo plazo (diabetes mellitus, cardiovasculares, respiratorias, drogas ilícitas). Esto de la mano con fortalecer las actividades de

educación en salud sobre todo aquellas de índole participativa y comunitaria (diabetes mellitus, cardiovascular, alcohol, drogas ilícitas, enfermedades respiratorias, salud mental, suicidio en adolescentes).

También, se hace necesario incrementar la utilidad de las supervisiones y auditorías como herramienta de seguimiento e insumo para la toma de decisiones, así como promover la implementación efectiva de los sistemas de vigilancia, a nivel regional, mejorando el proceso de registro y oportunidad de la información (enfermedades respiratorias, diabetes mellitus, salud mental, suicidio en adolescentes).

Se releva la necesidad de fortalecer el trabajo intersectorial en todos los niveles operativos, avanzando desde espacios y mesas de conversación a la planificación, financiamiento, seguimiento y evaluación de acciones conjuntas (alcohol, drogas ilícitas, salud mental, suicidio en adolescentes, VIH/SIDA-Conducta Sexual Segura).

#### IV. Limitaciones

En la mayoría de los casos, los procesos de análisis contaron con las siguientes limitaciones:

- Representatividad de los datos respecto de la población chilena para algunos indicadores dado que los datos disponibles en los Registros Estadísticos Mensuales (REM) corresponden únicamente a usuarios del sistema público. Por otro lado, la información corresponde solo a beneficiarios inscritos y que asisten a los establecimientos de salud del sistema público.
- Disposición de la información en algunos registros lo que impedía la desagregación para el análisis.
- Ausencia de información para la medición de indicadores estrategia, debido a la no disponibilidad y/o problemas con la sistematización de la fuente.
- Representatividad de la información sobre el quehacer del sector a partir de la planificación operativa anual, toda vez que a pesar de las mejoras incorporadas año a año en este proceso, estas aún no contienen la totalidad de las actividades que realizan los organismos, lo que también puede estar influenciado por la existencia de otras plataformas donde deben reportar las actividades.
- Búsqueda acotada de la evidencia, respecto de todas las temáticas que podrían estar asociadas a cada tema de salud, y que, a la luz de este análisis, corresponden a los problemas que fueron priorizados en la actual Estrategia Nacional de Salud.

## V. Conclusiones

El análisis crítico, es el componente inicial de la evaluación final de periodo y consideró la evaluación del desempeño de la cadena de resultados, de modo de determinar su efectividad y suficiencia para el cumplimiento de los objetivos planteados en cada tema de salud, siendo a la vez insumo en el proceso de formulación de los Objetivos Sanitarios de la próxima década.

El análisis crítico fue realizado en 12 temas priorizados de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 y se desarrolló a partir de 4 componentes, análisis de indicadores y epidemiológico, análisis de la planificación operativa, revisión de la literatura y análisis comparativo.

A partir de este, fue posible establecer la necesidad de un abordaje continuo en el Plan Nacional de Salud de la década 2021-2030, para los temas abordados: diabetes mellitus, VIH-SIDA, conducta sexual segura, enfermedades cardiovasculares, suicidio en adolescentes, consumo riesgoso de alcohol, consumo de drogas ilícitas, salud mental, consumo de tabaco, tuberculosis, infección respiratoria aguda y enfermedad respiratoria crónica; teniendo en cuenta la limitación de los resultados alcanzados dado su prevalencia, incidencia y/o mortalidad; la alta carga sociosanitaria y el nivel de daños producidos a la calidad de vida de las personas en las distintas etapas que estas producen si no son abordadas. Esto acompañado de modificaciones en el establecimiento de indicadores, la selección de fuentes de información y formas de medición, así como el fortalecimiento de la planificación estratégica y operativa, siendo está realizada en forma conjunta entre organismos, fortaleciendo la supervisión de acciones claves para el alcance de los resultados dispuestos en la estrategia.

También se establece la necesidad de que exista el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, en términos de recursos físicos, humanos y financieros, revisando a su vez el impacto de incentivos económicos sobre procedimientos claves, promoviendo además el desarrollo de acciones basadas en la evidencia y se ofrezcan parámetros de implementación para aquellas que se realizan en forma permanente.

Por otro lado, promover a nivel intersectorial el desarrollo de procesos de planificación conjunta, tanto en el nivel central como regional, y entre equipos técnicos de un mismo organismo, o entre los distintos organismos (seremi-servicio de salud), de modo de avanzar hacia la planificación y evaluación conjunta y favoreciendo el alcance de los resultados.

## VI. Referencias

1. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020 [Internet]. 1ª. Santiago: MINSAL; 2016 [cited 2019 Jul 10]. 103 p. Available from: <https://www.ssmaule.cl/dig/epidemiologia/EPIDEMIOLOGIA/2017/EstrategiaNacionalSalud/PlandeSalud2016/Plan%20Nacional%20de%20Salud%202016.pdf>
2. Ministerio de Salud. Metas 2011-2020. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Decada 2011-2020. [Internet]. Santiago: MINSAL; 2011 [cited 2019 May 20]. 426 p. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
3. Ministerio de Salud. Unidad 1: Aspectos relevantes de la Planificación Sanitaria en Chile. In: Cápsula Autogestionada: Gestión basada en resultados en la Estrategia Nacional de Salud [Internet]. Santiago: MINSAL; 2019 [cited 2019 Nov 1]. Available from: <http://minsal.uvirtual.cl/>
4. Marianela Armijo. Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público (Versión Preliminar) [Internet]. Área de Políticas Presupuestarias y Gestión Pública ILPES/CEPAL; 2009 [cited 2019 Oct 2]. Available from: [https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/3/38453/manual\\_planificacion\\_estragetica.pdf](https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/3/38453/manual_planificacion_estragetica.pdf)
5. Vicente P B, Rioseco S P, Saldivia B S, Kohn R, Torres P S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPP). Rev Médica Chile. 2002 May;130(5):527–36.