



Subsecretaría de Salud Pública  
División de Planificación Sanitaria

# **Plan nacional de salud 2011 – 2020**

## **Evaluación de mitad de periodo**

### **DISEÑO DE EVALUACIÓN**

---

**DEPARTAMENTO DE ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD**

**NOVIEMBRE 2015**



Subsecretaría de Salud Pública  
División de Planificación Sanitaria

## **CONTENIDO**

INTRODUCCIÓN .....	3
ANTECEDENTES .....	4
MARCO CONCEPTUAL.....	7
OBJETO DE EVALUACIÓN: ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD .....	15
MODELO DE EVALUACIÓN MITAD DE PERÍODO.....	19
METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN.....	23
ANEXOS .....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	59



## INTRODUCCIÓN

La reforma del sector salud estableció como una de las funciones del Ministerio de Salud la definición de Objetivos Sanitarios con la intención de articular las acciones del sector hacia metas comunes. La primera versión de estos objetivos fue formulada para el periodo 2000 - 2010, lo que significó que las políticas, estrategias, planes, intervenciones y acciones en general del sector se enfocaron en alcanzar estos objetivos durante la década pasada.

La operacionalización de los objetivos sanitarios de la década 2000 - 2011 la realizó una comisión conformada por representantes de las distintas instancias del Ministerio de Salud, cuyo trabajo conjunto permitió definir áreas prioritarias. Esta priorización “se basó en la magnitud del daño, su tendencia y la posibilidad de disponer de intervenciones de efectividad comprobada” (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2002).

El resultado de dicho trabajo se organizó definiendo componentes, para los cuales se formularon indicadores y metas específicas, y se sugirieron estrategias que permitieran alcanzar los objetivos planteados.

Para dar cuenta de los avances en torno a los desafíos planteados por los objetivos sanitarios se realizaron dos evaluaciones, una a mitad y otra al final del periodo para el cual fueron definidos. Ambas evaluaciones mostraron grandes avances para las metas formuladas, pero también evidenciaron estancamientos e incluso retrocesos en algunos ámbitos, lo que permitió suministrar información para establecer los desafíos del sector salud para la década siguiente.

En el año 2010 se inició el trabajo que permitiría establecer los objetivos sanitarios y la planificación que guiaría el accionar del sector durante la década 2011-2020. Resultado de dicho esfuerzo fue la formulación de cuatro Objetivos Sanitarios, para los cuales se consensuaron nueve áreas temáticas constituidas por temas específicos y sus respectivas metas e indicadores.

Han pasado cinco años desde la formulación de la Estrategia Nacional de Salud y en el contexto de nuestra sociedad actual proveer información a la ciudadanía, a las organizaciones civiles y al Estado sobre cómo hemos avanzado para la consecución de los objetivos sanitarios de la década actual, se vuelve un imperativo. Por ello en el presente documento se expone el diseño de evaluación que se utilizará para la evaluación de mitad de periodo de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.



## ANTECEDENTES

Durante la primera década del siglo XXI el sector salud en Chile emprende una reforma sectorial que tiene entre sus principales componentes la formulación de objetivos sanitarios, los cuales se propuso fueran alcanzados en un periodo de 10 años, y cuya definición queda establecida por Ley<sup>1</sup> como una de las funciones que debe realizar el Ministerio de Salud.

La precisión de objetivos sanitarios tiene entre sus propósitos centrales – para la década en que se enmarcan – reflejar las prioridades de salud y orientar las políticas, estrategias, planes y programas del sector en un mismo sentido, y dar respuesta a las necesidades sanitarias de la población. Además, “debe ser un proceso dinámico y participativo” (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2002) que vaya incorporando los cambios en la situación de salud de la población, los avances, el conocimiento y las tecnologías en materia sanitaria que permita la realización de “revisiones periódicas a las prioridades establecidas, así como a las soluciones implementadas, para asegurar de esta manera la eficacia y pertinencia del proceso” (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2002)

La definición de los Objetivos Sanitarios de la década 2000–2010 tuvo como base metodológica el modelo mixto utilizado para el diseño de políticas, el cual se caracteriza por utilizar criterios de priorización a partir de los cuales se seleccionan áreas y se analizan las mejores alternativas de acción. Mientras que para el proceso de priorización se utilizó el método de marco lógico ya que permite considerar el contexto y los grupos de interés, elementos de gran importancia en la definición de políticas.

El marco metodológico fue diseñado y acordado por una comisión, conformada por diversos actores de la sociedad (representantes del sector y de la ciudadanía) y específicamente escogida para dichos fines. Ésta organizó el trabajo en las siguientes etapas: 1) análisis de la situación de salud actual y proyectada, 2) la definición de prioridades y 3) revisión y propuesta de estrategias generales de intervención. Para el desarrollo de las etapas la comisión llevó a cabo un amplio trabajo, que entre otras cosas permitió analizar los problemas de salud que afectaban a la población y sus intervenciones.

De dicho ejercicio se desprendió que Chile enfrentaba desafíos sanitarios relacionados al envejecimiento progresivo de las personas, desigualdades en la situación de salud de la población, inadecuada respuesta del sector a las expectativas de los ciudadanos y a la mantención de logros sanitarios ya alcanzados y la resolución de problemas pendientes. Para enfrentar estos retos se definieron los siguientes objetivos sanitarios para la década 2000 – 2010:

1. Mejorar los logros sanitarios alcanzados.
2. Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad.
3. Disminuir las desigualdades

---

<sup>1</sup> Ley 19937.

4. Prestar servicios acordes a las expectativas de la población.

La operacionalización de los objetivos sanitarios de la década 2000–2010 se realizó a través del desarrollo de cuatro fases: 1) análisis de situación, 2) revisión de evidencia, 3) preferencias sociales) y 4) acuerdo social y consensos. El resultado de este trabajo fue la formulación de 101 objetivos de impacto con sus metas e indicadores determinados, para los cuales se establecieron objetivos de desarrollo con sus respectivas metas e indicadores y se sugirieron estrategias para lograrlos.

Para dar cuenta de los avances y del grado de cumplimiento de los objetivos de impacto formulados para la década pasada se realizaron dos evaluaciones, una a mitad del periodo (año 2005) y la otra al finalizar el mismo (año 2010).

La evaluación de mitad de periodo dio cuenta de los avances para cada uno de los objetivos y al mismo tiempo evidenció el estancamiento y retroceso en alguno de ellos. En resumen (Ver Tabla 1), poco más del 50%, de las metas formuladas se alcanzaron, de ellas cerca del 15% presentaron un avance mayor al propuesto, aproximadamente el 21% no se cumplieron, cerca del 10% presentaron un retroceso y para el 19% no fue posible conseguir información. Asimismo, mostró la necesidad de contar con un sistema de monitoreo que permitiera contar con información sistemática y confiable.

**Tabla 1: Resumen de Resultados Objetivos Sanitarios Década 2000–2010**

GRADO DE CUMPLIMIENTO	Objetivos Sanitarios				TOTAL
	I	II	III	IV	
Cumplido	21	15	0	0	<b>36</b>
Con Avance Discreto	2	4	0	0	<b>6</b>
Con Avance Importante	2	6	1	0	<b>9</b>
No Cumplido	12	9	0	0	<b>21</b>
Con Retroceso	2	5	2	1	<b>10</b>
No Evaluable	10	7	0	2	<b>19</b>
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>46</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>101</b>

Fuente: Elaboración propia en base a información presentada por Dr. Pedro Zitko en ponencia "Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios 2011–2020", Septiembre 2015

Además, se detectó, entre otras cosas, la necesidad de contar con una mirada amplia de la salud que incluya de un modo más específico y concreto el enfoque de los determinantes sociales, planteando que los objetivos sanitarios deberían configurarse en una Política de Estado, más que una iniciativa de Gobierno.

Asimismo, reveló que los objetivos cuyo cumplimiento dependían de la interacción con otros sectores presentaron avances menos satisfactorios, dando cuenta que uno de los "desafíos pendientes de la



Subsecretaría de Salud Pública  
División de Planificación Sanitaria

década pasada, fue la articulación eficiente y sistemática del trabajo intersectorial<sup>2</sup>, situación que adquirió una consideración especial en la formulación de los objetivos sanitarios para la década 2011 - 2020.

Dicho desafío fue incorporado en la elaboración de la planificación sanitaria del actual periodo, la cual fue plasmada en la Estrategia Nacional de Salud, motivo por el cual los objetivos sanitarios para la década consideran entre sus pilares fundamentales de implementación la colaboración intersectorial.

---

<sup>2</sup> **Anexo 1. Perspectiva Intersectorial.** Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. 2011. Pág. 3



## MARCO CONCEPTUAL

Una de las primeras tareas realizada en el desarrollo de la Evaluación de Mitad de Período consistió en una revisión bibliográfica que permitiera orientar el diseño de evaluación<sup>3</sup>. Esta revisión se inició con la lectura del trabajo realizado previamente en la evaluación de los Objetivos Sanitarios 2000 - 2010 y otros documentos de la literatura a nivel nacional e internacional. Estas lecturas iniciales aportaron contenidos sobre métodos y metodologías de evaluación, a la vez que contribuyeron a identificar temas centrales dentro del campo de evaluación que guiaron la búsqueda de literatura académica en la materia.

En base a la literatura consultada “la evaluación se define como un proceso de análisis riguroso y científico sobre la información de las actividades, características, resultados e impacto de un programa, que determina los méritos de éste” (Organización Mundial de la Salud, 2011), y se distingue del monitoreo que es “el seguimiento y reporte constante sobre la información prioritaria de un programa y sus resultados e impactos esperados” (Organización Mundial de la Salud, 2011). El monitoreo contribuye a identificar el éxito o estancamiento de las intervenciones, pero por sí solo no puede explicar las causas de las dificultades observadas (Organización Mundial de la Salud, 2013), función que es propia de la evaluación como proceso de análisis que se construye en base a los datos que provee el monitoreo. Este análisis toma en consideración los cambios contextuales y las explicaciones alternativas a los cambios observados (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Una de las principales funciones de la evaluación es la mejora constante de programas y políticas públicas. También tiene la función de proveer un medio para rendir cuentas sobre los esfuerzos desplegados por la intervención y sus resultados, lo que adquiere un mayor sentido cuando se refiere a programas y políticas públicas, ya que la rendición de cuentas es parte esencial del sistema democrático. Asimismo, debe informar acciones futuras. Aunque una evaluación se centra esencialmente en un programa concreto en el presente y dentro de su contexto dado, las evaluaciones arrojan información sistemática que contribuye al abordaje general de determinados problemas públicos (Weiss, 1998).

En la revisión bibliográfica realizada se consideraron las posibles raíces epistemológicas de la evaluación de programas. Se utiliza este término - epistemología - dado que una primera distinción en los abordajes a la evaluación de programas o políticas de salud es su postura acerca de qué constituye aprendizaje sobre el objeto de estudio, lo que es una pregunta sobre los fundamentos del conocimiento.

En este marco, la evaluación basada en los métodos sugiere que las dificultades del trabajo de evaluación son resultado de problemas metodológicos y que por lo mismo, mejorar los datos e instrumentos de recolección de datos es suficiente para tener resultados de utilidad. Por otro lado, la evaluación basada en la teoría plantea que es necesario identificar la teoría del programa para poder diseñar una evaluación que contribuya al aprendizaje del mismo (Dickinson, 2006).

---

<sup>3</sup> La revisión bibliográfica está resumida en un documento desarrollado por el Equipo Estrategia Nacional de Salud, que es el primer producto dentro de este proceso de Evaluación de Mitad de Período.



Un tipo de evaluación basada en la teoría es la evaluación realista que surgió como respuesta a la limitación de estudios experimentales, que si bien pueden ser adecuados para estudios de efectividad no logran entregar información sobre programas implementados en sistemas complejos (Marchal, van Belle, van Olmen, Hoerée, & Kegels, 2012).

La evaluación realista busca identificar los patrones de interacción entre las intervenciones de salud, el contexto y los resultados observados, reconociendo que no todas las intervenciones funcionan de igual modo para todos, en todo lugar y contexto (Pawson & Tilley, 1997).

Otro modelo de evaluación basado en la teoría es la teoría del cambio, que busca identificar la cadena de resultados de una intervención precisando el vínculo entre cada acción y su consecuencia esperada, para así analizar la robustez del diseño (Blamey & Mackenzie, 2007).

David Grembowski (2001) plantea un modelo de evaluación basado en la teoría que consta de tres etapas; 1) planteamiento de la pregunta, 2) aplicación de metodologías para responder la pregunta y 3) uso de respuestas para la toma de decisiones. Para cada una de estas etapas se distingue una serie de pasos (ver Figura 1).

Uno de los puntos importantes en este esquema es que sitúa el planteamiento de preguntas al mismo nivel de importancia que el trabajo de indagación para responderlas mediante métodos de recolección y análisis de datos. En otras palabras, dado que la evaluación es en esencia un proceso de plantear y responder preguntas asociadas a una intervención que busca generar un cambio en la sociedad, el éxito de una evaluación depende en primer lugar, de cuán buenas preguntas se plantean. Una metodología de calidad que logra levantar información confiable y válida no proveerá mayor beneficio si responde a una pregunta que no es relevante o prioritaria.

Para el planteamiento de preguntas se especifican cuatro pasos 1) especificar la teoría del programa, 2) especificar los objetivos del programa, 3) traducir teoría y objetivos del programa en preguntas de evaluación y 4) priorizar las preguntas a responder.

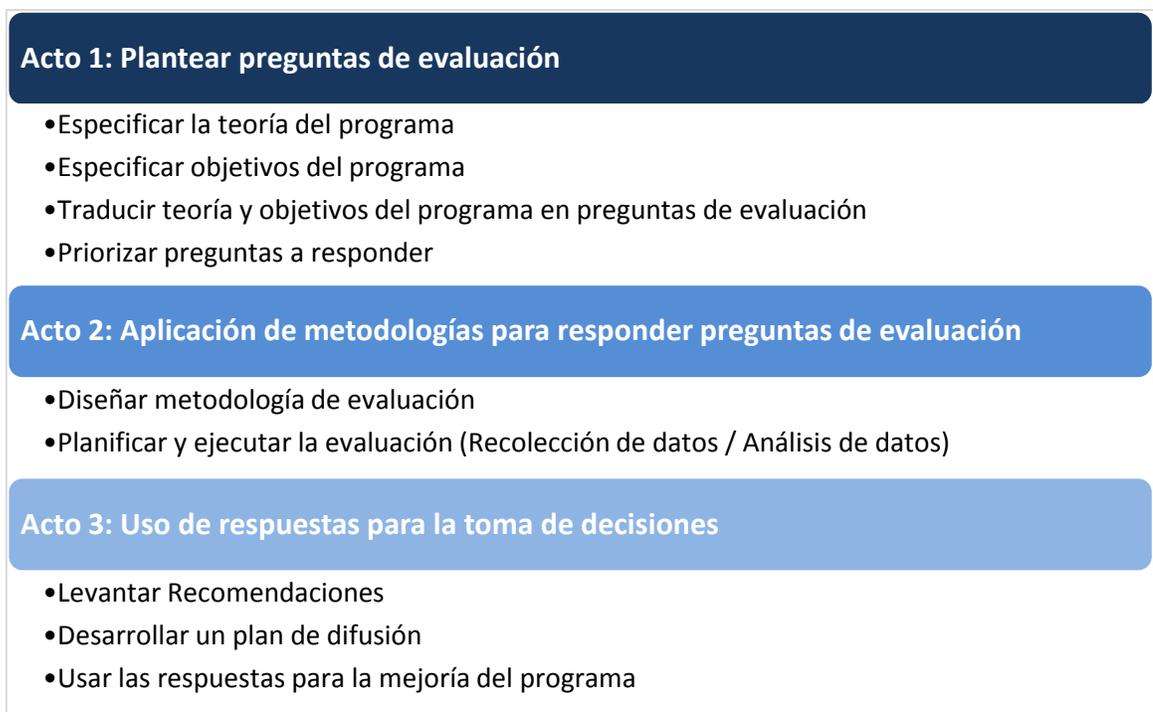
El primer paso apunta a evidenciar la teoría del programa. Por un lado, la teoría de causa y efecto es aquella que subyace la cadena de resultados de la intervención, es decir, se dirige a explicar la relación de cambio entre una acción y sus efectos esperados. La teoría de implementación por su parte se refiere a la elección de estrategias para implementar estas medidas. Ambas permiten comprender el funcionamiento de un programa, analizar sus fundamentos de base y revisar los modelos teóricos a los que responde (Grembowski, 2001).

El segundo paso se refiere al ejercicio de redefinir los objetivos del programa de un modo claro para que puedan observarse y analizarse a través de las preguntas de evaluación formuladas. El tercer paso apunta, tal cual es mencionado, al ejercicio de traducir en preguntas de evaluación la teoría y los objetivos del programa. El cuarto y último paso se refiere a la priorización de preguntas según relevancia.

Este autor agrega que toda intervención puede tener consecuencias no previstas inicialmente, tanto favorables como perjudiciales para el bienestar de los beneficiarios, por lo que es un requisito incluir en toda evaluación de programas un análisis de estas consecuencias no intencionadas (Grembowski, 2001). Debido a que estas consecuencias no están previstas, es muy difícil analizarlas. Por lo que Grembowski sugiere una serie de tareas que un evaluador debiera realizar para facilitar su análisis, éstas son:

- ✧ Comprender en profundidad el programa evaluado por medio de la revisión de documentos, conversaciones con directores, coordinadores, staff, participantes.
- ✧ Conversar con personas que creen que el programa va a fallar.
- ✧ Conversar con personas que están familiarizadas con el programa pero no son responsables de su funcionamiento.
- ✧ Hablar con otros evaluadores/as de programas.
- ✧ Examinar los resultados de otros programas similares ya implementados.

**Figura 1: Etapas Evaluación basada en la Teoría**



Fuente: Elaboración propia a partir de Grembowski 2001.



Otra distinción general de los enfoques en evaluación de programas se relaciona al período en que se instala dentro de su desarrollo de implementación; antes del diseño e implementación del programa, durante su implementación o en las fases posteriores a su ejecución completa. Bajo esta distinción se pueden reconocer la evaluación de procesos y la evaluación sumativa.

La evaluación de procesos puede llevarse a cabo durante la implementación de la intervención o tras a su término, e indaga en la implementación de tareas y estrategias diseñadas para identificar si en efecto se aplican como fue programado. Examina tareas y procedimientos del programa, la cantidad de actividades realizadas y la audiencia a quien logra llegar las intervenciones.

Este tipo de evaluación es fundamental para entender los motivos por los cuales un programa alcanza o no sus objetivos (Grembowski, 2001). La evaluación de proceso sugiere las siguientes preguntas:

- ✧ La intervención, ¿se implementó tal como fue planificada?
- ✧ ¿Alcanzó el grupo beneficiario identificado?
- ✧ ¿Qué tipo de servicios recibieron los beneficiarios?
- ✧ ¿Estuvieron satisfechos los beneficiarios con los servicios entregados?
- ✧ ¿Cuál es el costo promedio de la intervención por persona?

La Evaluación Sumativa se define como aquella que busca establecer los efectos alcanzados por una intervención. Este tipo de evaluación se pregunta por el grado en que fueron o no alcanzados los objetivos propuestos, tanto de resultados esperados y de impacto (Grembowski, 2001).

Adicionalmente, se puede distinguir dentro de este tipo de evaluación entre evaluación de resultados y evaluación de impacto. Esta distinción busca especificar la cadena de resultados, diferenciando los resultados directos que tiene y espera tener un programa y los impactos de largo plazo que pueden o no desprenderse de esos resultados.

La evaluación sumativa sólo puede llevarse a cabo una vez que el programa haya finalizado, o, en el caso de intervenciones permanentes, una vez que su implementación lleve el tiempo suficiente para que los cambios esperados se hayan podido manifestar. Las preguntas orientadas a levantar información sobre los resultados de corto plazo pueden plantearse más tempranamente que aquellas dirigidas a los impactos de largo plazo.

Sridharan & Nakaima (2010) contribuyen con otra distinción de enfoques en evaluación de programas e intervenciones de salud que resalta la importancia de establecer con claridad y desde un inicio el tipo de aprendizaje que se quiere obtener. Señalan varios objetivos de aprendizaje que se pueden desprender de una evaluación, entre los que se encuentran:



- ✧ Aprendizaje sobre la política pública (policy learning): Consiste en el intento de visualizar y entender la traducción del marco conceptual de la intervención a su implementación operativa.
- ✧ Aprendizaje organizacional (organizational learning): se enfoca en las estructuras organizacionales que sustentan el programa bajo estudio; qué estructuras operan, cuán adecuadas son y qué tipo de estructura se necesitaría reforzar o agregar para mejorar el funcionamiento del programa.
- ✧ Aprendizaje de proceso: se preocupa por la información sobre los procesos de diseño e implementación de las intervenciones bajo estudio.
- ✧ Aprendizaje sobre barreras: consiste en la observación de barreras que experimenta la intervención en su implementación.
- ✧ Aprendizaje sobre impacto a nivel individual: se centra en la diferencia que una intervención hace sobre la vida de los beneficiarios a quienes se dirigió el trabajo.

Según estos autores definir el marco de aprendizaje que se espera obtener de una evaluación es un paso esencial en un proceso de diseño. Dependiendo de los recursos disponibles y la magnitud del programa, la evaluación puede incluir sólo uno, o una combinación de los marcos de aprendizaje aquí mencionados (Sridharan & Nakaima, 2010).

Otro elemento a considerar en el trabajo de evaluación de programas es el nivel de atribución de cambio que se puede establecer. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la evaluación de programas toma en consideración cambios contextuales y las explicaciones alternativas a los cambios observados, preguntándose así por la posibilidad de atribuir con certeza dichos cambios a la intervención bajo estudio (Organización Mundial de la Salud, 2011). No obstante, no todos los programas e intervenciones de salud son factibles a ser estudiados con métodos experimentales que permiten reducir el riesgo que la asociación entre intervención y resultado se deba a factores distintos a la intervención bajo análisis.

En esta línea, algunos autores plantean que uno de los elementos a considerar para diseñar una evaluación es el grado de certeza con el cual se quiere/puede hacer un juicio de atribución entre resultados e intervención (Habitch, Victora, & Vaughan, 1999); es decir, con cuánta seguridad se puede decir que los resultados observados se deben a la intervención bajo análisis y no a otras causas. En este marco se distingue tres grados de certeza; probabilidad, plausibilidad y adecuación.

Los estudios de plausibilidad y probabilidad buscan reducir el riesgo que la asociación entre intervención y resultado se deba a factores distintos a la intervención bajo análisis. Los estudios de plausibilidad requieren de una distinción entre grupo control y grupo intervención, y los estudios de probabilidad requieren de esta misma distinción más el uso de metodologías de randomización de muestras.

Los estudios de adecuación indagan en la capacidad de los programas en alcanzar los objetivos propuestos según los criterios de éxito establecidos en un inicio. Este tipo de evaluación mide si los indicadores de comportamiento o de salud han mejorado en los beneficiarios de la intervención, ya sea con mediciones longitudinales o de corte transversal. Dado que la inferencia de adecuación se limita a observar los cambios generados por la intervención no se puede afirmar con precisión si se deben a dichas iniciativas o a condiciones secundarias.

Es importante señalar que existe una diferencia entre las evaluaciones de programas y planes de salud en cuanto al alcance que tienen. Una evaluación a nivel de plan de salud es diferente a una evaluación a nivel de programa de salud dado que un plan es un esquema macro de trabajo que se compone a su vez de múltiples programas y proyectos. Bajo esta consideración la literatura revisada sugiere tener en cuenta algunos elementos al momento de realizar evaluaciones de planes de salud, estos se resumen en la siguiente tabla:

**Tabla 2: Desarrollo de una Evaluación. Principales Elementos**

Elementos de Evaluación	Fuente
1 Una evaluación de mitad de período debe cubrir todas las metas mencionadas en la estrategia, incluyendo metas de resultados esperados e impacto, tomando en consideración cambios contextuales.	(Organización Mundial de la Salud, 2011)
2 El análisis del desempeño de servicios de salud y el progreso de indicadores de salud debe complementar dimensiones cuantitativas y cualitativas.	
3 Elementos a incluir en una evaluación: Progreso hacia las metas de la estrategia nacional de salud, equidad, eficiencia, análisis cualitativo de cambios contextuales, comparación ( <i>Benchmarking</i> ).	
4 El monitoreo y evaluación de una estrategia nacional de salud debe estar enfocado principalmente en prioridades locales y a la vez entregar una base para monitoreo global.	(Organización Mundial de la Salud, 2009)
5 El sistema de monitoreo y evaluación debe acoger las necesidades de una diversidad de actores para múltiples propósitos, incluyendo el monitoreo de recursos de programa, procesos y resultados.	

6	<p>Elementos a capturar por el sistema global de monitoreo y evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✧ Indicadores de desempeño en términos de sus sistemas de salud - disponibilidad, acceso, calidad, eficiencia.</li> <li>✧ Indicadores de salud poblacional - estado de salud, satisfacción usuaria, protección financiera.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✧ Variables contextuales.</li> <li>✧ Indicadores de; Recursos y productos del sistema de salud; Cobertura; Factores de riesgo; Estado de salud.</li> <li>✧ Evaluación periódica de la calidad de sus datos.</li> <li>✧ Información cualitativa para responder preguntas de evaluación.</li> </ul>	(Victora, Black, Boerma, & Bryce, 2010)
7	<p>Características de una Evaluación de Mitad de Período:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✧ Integran la evidencia relevante de años anteriores para evaluar el progreso y desempeño del sector salud en general.</li> <li>✧ Debiera analizar la calidad de los datos, patrones de largo plazo, cambios contextuales y consideraciones de equidad.</li> <li>✧ Debiera comparar resultados de nivel nacional con otros países.</li> <li>✧ Debiera ser también una base para el análisis situacional del próximo plan nacional.</li> <li>✧ Debiera ser ejecutada por instituciones locales de salud pública e instituciones académicas en conjunto con aliados internacionales.</li> </ul>	(Organización Mundial de la Salud, 2015)
8	<p>Resultados intermedarios a evaluar en sistemas de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✧ Efectividad</li> <li>✧ Eficiencia</li> <li>✧ Equidad</li> </ul>	(Grembowski, 2001)

Por último, la literatura se refiere también a los actores que deben componer un equipo de trabajo de evaluación. Se señala que dentro de un proceso de evaluación es importante incluir actores externos, instituciones que son independientes a la implementación de programas, ya que su aporte permite aumentar la objetividad en el desarrollo de la evaluación (Organización Mundial de la Salud, 2011) (ej: instituciones académicas y de salud pública).



Subsecretaría de Salud Pública  
División de Planificación Sanitaria

Otros agentes posibles de involucrar son actores internos, que pueden ser funcionarios del Ministerio de Salud representantes de departamentos relevantes, de equipos regionales y otros ministerios que tienen injerencia en temas de salud.

La Organización Mundial de la Salud, por medio de su experiencia de evaluación de mitad de período de la estrategia nacional de Tanzania, reitera la importancia de involucrar a los diversos actores interesados en la evaluación. En esta evaluación se destinaron meses de trabajo para elaborar un diseño que contemplara las diferentes perspectivas de los involucrados (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Los integrantes del equipo deben ser miembros del ministerio de salud, instituciones académicas independientes y agencias internacionales (Organización Mundial de la Salud, 2015). Algunos autores coinciden con lo anterior, señalando que para formar un equipo de evaluación es necesario identificar a quienes harán uso de la información que proveerá el estudio, para entonces incluirlos en el equipo de consulta para incluir adecuadamente sus intereses (Contandriopoulos & Brousselle, 2012). Asimismo, refuerzan la necesidad de procesos participativos que involucren a todos los actores relevantes de los programas bajo evaluación, de modo que sus resultados sean relevantes para ser utilizados en la mejora de los mismos (Habitch, Victora, & Vaughan, 1999).



## **OBJETO DE EVALUACIÓN: ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD**

A mediados del año 2010 en el Ministerio de Salud se iniciaron las labores para formular el plan que orientaría las acciones del sector para la década 2011–2020. “El objetivo general del proceso fue la identificación de los desafío sanitarios de la próxima década y el diseño de las estrategias para su enfrentamiento justo y eficiente” (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2011).

El primer paso fue la definición de Objetivos Sanitarios para la década 2011–2020, para lo cual se tomó en consideración la situación global de salud del país, información que pudo obtenerse de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2010 y de lineamientos levantados en la evaluación de final de periodo de los objetivos 2000–2010. Esto permitió formular los siguientes cuatro objetivos:

1. Mejorar la salud de la población
2. Disminuir las desigualdades en salud
3. Aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud
4. Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias

Para la operacionalización de estos objetivos sanitarios se usó el modelo teórico metodológico de gestión basada en resultados, método “basado en el trabajo de equipo para la planificación programática, centrado en el logro de resultados e impactos definidos y mensurables” (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization – UNESCO, 2011). Además, se utilizó como referencias el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de Salud 2008–2012 y el Plan Estratégico a Plazo Medio de la Organización Mundial de Salud 2008–2013.

Ambos marcos permitieron la priorización de 54 temas para los cuales se analizó su estado de situación actual a nivel nacional, “los esfuerzos realizados en el último tiempo para su abordaje, la identificación de actores relevantes, y por último la presentación de las estrategias seleccionadas” (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2002). Estos temas fueron agrupados en nueve áreas temáticas (ver Figura 2) que se relacionan entre sí y para las que se formularon nueve objetivos estratégicos.

1. Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico.
2. Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.
3. Desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población.
4. Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital.
5. Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos de la salud.

6. Proteger la salud de la población a través del mejoramiento de las condiciones ambientales y de seguridad e inocuidad de los alimentos.
7. Fortalecer la institucionalidad del sector salud.
8. Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas.
9. Fortalecer la respuesta adecuada del sector salud ante emergencias, desastres y epidemias.

**Figura 2: Mapa Conceptual Estrategia Nacional de Salud 2011–2020**



Fuente: Metas 2011 – 2020. Elige Vivir Sano. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011 – 2020. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. 2011.

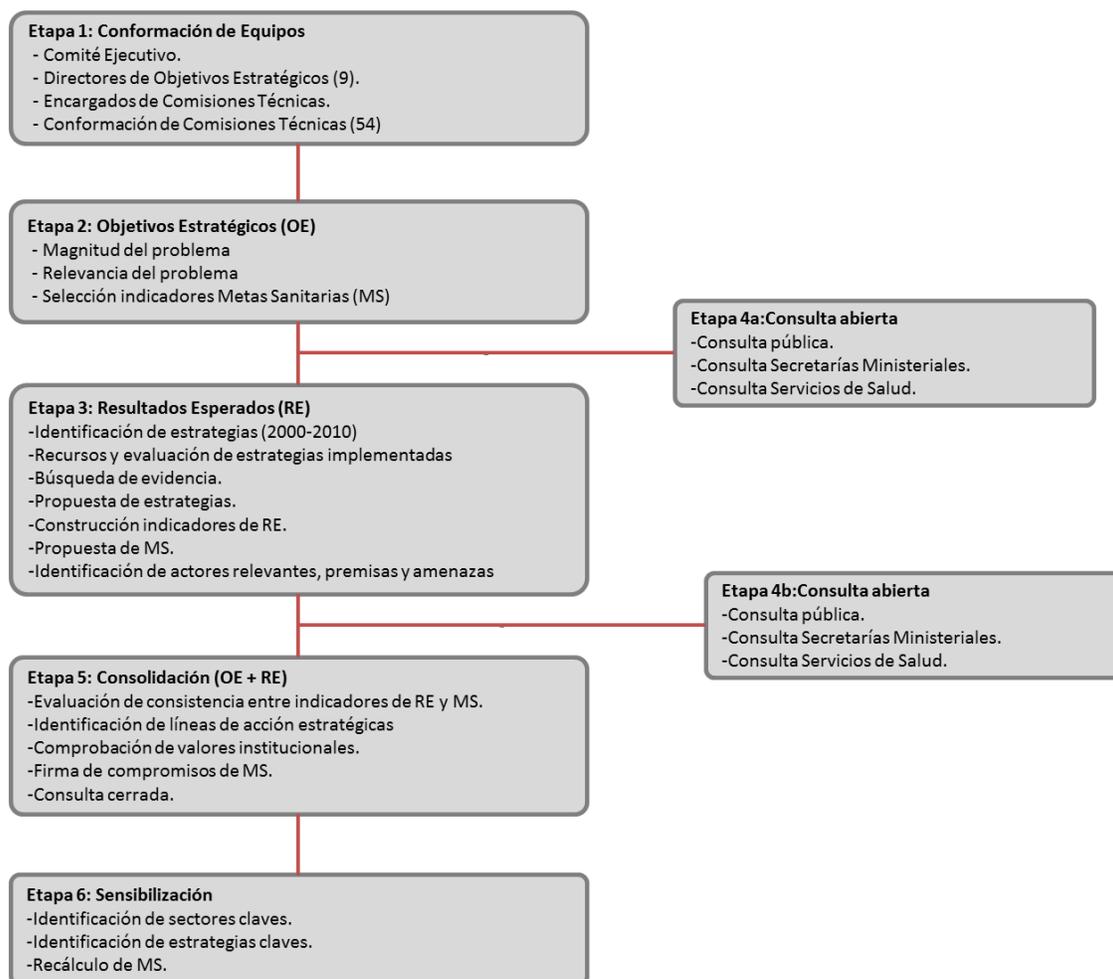
Los temas de cada objetivo estratégico fueron trabajados por equipos, “que fueron liderados por un comité ejecutivo, encargado de la coordinación general” (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2011). Este comité estuvo conformado por profesionales del Ministerio de Salud, Asesores Externos expertos en las materias y representantes de los gabinetes de ambas subsecretarías. En los equipos de trabajo participaron representantes del Ministerio de Salud, instituciones académicas, sociedades científicas, otros ministerios e instituciones del Estado, organizaciones gremiales, asociaciones de usuarios y organizaciones civiles.

Una vez realizada la descripción de cada uno de los temas, su magnitud, relevancia e impacto global, y especificado la meta sanitaria a la que apuntarían se seleccionaron y propusieron estrategias que permitirían su consecución. Estas estrategias se denominaron resultados esperados y se establecieron indicadores para medir su estado de avance.

Para dar validez al trabajo realizado fueron sometidos a consulta los documentos que presentaban los objetivos estratégicos y los resultados esperados de la estrategia nacional de salud. La consulta se realizó a nivel interno, donde hubo representación de SEREMI's, Servicios de Salud, Hospitales y Atención Primaria, como a nivel público, la que incluyó entidades académicas, científicas, otros ministerios, institutos y gremios. Este ejercicio aportó información relevante a la formulación de la estrategia nacional de salud y permitió consolidar el trabajo realizado.

Las fases siguientes de formulación de la estrategia nacional de salud (ver Figura 3) correspondieron a la consolidación y sensibilización de la operacionalización realizada cuyo resultado corresponde a 50 metas sanitarias con sus respectivos indicadores de impacto (64 en total) y resultados esperados medidos mediante 513 indicadores.

**Figura 3: Etapas de Formulación Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020**



Fuente: Metas 2011 - 2020. Elige Vivir Sano. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011 - 2020. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. 2011.



Subsecretaría de Salud Pública  
División de Planificación Sanitaria

Las metas sanitarias son compromisos que deben ser asumidos a nivel país ya que su logro no depende únicamente del sector salud, lo que significa que su consecución requiere de un esfuerzo intersectorial. Esta consideración, tomada en cuenta en la formulación de la estrategia nacional de salud, implicó la realización de un ejercicio que permitiera “aproximarse al impacto potencial del aporte de los otros sectores en el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios” (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2011), resultado de dicho trabajo fue el Índice de Dependencia Intersectorial (INDI) el cual proporcionó información sobre “la vinculación de los diferentes ministerios a cada una de las Metas Sanitarias” (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2011).



## **MODELO DE EVALUACIÓN MITAD DE PERÍODO**

El objeto de esta evaluación presenta una serie de complejidades. Por un lado, es un plan de salud compuesto por una multiplicidad de programas y proyectos de escala nacional con diferentes contextos regionales, que por su horizonte temporal –el transcurso de una década – se da en conjunto con eventualidades políticas, sociales y naturales. Es por esto que, con respecto a las bases epistemológicas de la evaluación, la Evaluación de Mitad de Período se formulará en consideración cercana a la teoría del programa (o plan en este caso) bajo estudio, para poder acoger así su complejidad.

A pesar de la importancia de los modelos de evaluación realista y teoría del cambio, ambos requieren de un grado de precisión dentro de su metodología de análisis que es más adecuado a la evaluación de programas de salud y no así a la evaluación de planes de salud, que contienen una multiplicidad de programas y proyectos. Es por esto que para acoger en esta evaluación los planteamientos centrales de la evaluación basada en la teoría, es decir, que las intervenciones en salud son teorías y por ende, se debe considerar los fundamentos teóricos de una intervención en su evaluación, se adoptó el modelo de evaluación de David Grembowski.

Por otra parte, dicho autor agrega que el éxito de una intervención depende de; 1) cuán adecuado es su fundamento de base para el cambio esperado (teoría de causa y efecto), 2) cuán apropiada es su estrategia de implementación (teoría de implementación) y 3) si la estrategia escogida se implementó como se pretendía en el diseño.

Acogiendo este modelo de evaluación el Departamento Estrategia Nacional de Salud llevó a cabo un proceso de planteamiento y priorización de preguntas de evaluación siguiendo estas sugerencias. Además, y tomando en cuenta los puntos 2 y 3 del párrafo anterior (la pertinencia de la estrategia de implementación y su implementación efectiva) esta evaluación también pretende incluir preguntas sobre diseño e implementación, además de las preguntas de resultados e impactos.

La Evaluación de Mitad de Período, al situarse en el transcurso del plan bajo análisis pero a la vez luego de un transcurso de tiempo suficientemente largo para observar cambios en el estado de salud de la población y de sus determinantes, es una combinación de una evaluación de proceso y una evaluación sumativa.

Se ha priorizado dentro de este modelo una combinación de los marcos de aprendizaje expuestos en la sección anterior; aprendizaje de política pública, aprendizaje organizacional, de proceso, barreras y de impacto individual.

El marco de aprendizaje de nivel individual tiene una acepción distinta en el contexto de la Estrategia Nacional de Salud. La revisión bibliográfica sugiere que los autores se refieren al nivel individual en el



contexto de un programa, probablemente con una población reducida. La Estrategia Nacional por su parte es un paraguas amplio que contiene variadas intervenciones con alcance nacional, por lo que es más adecuado referirse a cambios poblacionales y no de nivel individual. Se rescata este marco de aprendizaje bajo la consideración que se referirá a cambios en el estado de salud y/o sus determinantes, de modo tal que sólo cambia el nivel de análisis pero no la variable estudiada; cambios en el bienestar de las personas. Además, dada la naturaleza de la Estrategia Nacional de Salud, este concepto también puede ser aplicable a organizaciones, siendo que en algunos ejes temáticos los esfuerzos de cambio están orientados a mejorar los servicios de salud (que son en sí mismos un determinante social de la salud) que pueden como consecuencia mejorar la salud de las personas. De esta manera, los cambios en términos de resultados son tanto aplicables a poblaciones como a organizaciones.

Considerando que la acogida de todos estos marcos de aprendizaje puede parecer una tarea inviable, es importante precisar que la profundidad en la que se indagará cada aspecto no es necesariamente igual en todos los niveles. Estos conceptos serán utilizados para orientar las preguntas de evaluación que luego encuadrarán la ejecución de la misma, destacando la importancia de que haya al menos una pregunta orientada a cada uno de estos niveles de aprendizaje.

Este diseño de evaluación considera la integración de todas las estrategias mencionadas para intentar dar cuenta de posibles consecuencias no intencionadas que pueden haber sido gatilladas por la Estrategia Nacional de Salud.

En cuanto al nivel de atribución, la evaluación de mitad de período es un estudio de adecuación que indaga la capacidad de la Estrategia Nacional de Salud de alcanzar los objetivos propuestos. Las limitaciones de este tipo de estudio son dos; 1) dado a que la inferencia de adecuación se limita a observar los cambios generados por la intervención no se puede afirmar con precisión si se deben a dichas iniciativas o a condiciones secundarias y 2) este tipo de evaluación puede subestimar éxitos alcanzados por el programa en caso que su presencia haya mantenido indicadores de salud previos, bajo condiciones socio-ambientales empeoradas, como podría ser el caso de sequía, aumento del desempleo o desastres naturales. Para subsanar la segunda limitación, en el desarrollo de la Evaluación de Mitad de Período se tomarán en consideración aquellos cambios contextuales relevantes que podrían impactar la salud de la población.

**Figura 4: Síntesis Diseño de Evaluación**



El diseño de la evaluación de mitad de período, así como su desarrollo, es coordinado por un equipo de profesionales del Ministerio de Salud y una comisión mixta con expertos de diversas organizaciones. Este modelo de trabajo con diversos actores busca acoger las indicaciones de la literatura en cuanto a la inclusión en el proceso evaluativo de algún grado de participación.

En este sentido y para el caso de la evaluación de mitad de periodo se espera que la inclusión de actores clave de distintos espacios del sector salud en el diseño e implementación de la evaluación, den cuenta de un proceso que en ciertos grados es participativo. Además, el involucramiento de actores externos permite tener visiones que pueden complementar la perspectiva de quienes, por ser parte del organismo



que implementa el objeto mismo bajo evaluación, pueden tener sesgos que limiten el valor del proceso evaluativo.

No se considerará en esta evaluación la participación ciudadana en el diseño de la evaluación por dos motivos; 1) su inclusión y dadas las características de formulación de la Estrategia Nacional de Salud significaría extender los plazos de trabajo más allá de lo estimado para tener resultados de modo oportuno (esto obedece a una decisión política) y 2) la insuficiente instalación de la Estrategia Nacional de Salud en la ciudadanía durante su proceso de diseño e implementación limita la factibilidad de incluirla en un proceso participativo significativo (lo que obedece a una decisión técnica informada por referentes clave de la Estrategia Nacional del Salud).

## RESUMEN

Desde un enfoque de evaluación basada en la teoría, la evaluación de mitad de período se ha diseñado en base a la formulación de preguntas de evaluación que respondan a los supuestos fundacionales de la planificación basada en resultados y la Estrategia Nacional de Salud.

Las preguntas de evaluación definidas apuntarán a los aspectos que permitan adquirir un aprendizaje sobre la coherencia y consistencia de la política pública y su implementación, las barreras experimentadas en el proceso de trabajo y las organizaciones que se involucran en él.

A nivel de aprendizaje organizacional y poblacional se levantará información que indique los resultados e impactos alcanzados, tanto intencionados como no intencionados.

El nivel de certeza con el que se intentará atribuir los resultados e impactos obtenidos será de adecuación, dada la inexistencia de grupos de control.

La evaluación de mitad de periodo incluirá métodos y metodologías mixtas y considerará cambios contextuales relevantes.

La evaluación se hará en conjunto con actores internos y externos al Ministerio de Salud. También indagará en los procesos de monitoreo y evaluación de la Estrategia Nacional para mejorar estos esfuerzos a futuro.

Todo lo anterior, será un insumo para el desarrollo del próximo plan, sin ser éste el objetivo final de la evaluación.



## **METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN**

Acogiendo el modelo de evaluación definido, el Departamento de Estrategia Nacional de Salud llevó a cabo un proceso de planteamiento y priorización de preguntas de evaluación. Tal como fue mencionado antes, la evaluación de mitad de periodo se centra en un plan nacional de salud, y no así en un programa específico, por lo que la relación de cambio entre una acción y sus efectos esperados (a los que apunta la teoría de causa y efecto) debe adaptarse hacia una mirada más allá del uno a uno para visualizar de un modo global los pilares que atraviesan la estrategia de modo transversal.

Si bien la Estrategia Nacional de Salud fue concebida teniendo en cuenta la relación causa - efecto a través de la cadena de resultados, su desarrollo particular en cada uno de los objetivos y temas de trabajo se reconocen con cierto grado de dificultad. Al observar dicha relación a nivel macro, objetivos de impacto y objetivos sanitarios, la cadena de resultados es difusa, perdiendo en cierto grado la lógica subyacente a la teoría causa - efecto.

Dado que la evaluación de mitad de periodo se centra en el plan y no en los programas específicos que lo componen, la identificación de teoría de programa no se efectúa a nivel de programa (lo que queda fuera de los alcances de esta evaluación). Sin embargo, en base a los resultados que se obtengan se pueden levantar sugerencias sobre programas que es recomendable evaluar según el avance de sus objetivos de impacto.

La teoría del plan para el caso de esta evaluación serán los pilares transversales a la estrategia nacional de salud. Éstos fueron extraídos en base a documentos históricos que hablan sobre los fundamentos centrales de la estrategia. En particular, estos cimientos fueron recogidos del documento base de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2011) y un foro de salud organizado por la Organización Mundial de Salud y la Organización Panamericana de la Salud, en conjunto con el Ministerio de Salud en el año 2012.

En dicho foro quien tuviera el rol de Secretario Ejecutivo de la Elaboración de la Estrategia Nacional de Salud durante los años 2010 y 2011, Pedro Zitko, plantea que hay "cinco principios esenciales de la Estrategia Nacional de Salud; equidad, calidad, participación, eficiencia e intersectorialidad" (OMS & OPS, 2012, minuta de jornada).

Para efecto de la presente evaluación dichos principios fueron diferenciados entre 'principios rectores' y 'criterios'. La diferencia entre éstos radica en que los principios rectores son aquellos conceptos que la Estrategia Nacional busca transversalizar en el quehacer del sector salud por lo tanto debieran estar contenidos en todos sus objetivos estratégicos (actuales ejes estratégicos), mientras que los criterios

son conceptos que señalan los aspectos centrales a evaluar en estos principios, a través de los cuales se emitirán los juicios y serán orientadores de las preguntas de evaluación.

En base a estos principios, criterios y niveles (impacto, resultado, diseño e implementación) se diseñó una matriz que debía orientar el desarrollo de preguntas de evaluación (figura N°5). La consideración de los objetivos de la intervención para el planteamiento de preguntas vendrá en una etapa posterior del diseño de evaluación, cuando las preguntas directrices se especifiquen (cuando aplique) a cada uno de los ejes y temas de salud contemplados dentro de la Estrategia.

**Figura 5: Matriz preguntas de evaluación**

		PRINCIPIOS RECTORES			NIVEL
		EQUIDAD	PARTICIPACIÓN	INTERSECTORIALIDAD	
CRITERIOS	Efectividad				IMPACTO
	Eficiencia				RESULTADOS ESPERADOS
	Relevancia				DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN
	Coherenci				
	Otros:				

A partir de esta matriz se definieron preguntas de evaluación (ver anexo N°1), contempladas también dentro de los objetivos generales y específicos de la evaluación de mitad de período. Estas preguntas se desarrollaron con la intención de abarcar todos los aspectos importantes de la estrategia nacional de salud. Debido a la inviabilidad de que una evaluación responda a todas las preguntas relevantes que sean de interés (sobre todo si los resultados quieren obtenerse de modo oportuno para la toma de decisiones) se debe hacer una priorización posterior de preguntas.



Subsecretaría de Salud Pública  
División de Planificación Sanitaria

El proceso de priorización se hizo de modo participativo considerando los intereses de diversos actores involucrados en la Estrategia Nacional de Salud; referentes de nivel central y referentes regionales. Este ejercicio también fue realizado por el grupo de trabajo interno, lo que viene a representar los intereses de todas las divisiones del Ministerio de Salud, y se espera realizar con el grupo de trabajo externo para establecer las preguntas que serán finalmente priorizadas.

Las preguntas hasta ahora priorizadas por los actores mencionados se enuncian a continuación. Para determinar su inclusión en el listado se ha considerado como punto de corte cinco menciones en cada ejercicio realizado (es decir, haber sido escogida como pregunta prioritaria por al menos cinco actores involucrados en el proceso).

**Tabla N°3: Preguntas de evaluación priorizadas hasta la fecha**

- 1 Los indicadores establecidos para medir los resultados del trabajo de la ENS, ¿reflejan con cabalidad los temas relevantes de salud de la población y su proceso?
- 2 ¿Cuál es el grado de avance en los resultados esperados para el cumplimiento de los objetivos de impacto de la década?
- 3 ¿Cuál es el grado de avance en el cumplimiento de los objetivos de impacto de la década?
- 4 Visibilidad: ¿Es conocida la ENS dentro del sector? ¿Se entiende adecuadamente lo que es la ENS? ¿Cómo es percibida la ENS dentro y fuera del sector salud, en términos de su contribución al trabajo en salud, su pertinencia y apertura al intersector?
- 5 El diseño de la estrategia nacional de salud, en sus objetivos específicos, ¿contiene diseños de acciones orientadas directamente a reducir la inequidad?
- 6 ¿Logra el monitoreo levantar información de modo oportuno para contribuir a la mejora continua de estrategias?
- 7 ¿Qué dificultades se han evidenciado en la articulación del intersector?
- 8 ¿Cuán apropiadamente se ha logrado adaptar en la ENS a nivel local, considerando su realidad cultural, necesidades particulares y recursos?
- 9 ¿Existen indicadores adecuados y completos que logren captar el rango de distribución de salud y enfermedad en subgrupos poblacionales pertinentes?
- 10 ¿Existen mecanismos establecidos para la pesquisa de necesidades emergentes de salud?
- 11 ¿Hay contrapartes de la ENS en todos los sectores y niveles relevantes?



Para poder determinar finalmente el listado de preguntas priorizadas que serán incluidas como preguntas de evaluación es importante que el ejercicio de priorización sea realizado por el grupo de trabajo externo. Una vez realizado este ejercicio cada pregunta será incluida en la matriz de preguntas de evaluación, acción que permitirá reconocer si cada uno de los principios rectores y criterios están siendo considerados.

Para responder las preguntas de evaluación se realizará una compra de servicios, por lo que se espera una propuesta metodológica de parte del proveedor que deberá ser consensuada con la comisión mixta de evaluación de mitad de periodo. No obstante lo anterior, a continuación se presenta una propuesta metodológica para dar respuesta a cada una de las preguntas hasta ahora priorizada.

<b>Metodología Sugerida por Pregunta de Evaluación</b>			
<b>Pregunta</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Indicador</b>	<b>Recolección de Datos</b>
Los indicadores establecidos para medir los resultados del trabajo de la ENS, ¿reflejan con cabalidad los temas relevantes de salud de la población y su proceso?	Cualitativo	Pertinencia y transparencia de indicadores	Revisión de documentación Entrevista a actores clave; equipos técnicos, locales y expertos externos
¿Cuál es el grado de avance en los resultados esperados para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década?	Cuantitativo	Ver Tabla Indicadores	Ver Ficha Técnica Indicadores Tabla disponible a continuación
¿Cuál es el grado de avance en el cumplimiento de los objetivos de impacto?	Cuantitativo	Ver Tabla Indicadores	Ver Ficha Técnica Indicadores Tabla disponible a continuación
Visibilidad: ¿Es conocida la ENS dentro del sector? ¿Se entiende adecuadamente lo que es la ENS? ¿Cómo es percibida la ENS dentro y fuera del sector salud, en términos de su contribución al trabajo en salud, su pertinencia, apertura diferentes niveles organizacionales y al intersector?	Cualitativo	Percepción de actores clave con respecto a la contribución de la ENS al trabajo en salud, pertinencia de su diseño, apertura (en términos de inclusión de las diversas necesidades y experiencias) de actores del sector y fuera del sector salud	Entrevista a actores clave; equipos técnicos, locales, referentes sector y referentes o contactos intersector Encuesta
El diseño de la estrategia nacional de salud, en sus objetivos específicos, ¿contiene diseños de acciones orientadas directamente a reducir la inequidad?	Cuantitativo	Proporción de temas de salud que tienen diseño de acciones orientadas directamente a reducir la inequidad	Revisión de documentación Consulta equipos técnicos
	Cualitativo	Descripción de estrategias destinadas a reducir la brecha de salud	Entrevista actores clave
¿Logra el monitoreo levantar información de modo oportuno para contribuir a la mejora continua de estrategias?	Cualitativo		Entrevista a actores clave



¿Qué dificultades se han evidenciado en la articulación del intersector?	Cualitativo	Descripción de; estrategias de trabajo intersectorial (nivel de intervención <sup>4</sup> ), procesos de colaboración (orgánica, contactos, presupuestos)	Revisión de documentación Consulta con equipos técnicos Entrevistas con contrapartes intersectoriales Encuesta
¿Cuán apropiadamente se ha logrado adaptar la estrategia nacional de salud a nivel local, considerando su realidad cultural, necesidades particulares y recursos?	Cualitativo		Entrevista a actores clave: SEREMI, referentes regionales ENS.
¿Existen mecanismos establecidos para la pesquisa de necesidades emergentes de salud?	Cualitativo		Entrevista a actores clave
¿Hay contrapartes de la ENS en todos los sectores y niveles relevantes?	Cuantitativo	Cantidad y espacio de trabajo de contrapartes ENS	Catastro de representantes con información de actores clave
	Cualitativo	Percepción de suficiencia de espacios representados por contrapartes	Entrevista con actores clave Encuesta

Esta propuesta sugerida da cuenta que para dar respuesta a las preguntas de evaluación es necesario trabajar con metodologías cualitativas y cuantitativas, las que se espera enriquezcan el proceso de producción e información de la evaluación de mitad de periodo de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.

<sup>4</sup> Los niveles de intervención se pueden distinguir siguiendo la clasificación de las líneas estratégicas de la promoción de la salud; habilidades personales, ambiente construido, política pública, fortalecimiento comunitario, reorientar los servicios de salud.



## ANEXOS

### ANEXO N°1: Listado de Preguntas formuladas para priorización

- 1) ¿Cuál es el grado de avance en el cumplimiento de los objetivos de impacto de la década?
- 2) ¿Se observan diferencias entre subgrupos poblacionales en términos de avances en el cumplimiento de los objetivos de impacto de la década?
- 3) ¿Cuál es el grado de avance en los resultados esperados para el cumplimiento de los objetivos de impacto de la década?
- 4) ¿Se observan diferencias entre subgrupos poblacionales en los resultados esperados?
- 5) ¿Qué innovaciones ha habido en la implementación de la ENS desde inicio del período 2010-2020 hasta esta evaluación de mitad de período?
- 6) ¿Qué líneas de trabajo de promoción y prevención de salud se consideran dentro de la ENS?  
¿Cómo están siendo evaluadas?
- 7) ¿Qué porcentaje del presupuesto se destina a trabajo en promoción y prevención de salud?
- 8) ¿Los gastos incurridos, han sido distribuidos de un modo tal que permita un progreso equilibrado en todos sus objetivos específicos?
- 9) ¿Permiten los procesos de adquisición de fondos dar respuesta a las necesidades emergentes de modo oportuno?
- 10) ¿Hay contrapartes de la ENS en todos los sectores y niveles relevantes?
- 11) ¿Hay comunicación efectiva (oportuna, clara, completa) entre las contrapartes de la ENS?
- 12) ¿Cómo se han desempeñado los referentes de la ENS?
- 13) ¿Hay líneas de trabajo que incluyan específicamente un plan de acción para la inclusión del intersector en su trabajo? ¿Cuáles? ¿Cómo?
- 14) ¿Con qué procesos se ha articulado el trabajo intersectorial?
- 15) ¿Qué dificultades se han evidenciado en la articulación del intersector?
- 16) ¿Cuán apropiadamente se ha logrado adaptar la estrategia nacional de salud a nivel local, considerando su realidad cultural, necesidades particulares y recursos?
- 17) El diseño de la estrategia nacional de salud, en sus objetivos específicos, ¿contiene diseños de acciones orientadas directamente a reducir la inequidad?
- 18) ¿Cuál ha sido el aporte del intersector en el avance hacia los objetivos sanitarios?



- 19) ¿Cuál es el potencial aporte del intersector en el avance hacia los objetivos sanitarios?
- 20) ¿Qué recursos son necesarios (humanos, organizacionales, económicos, técnicos) para potenciar la alianza intersectorial?
- 21) ¿Ha habido participación ciudadana en las acciones relacionada a la ENS?
- 22) ¿Cuál fue la metodología de diseño de la estrategia nacional de salud y la implementación de dicha metodología?
- 23) ¿Hubo participación ciudadana en el proceso de diseño y planificación de la ENS?
- 24) En caso de haber, ¿qué tipo de participación ciudadana se tuvo? ¿se ve adecuadamente reflejada en el diseño de la ENS?
- 25) ¿Confluyen armónicamente las diferentes líneas de acción de la ENS hacia los objetivos propuestos?
- 26) ¿Qué avances ha habido en el sistema de monitoreo y evaluación de la ENS?
- 27) Los indicadores establecidos para medir los resultados del trabajo de la ENS, ¿reflejan con cabalidad los temas relevantes de salud de la población y su proceso?
- 28) ¿Existen indicadores adecuados y completos que logren captar el rango de distribución de salud y enfermedad en subgrupos poblacionales pertinentes?
- 29) ¿Logra el monitoreo levantar información de modo oportuno para contribuir a la mejora continua de estrategias?
- 30) ¿Existen mecanismos establecidos para la pesquisa de necesidades emergentes de salud?
- 31) ¿Existen instancias de evaluación participativa de la ENS o sus componentes (objetivos específicos)?
- 32) ¿Se utilizan todos los datos recogidos por el sector salud con fines de monitoreo y evaluación?
- 33) ¿Hay acceso a datos provenientes del intersector sobre temas relevantes para salud con fines de monitoreo y evaluación?
- 34) Visibilidad: ¿Es conocida la ENS dentro del sector? ¿Se entiende adecuadamente lo que es la ENS? ¿Cómo es percibida la ENS dentro y fuera del sector salud, en términos de su contribución al trabajo en salud, su pertinencia y apertura al intersector?



## ANEXO N°2: Indicadores Cuantitativos de Impacto

Eje Estratégico	Tema	Objetivo Impacto	Indicador	
<b>Información a desagregar por variables demográficas y socioeconómicas según disponibilidad en bases de datos: Ingreso económico, nivel educacional, ubicación geográfica (región, urbano – rural) sexo, edad.</b>				
1	VIH/SIDA	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Tasa de mortalidad por Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	
	Tuberculosis	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Tasa de incidencia de tuberculosis	
	Enfermedades Transmisibles en eliminación	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Número de casos secundarios de Poliomieltis por virus salvaje; sarampión; rubeola congénita y cólera	
	Infecciones Respiratorias Agudas	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas	
	Zoonosis	Disminuir la carga de enfermedad asociada a las enfermedades zoonóticas y vectoriales según macrozona.	Número de casos autóctonos de dengue y malaria en Chile continental. Número de casos autóctonos de rabia humana transmitida por el perro (V1 y V2) Porcentaje de menores de un año con enfermedad de Chagas congénita que terminan* tratamiento farmacológico.	
2	Enfermedades Cardiovasculares	Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Sobrevivencia al 1er año por IAM	
			Sobrevivencia al 1er año por ACV	
	Enfermedades No Transmisibles, Violencia y Discapacidad	Diabetes Mellitus	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mortalidad prematura por Diabetes Mellitus (30-69 años)
		Enfermedad Renal Crónica	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Tasa de incidencia de tratamiento de sustitución renal
		Cáncer	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Tasa ajustada anual de mortalidad por Cáncer.
		Enfermedad Respiratoria Crónica	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Tasa estimada anual de mortalidad por Enfermedades Respiratorias Crónicas.
		Salud Mental	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Promedio de días pagados por cotizante de licencias médicas curativas por causas asociadas a trastornos mentales (CIE-10: F00-F99) Porcentaje de personas con discapacidad por trastorno mental con dificultades para su cuidado personal
	Discapacidad	Disminuir la discapacidad	Media estimada de puntaje de discapacidad.	
	Salud Bucal	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	Prevalencia de libres de caries* en niños de 6 años.	
			Promedio de dientes dañados por caries* en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal	
Accidentes de tránsito	Reducir la mortalidad por accidentes de tránsito	Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito asociados a consumo de alcohol		

			Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito asociados a velocidad imprudente (no asociada al consumo de alcohol)
	Violencia de género	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Tasa anual* de delitos VIF* contra mujeres mayores de edad
			Tasa anual* de delitos VIF* contra mujeres menores de edad
			Tasa anual* de femicidios en mayores de edad
	Factores protectores	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Prevalencia de al menos 5 factores protectores , en población mayor a 15 años: No fumar, IMC <25, actividad física regular, al menos 5 porciones de frutas y verduras, consumo de OH sin riesgo, PA <120/80 mm Hg, Col total < 200 mg/dl, glicemia bajo 100 mg/dl
3	Hábitos de vida		
	Consumo de Tabaco	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Prevalencia de consumo de tabaco último mes en población de 12 a 64 años
	Consumo de riesgo de Alcohol	Reducir el consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años	Prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años.
	Sobrepeso y Obesidad	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Prevalencia de obesidad en menores de 6 años (en el sistema público de salud)
	Actividad física	Aumentar la prevalencia de práctica de actividad física en niños, adolescentes y jóvenes	Prevalencia de actividad física suficiente* en población entre 5 a 24 años
	Conducta Sexual segura	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Prevalencia de uso consistente de condón en población de 15 a 19 años, activos sexualmente
	Consumo de Drogas Ilícitas	Disminuir la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en población de 15 a 24 años	Prevalencia de consumo de drogas ilícitas* durante último año en población de 15 a 24 años
	Salud Perinatal	Disminuir la mortalidad perinatal	Tasa de mortalidad perinatal*
	Salud Infantil	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevalencia de rezago en población* menor de 5 años
4	Curso de Vida		
	Suicidio Adolescente	Disminuir la mortalidad por suicidio en adolescentes	Tasa de mortalidad por suicidio en población de 10 a 19 años.
	Embarazo Adolescente	Disminuir el embarazo adolescente	Tasa de fecundidad de mujeres de 10 a 19 años
	Accidentes del trabajo	Disminuir la mortalidad por accidentes del trabajo	Tasa promedio de los últimos 3 años, de mortalidad por accidentes del trabajo
	Enfermedades Profesionales	Disminuir la incapacidad laboral por enfermedades profesionales	Tasa de días perdidos por exposición a riesgos específicos protocolizados*
	Salud de la Mujer Climatérica	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Porcentaje de mujeres climatéricas bajo control, con MRS aplicado, con puntaje menor a 15 puntos
	Salud del Adulto Mayor	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Media de puntaje de discapacidad en población de 65 a 80 años
5	Equidad y Salud en Todas las Políticas		
	Pueblos Indígenas	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Tasa de mortalidad por TBC en población indígena en regiones seleccionadas*



	Inequidades de Género	Disminuir las desigualdades de género en el ámbito de salud.	Brecha de carga de enfermedad (AVISA) entre hombres y mujeres
6	Medio Ambiente e Inocuidad Alimentaria	Contaminación Atmosférica	Porcentaje de la población que identifica problemas de contaminación del aire* en su localidad
		Residuos Sólidos	Mejorar la calidad de vida de las personas asociada a las condiciones sanitario ambientales Porcentaje de la población que identifica problemas asociados a la presencia de microbasurales* en su localidad
		Uso de Aguas	Porcentaje de población del país con acceso a agua potable reglamentaria
		Uso de Aguas	Porcentaje de población del país con acceso a disposición de aguas servidas reglamentaria
		Entorno Urbano	Porcentaje de personas que perciben falta de áreas verdes en su barrio o localidad
		Enfermedades Transmitidas por alimentos	Disminuir los brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos Tasa promedio de los últimos 3 años de hospitalización por enfermedades transmitidas por alimentos en brote.
7	Fortalecer el Sistema Sanitario	Sistemas de Información	Mejorar la disponibilidad, oportunidad y validez de la información en salud Porcentaje de establecimientos* que tributan información de manera efectiva a la Historia Clínica Compartida
		Investigación en Salud	Aumentar la investigación en salud en Chile que genera mejor salud, equidad y eficiencia en las políticas públicas Porcentaje de proyectos de investigación financiados con fondos públicos (Fonis, Fondef, etc.) que presentan una traducción en políticas públicas.
		Recursos Humanos	Mejorar la gestión del personal del sector salud Densidad de profesionales nucleares (médico, matrón y enfermera), en el Sector Público de Salud. Porcentaje de funcionarios de la Subsecretaría de Salud Pública con resultados de "Riesgo bajo" en todas las dimensiones de Riesgo Psicosocial
		Gestión Financiera	Fortalecer el financiamiento del sector Porcentaje del gasto de bolsillo sobre el gasto total en salud Porcentaje de Servicios de Salud cuyos hospitales logran relación ingresos devengados/gastos devengados mayor o igual a uno. Porcentaje del gasto de bolsillo sobre el gasto total en salud
		Infraestructura	Mejorar, normalizar y reponer la infraestructura del sector salud Número de hospitales en operación, con mejoramiento, normalización y/o reposición Número de centros de AP en operación, con mejoramiento, normalización y/o reposición
		Gobernanza y Participación	Fortalecer la participación ciudadana en los procesos de toma de decisiones en el sector salud Porcentaje anual de las SEREMI y Servicios de Salud que implementan al menos una consultas ciudadana* en las políticas públicas de salud, al menos una vez al año
		Salud internacional	Mantener la participación y cooperación internacional en salud Porcentaje de contrapartes técnicas que participan en actividades de la agenda y la cooperación internacional
		Efectividad de procesos	Mejorar la efectividad de la atención de salud de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles Tasa de hospitalizaciones por Insuficiencia Cardíaca congestiva (ICC) Tasa de hospitalizaciones por Infarto agudo al miocardio (IAM) en hombres menores de 50 años
8	Calidad de la Seguridad de la	Aumentar la seguridad en la	Tasa de neumonía asociada a uso de ventilación



Subsecretaría de Salud Pública  
División de Planificación Sanitaria

Atención		atención de salud	atención de salud	mecánica
	Fármacos	Mejorar la calidad de medicamentos.		Porcentaje de medicamentos priorizados* que cumplen con las características de calidad definidas.
	Satisfacción Usuaría	Mejorar la satisfacción Usuaría		Indice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de Centros de Atención Primaria igual o menor a 18,6%
				Indice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de Centros de Atención Primaria igual o menor a 18,6%
				Porcentaje de usuarios satisfechos* con la atención** en las Oficina de informaciones, reclamos y sugerencias del Ministerio de Salud
9	Emergencias y Desastres	Emergencias, Desastres y Epidemias	Fortalecer la respuesta del sector salud ante emergencias, desastres y epidemias	Porcentaje de desastres* en los cuales la tasa bruta de mortalidad regresa dentro de los 3 meses al nivel de referencia aceptable (niveles anteriores al desastre).

## ANEXO N°3: Indicadores Cuantitativos de Resultados Esperados

Objetivo Estratégico	Tema	RESULTADOS ESPERADOS	
		Indicador	Resultado Esperado
Información a desagregar por variables demográficas y socioeconómicas según disponibilidad en bases de datos: Ingreso económico, nivel educacional, ubicación geográfica (región, urbano – rural) sexo, edad.			
Enfermedades Transmisibles	VIH/SIDA	RE 1 Detección e Ingreso Precoz a Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de población homosexual, que declara haberse realizado el examen VIH alguna vez en la vida</li> <li>Porcentaje de personas que inician tratamiento antirretroviral, que presentan CD4 basal menor de 100 células/mm<sup>3</sup></li> <li>Proporción anual de SEREMI, que cuentan con estrategias de Promoción de toma de examen en población de riesgo incorporadas en su Respuesta Regional Integrada de Prevención*</li> </ul>
		RE 2 Adherencia a Control y Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sobrevivida a tres años de personas que inician tratamiento antirretroviral</li> <li>Porcentaje de personas en tratamiento antirretroviral, que mantiene niveles de Alta Adherencia</li> <li>Global*, a los 24 meses después del inicio de la terapia</li> <li>Proporción anual de SS que implementan Modelo de priorización y focalización*, en personas en terapia con riesgo de abandono*</li> </ul>
		RE 3 Programa VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientaciones Técnicas* del Modelo de Atención Integral, revisadas/evaluadas al menos cada 5 años</li> <li>Porcentaje de horas medicas de nivel secundario, que son establecidas por el Modelo de Atención</li> <li>Integral de VIH/SIDA *, por SS seleccionados</li> </ul>
Tuberculosis		RE 1 Cobertura de Inmunización	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tasa anual de recién nacidos vivos, que reciben vacunación BCG, por SS</li> </ul>
		RE 2 Detección Precoz	<ul style="list-style-type: none"> <li>Razón de Incidencia Observada versus Esperada de casos pulmonares con baciloscopia o cultivo</li> <li>Positivo</li> <li>Tasa anual de baciloscopia de diagnóstico por consultas ambulatorias de adultos en SS Priorizados*, por SS</li> <li>Porcentaje anual de contactos censados, que son estudiados completamente*, por SS</li> </ul>
		RE 3 Adherencia a Control y Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje anual pacientes ingresados por TBC, que reciben alta de tratamiento completo*, por SS</li> <li>Proporción anual de SS priorizados*, que cuentan con proyectos de adherencia y localización de casos generados en forma participativa</li> </ul>
		RE 4 Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje anual de establecimientos de salud que cuentan con al menos 1 profesional y 1 técnico paramédico capacitados* en la norma técnica del programa de tuberculosis, durante los últimos 5 años, por SS</li> </ul>
Enfermedades seleccionadas		RE 1 Capacidad de Alerta y Respuesta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporción anual de Centros de Enlace operativos* 24/7</li> <li>Número anual de Planes de Contingencia* para enfermedades priorizadas por macro zona (cólera, malaria, dengue, influenza, otros), actualizados al menos cada 5 años, por SEREMI</li> <li>Número anual de Planes de Contingencia* para enfermedades priorizadas por macro zonas, evaluados mediante simulaciones y/o simulacros cada 5 años, por SEREMI</li> </ul>

- Porcentaje anual de casos sospechosos notificados de sarampión rubeola, que cuentan con muestra serológica para estudio de laboratorio
- Porcentaje anual de casos importados de sarampión, que reciben medidas de bloqueo en contactos
- Porcentaje anual de casos de zoonosis priorizadas (hanta, carbunco, brucelosis, triquinosis), que cuentan con investigación epidemiológica y ambiental, por SEREMI
- Guía de Vigilancia Epidemiológica de enfermedades incluidas en el decreto ENO\*, actualizadas al menos cada 3 años
- Porcentaje anual de acuerdos/informes de la participación del MINSA L en iniciativas subregionales comprometidas\* (MERCOSUR , ORAS -ConHU, REDIPRA , INCOSUR , UNASUR , OPS, Inmunoprevenibles, otras)

#### RE 2 Cobertura de Inmunización

- Porcentaje anual de comunas que cumplen con tasa de esquema completo de vacunación en menores de 1 año según decreto vigente (Sarampión- Rubeola; Difteria, Polio), por SEREMI

#### RE 3 Comunicación de Riesgos

- Proporción anual de Campanas Comunicacionales de enfermedades entéricas, mariscos y hantavirus, realizadas en forma oportuna\*
- Porcentaje anual de Campanas Comunicacionales evaluadas en forma participativa\*, al menos cada 5 años

Infecciones  
Respiratorias  
Agudas

#### RE 1 Cobertura de Inmunización

- Tasa anual de adultos mayores (65 años y mas) que reciben vacunación anti-influenza, por SS
- Tasa anual de adultos mayores (65 años y más), que reciben vacunación anti-neumocócica, por SS
- Tasa anual de menores de 1 año, que reciben vacunación anti-neumocócica por SS

#### RE 2 Calidad de la Atención

- Tasa de mortalidad ajustada por neumonía
- Porcentaje anual de centros de AP que cumplen con el 90% de visitas domiciliarias a niños y niñas con riesgo elevado de morir por bronconeumonía\* en menores de un año, por SS
- 2.3 Porcentaje anual de pacientes con diagnóstico de neumonía, que reciben control en AP dentro de las 48 horas, por SS
- 2.4 Porcentaje anual de auditorías realizadas a casos de pacientes menores de 15 años que fallecen en su domicilio por neumonía, por SS
- 2.5 Porcentaje anual de auditorías realizadas a casos de pacientes entre 15 a 80 años que fallecen en su domicilio por neumonía, por SS

Enfermedades no  
Transmisibles

Enfermedades  
Cardiovasculares

#### RE 1 Oportunidad de la Atención

- Porcentaje de personas de 35 años y más, que conocen síntomas de IAM y AC V, por SS
- Tiempo promedio anual entre consulta por IAM e inicio de la reperfusión, por SS
- Tiempo promedio anual entre consulta por AC V e inicio de la reperfusión, por SS
- Programa de Comunicación Social\* con contenidos de reconocimiento de síntomas de IAM y AC V, evaluado al menos cada 3 años

#### RE 2 Calidad de la Atención del ACV

- Porcentaje anual de hospitales de alta complejidad, que cuentan con al menos un neurólogo en servicios de urgencia 24/7, por SS
- Porcentaje anual de hospitales de baja y mediana complejidad, que cuentan con sistema de consulta a neurólogo a través de telemedicina\*, por SS

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje anual de hospitales de alta complejidad, que cuentan con Unidad de Tratamiento de Ataque Cerebral*, por SS</li> <li>• Porcentaje anual de pacientes egresados de hospitales con ACV hemorrágico agudo, que son atendidos de acuerdo a estándares de atención de GPC, por SS</li> <li>• Porcentaje anual de pacientes egresados de hospitales con ACV isquémicos, que son atendidos de acuerdo a estándares de atención de GPC por SS</li> </ul>
	<p>RE 3 Prevención Secundaria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje anual de pacientes con AC V o IAM hospitalizados, que reciben Intervención Educativa en adherencia al tratamiento previo al alta, por SS.</li> <li>• Porcentaje anual de egresos hospitalarios con AC V o IAM, que reciben evaluación en AP dentro de los primeros 3 meses post alta, según protocolo de guía clínica, por SS</li> </ul>
	<p>RE 4 Sistema de Información</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasa anual de pacientes ingresados a garantía GES por IAM en centro centinelas, que cuentan con registro de información clínica*</li> <li>• Tasa anual de pacientes ingresados a garantía GES por AC V, en centro centinelas que cuentan con registro de información clínica*</li> </ul>
Hipertensión Arterial	<p>RE 1 Calidad de la Atención</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de personas con presión arterial elevada que conocen su condición</li> <li>• Porcentaje de personas con presión arterial elevada que reportan estar en tratamiento</li> <li>• Porcentaje anual de personas hipertensas bajo control en PSCV con presión arterial &lt;140/90 mm Hg</li> <li>• Porcentaje anual de establecimientos AP que cuentan con al menos un profesional certificado* en toma de presión arterial, por SS</li> <li>• Tasa anual de personas que asisten a taller motivacional sobre cambios en estilo de vida, por personas hipertensas que ingresan al PSCV, por SS</li> <li>• Porcentaje anual de establecimientos AP, que evalúan adherencia a tratamiento* en pacientes hipertensos con riesgo cardiovascular alto o muy alto, por SS</li> </ul>
Diabetes Mellitus	<p>RE 1 Prevención secundaria y Control</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasa anual de egresos hospitalarios por amputaciones por pie diabético (vasculopatía periférica en diabéticos)</li> <li>• Porcentaje anual de pacientes diabéticos bajo control en PSCV, que cuentan con al menos dos exámenes de Hb A1c dentro del año, por SS</li> <li>• Porcentaje anual de pacientes diabéticos que ingresan al PSCV, que cuentan con examen de fondo de ojo dentro del primer año desde de la fecha del diagnóstico, por SS</li> <li>• Porcentaje anual de pacientes diabéticos bajo control en PSCV, que cuentan con al menos dos mediciones de presión arterial dentro del año, por SS</li> <li>• Porcentaje anual de pacientes diabéticos bajo control en PSCV, que cuentan con al menos un examen de colesterol LDL dentro del año, por SS</li> <li>• Porcentaje anual de pacientes diabéticos bajo control evaluados con el QUA LIDIAB-Chile u otro sistema que evalúe la calidad de la atención de salud</li> </ul>
Enfermedad Renal Crónica	<p>RE 1 Control y Manejo Clínico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje anual de pacientes que ingresan a hemodiálisis con fistula arteriovenosa (FAV)</li> <li>• Porcentaje Anual de pacientes diabéticos en PSCV que cuentan con razón albumina-a-creatinina urinaria (RAC ) como indicador de daño renal, dentro del ultimo año, por SS (indicador de daño renal)</li> <li>• Porcentaje anual de pacientes diabéticos en PSCV, que cuentan con la determinación VFG (indicador de función renal), dentro del ultimo año por SS</li> <li>• Porcentaje anual de pacientes diabéticos en PSCV, que reciben tratamiento con IECA o ARA II, por SS</li> <li>• Porcentaje anual de establecimientos de AP, que cuentan con Programa de consultoría nefrológica*, por SS.</li> </ul>
Cáncer	<p>RE 1 Prevención</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de Comunicación Social* con contenidos de fotosensibilidad, fotoprotección, tabaco, alimentación saludable, evaluado al menos una vez cada tres años.</li> <li>Evaluación periódica de tecnología sanitaria asociada a la prevención de cánceres de mayor incidencia (vesícula, gástrico, cérvico-uterino, mama y colon), al menos cada 3 años.</li> <li>Informe de la vigilancia de Virus Papiloma Humano, elaborado/actualizado al menos cada 3 años</li> </ul>
	<p>RE 2 Detección y Confirmación Diagnóstica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje anual de cánceres seleccionados* (gástrico, mama, CU, Vesícula, pulmón, próstata, colorectal) diagnosticados en estadio precoz*</li> <li>Evaluación periódica de tecnología sanitaria asociada a la pesquisa de cánceres de mayor incidencia (vesícula, gástrico, cérvico-uterino, mama y colon), al menos cada 3 años.</li> <li>Porcentaje anual de mujeres entre 25 y 64 años de edad beneficiarias, que cuentan con PAP en los últimos 3 años, por SS.</li> <li>Porcentaje anual de mujeres entre 50 y 69 años de edad beneficiarias, que cuentan con mamografía realizada dentro de los últimos 2 años, por SS</li> <li>Orientaciones Técnicas* para la pesquisa precoz de Cáncer de Colon, elaboradas/actualizadas cada 3 años</li> </ul>
	<p>RE 3 Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Protocolos de tratamiento de cánceres GES, actualizados al menos cada 3 años</li> <li>Porcentaje anual de personas que reciben tratamiento de cánceres seleccionados*, que son atendidos de acuerdo a estándares definidos, por SS</li> </ul>
	<p>RE 4 Sistemas de Información</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de SEREMI que cuentan con sistema de registro poblacional de cánceres</li> <li>Porcentaje de Hospitales Públicos de mayor complejidad con atención integral de cáncer que tienen implementado registros hospitalarios de cáncer</li> <li>Porcentaje de Unidades de Patología Mamaria y Cervical (UPC y UPM) que cuentan con sistema de atención en línea implementado</li> <li>Informe de Vigilancia de Virus Papiloma Humano, elaborado/actualizado al menos una vez al año</li> </ul>
Enfermedad Respiratoria Crónica	<p>RE 1 Cobertura de Atención y Detección Precoz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje anual de población inscrita, que se encuentra bajo control en programas IRA y ERA, por SS.</li> <li>Tasa anual de ingresos a programa IRA y ERA, por consultas de urgencia por morbilidad respiratoria, por SS</li> <li>Porcentaje anual de alumnos de primero y octavo básico en que reciben aplicación de encuesta ISA-AC*, por SEREMI</li> </ul> <p>RE 2 Calidad de la Atención</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de pacientes que mejoran puntaje de calidad de vida a los meses de ingreso a programa ERA</li> <li>Orientaciones Técnicas* para manejo hospitalario de pacientes GES respiratorios revisadas/actualizadas cada 3 años</li> <li>Porcentaje anual de pacientes con patología respiratoria crónica bajo control, que cuentan con categorización de severidad por capacidad funcional, por SS</li> <li>Porcentaje anual de pacientes con patología respiratoria crónica que asisten al menos a una sesión de rehabilitación, por SS</li> <li>Tasa anual de pacientes con patología respiratoria crónica bajo control, que cuentan con evaluación de calidad de vida con instrumento sugerido* al ingreso</li> </ul> <p>RE 3 Prevención Secundaria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje anual de pacientes crónicos respiratorios, que incorporan la estrategia de Hogares Libres de Humo de Tabaco*, por SS</li> </ul>
Trastornos Mentales	<p>RE 1 Medición</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medir la prevalencia nacional de trastornos mentales y su discapacidad asociada, al</li> </ul>

menos una vez en la década.

- Porcentaje quinquenal de mediciones nacionales periódicas\*, que incorporan módulos de evaluación de discapacidad\* asociada a trastornos mentales.

#### RE 2 Cobertura de la Atención y Detección

- Tasa anual de mujeres embarazadas, que ingresan a tratamiento por depresión, por SS
- Tasa anual de madres de menores de 2 años, que ingresan a tratamiento por depresión, por SS
- Tasa anual de adolescentes, que ingresan a tratamiento por depresión, por SS
- Tasa anual de adolescentes, que ingresan a tratamiento por trastornos asociados al consumo de alcohol y otras drogas, por SS
- Tasa anual de niños, que ingresan a tratamiento por trastornos hipercinéticos de la actividad, por SS
- Tasa anual de niños, que ingresan a tratamiento por trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, por SS
- Tasa anual de población de 15 años y más, que ingresan a tratamiento por trastorno bipolar, por SS
- Tasa anual de población de 15 años y más, que ingresan a tratamiento por Trastornos Ansiosos, por SS
- Porcentaje anual de personas con requerimientos de Hogar Protegido, que cuentan con acceso, por SS
- Tasa anual de equipos de SM especializado\* por población beneficiaria, por SS
- Tasa anual de aplicación de instrumento de pesquisa de trastornos mentales\*, por población beneficiaria, por SS

#### RE 3 Calidad de la Atención

- Tasa anual altas clínicas\*, por población bajo control de Depresión, por SS
- Tasa anual de altas clínicas\*, por población bajo control por consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas, por SS
- Porcentaje anual de personas ingresadas a tratamiento por esquizofrenia, que abandonan el tratamiento, por SS
- Porcentaje anual de personas ingresadas por primer episodio de esquizofrenia, que realizan alguna actividad regular\*, por SS.
- Porcentaje trienal de ingresos por depresión, consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas, esquizofrenia, que son atendidos de acuerdo a estándares de atención de GPC\* en población general (público y privado), por SEREMI
- Porcentaje SS que cumplen con estándar señalado en norma técnica\* respecto a RRHH especializado

#### RE 4 Trabajo Intersectorial

- Política Nacional de Salud Mental, construida y evaluada intersectorialmente, al menos cada 10 años

### Discapacidad

#### RE 1 Cobertura y Calidad de la Atención

- Orientaciones Técnicas\* relacionadas a rehabilitación en las redes de salud, revisadas/actualizadas al menos cada 2 años
- Tasa anual de centros comunitarios de rehabilitación (ajustados por tamaño del centro), por población general, por SS
- Porcentaje anual de comunas priorizadas, que tienen acceso\* a prestaciones de rehabilitación
- Porcentaje anual de ingresos a centros de rehabilitación comunitaria que cuentan con PTI, por SS.
- Porcentaje de pacientes entre 24 a 60 años de edad con Plan de Tratamiento Integral que alcanzan habilidades socio laborales\* compatibles con desempeño laboral, por SS
- Porcentaje anual de personas con dependencia\*, cuyos cuidadores cuentan con Plan de Apoyo Integral\* incluido en el PTI, por SS.
- Porcentaje anual de Hospitales de alta y mediana complejidad que cuentan con sistema de comunicación a AP de egresos hospitalarios por AC V, LM y TEC, por SS.

- Porcentaje anual de Hospitales de alta y mediana complejidad, cuyos profesionales de rehabilitación (fisiatras, kinesiólogos, Terapeutas Ocupacionales, Fonoaudiólogos, enfermera, AS, psicóloga, etc.) consensuan\* un plan de tratamiento integral (PTI)\* con la persona hospitalizada y/o su familia, por SS.
- Porcentaje anual de salas UCI de hospitales de alta y mediana complejidad, que tienen horas asignadas de fisiatra para la atención de sus pacientes, incorporando el modelo de atención precoz de rehabilitación\*, por SS

#### RE 2 Trabajo intersectorial y participación

- Recomendaciones de Políticas Públicas\*\* relacionadas a Discapacidad destinada al intersector (Ej.: MINEDUC, JUNJI, SENADIS, SENAMA, MIDEPLAN, etc.) elaboradas/actualizadas al menos cada 4 años
- Orientaciones Técnicas relacionadas al rol de monitores en el contexto de la discapacidad e intersectorialidad, elaboradas/ actualizadas al menos cada 5 años.
- Porcentaje anual de establecimientos de Atención Primaria que cuentan con diagnóstico participativo\* de personas en situación de discapacidad, acorde a especificaciones técnicas elaboradas por el
- nivel central, elaborados/ actualizados al menos cada 4 años, por SEREMI.
- Porcentaje anual de comunas, que incluyen componente de discapacidad y rehabilitación en su PLADECO, por SEREMI.
- Proponer ítem de Discapacidad en examen médico nacional, al menos cada 3 años

#### RE 3 Órgano de los Sentidos

- Porcentaje de niños intervenidos que están habilitados para ingresar a sistema educativo pertinente
- Porcentaje de adultos intervenidos que están habilitados para ingresar al mercado laboral
- Orientaciones Técnicas relacionadas a prevención, diagnóstico, tratamiento y monitoreo del déficit
- sensorial, revisadas al menos 3 años
- Evaluación de Tecnología Sanitarias asociadas al tamizaje de los órganos de los sentidos, al menos cada 3 años.
- Porcentaje anual de niños entre 1 y 2 años de edad diagnosticadas con déficit sensorial congénito, que reciben intervención de habilitación antes del año de vida, por SS.
- Tasa anual de intervención de rehabilitación, en personas diagnosticadas con déficit sensorial adquirido, por SS.
- Tasa anual de profesores capacitados en Técnicas Facilitadoras de la Inclusión Educativa\*\*\*, por SEREMI

### Salud Bucal

#### RE 1 Intervención Pre-escolar y Escolar

- Porcentaje bienal de niños (2 y 4 años), que cuentan con un adulto responsable que se considera capaz de cuidar de su salud bucal
- Orientación Técnica para la Educación en Salud Bucal\* evaluada y adecuada para embarazadas, al menos cada 5 años.
- Porcentaje anual de establecimientos escolares (municipales), que cuentan con programa educativo operativo en Salud Bucal\* de 1o a 4o básico, por SEREMI
- Porcentaje anual de establecimientos pre-escolares (dependientes de JUNJI-Integra), que cuentan con Programa Educativo de Padres\* operativo, por SEREMI
- Porcentaje bienal de establecimientos pre-escolares (JUNJI, INTEGRA, Municipales) seleccionados por alto riesgo cardiogénico, que cuentan con espacio físico e insumos de cepillado adecuado\*, por SEREMI
- Porcentaje anual de establecimientos pre-escolares (JUNJI, INTEGRA, Municipales) seleccionados por alto riesgo cardiogénico\*, cuyos niños reciben barniz de flúor semestralmente, por SS
- Porcentaje bienal de establecimientos escolares (Municipales), seleccionados por alto riesgo cardiogénico\*, cuyos niños de 1o a 4o básico cuentan con espacio físico e insumos de cepillado adecuado\*, por SEREMI
- Porcentaje anual de establecimientos escolares (Municipales) seleccionados por alto

	<p>riesgo cardiogénico*, cuyos niños de 1o a 4o reciben barniz de flúor semestralmente, por SS</p> <p>RE 2 Modelo Integral de Atención Bucal y capacitación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje anual de Centros de Salud Familiar, que cuentan con Modelo de Atención Integral*, por SS</li> <li>Porcentaje anual de establecimientos de AP (CES FAM, CGU, CGR, EMENC), que cuentan con equipos pediátricos capacitados en componente de salud bucal* en control sano, por SS</li> </ul> <p>RE 3 Sistema de Información Epidemiológica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje anual de ingresos de grupos priorizados*, que cuentan con registros de daño por caries (ceo o CO PD) en REM, por SS</li> <li>Estudio poblacional de Salud Bucal en niños y adolescentes para evaluación de metas de impacto de la Estrategia Nacional de Salud</li> </ul>
Accidentes de Tránsito	<p>RE 1 Trabajo intersectorial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recomendaciones de Políticas Públicas* relacionadas con accidentes de tránsito destinadas al intersector, elaboradas/actualizadas al menos cada 3 años</li> <li>Tasa anual de mediciones de alcohol espirado por parque vehicular, por SEREMI</li> </ul> <p>RE 2 Sistemas de Rescate</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tasa anual de letalidad por accidente de tránsito, a los 5 días, por SEREMI</li> <li>Orientaciones Técnicas relacionadas con el rescate, atención y coordinación de las redes asistenciales de trauma, elaboradas/actualizadas al menos cada 3 años.</li> <li>Promedio anual del tiempo de respuesta de la unidad de rescate SAMU al sitio de accidente de tránsito, por SEREMI</li> </ul>
Violencia Intrafamiliar	<p>RE 1 Trabajo Intersectorial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recomendaciones de Políticas Públicas* relacionadas con Violencia Intrafamiliar destinada al intersector, elaboradas/actualizadas al menos cada 3 años</li> <li>Porcentaje anual de comunas, que incluyen componente de Violencia Intrafamiliar en su Plan Comunal de Salud o PLADECO, por SEREMI</li> <li>Porcentaje anual de comunas con acciones de Programa de Comunicación Social* con contenidos de Violencia Intrafamiliar, por SEREMI</li> <li>Proponer ítem de VIF en examen médico nacional, al menos cada 3 años</li> </ul> <p>RE 2 Cobertura y calidad de la atención</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientaciones Técnicas sobre VIF*, actualizados cada 5 años</li> <li>Porcentaje anual de servicios de urgencia de hospitales de alta y mediana complejidad, que aplican protocolos de detección, evaluación de riesgo vital y derivación en violencia de género, por SS</li> <li>Porcentaje anual de Servicios de Salud que incorporan Violencia de Género en los planes anuales de capacitación</li> <li>Porcentaje anual de Comunidades que cuentan con Casas de Acogida de SERNAM, que aplican protocolo de atención a mujeres y niños/as víctimas de violencia</li> </ul> <p>Estrategias Transversales</p> <p>RE 1 Modelo de Atención de Pacientes con Enfermedades Crónicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientaciones Técnicas relacionadas al Modelo de Atención de Pacientes Crónicos, elaborado/actualizado al menos cada 3 años.</li> <li>Porcentaje anual de establecimientos de AP, que utilizan el modelo de atención de pacientes crónicos*, por SS.</li> <li>Porcentaje anual de establecimientos de AP, que utilizan estrategia de tele cuidado* por SS</li> <li>Porcentaje anual de establecimiento de AP, que utilizan estrategia "apoyo por pares", por SS</li> <li>Porcentaje anual de establecimiento de AP, que cuentan con vinculación formal con organizaciones sociales o comunitarias para apoyar cambios de conducta, por SS</li> <li>Porcentaje anual de establecimientos de AP, que evalúan adherencia al tratamiento* en pacientes crónicos, por SS.</li> </ul>

- Porcentaje anual de establecimientos de AP, que cuentan con sistema de información\* de pacientes crónicos, por SS

RE 2 Integración de la red asistencial

- Orientaciones Técnicas relacionadas a consultoría de especialidades, elaborado/actualizado al menos cada 3 años.
- Orientaciones Técnicas relacionadas al modelo de gestor de casos, elaborado/actualizado al menos cada 3 años.
- Porcentaje anual de establecimientos AP que cuentan con consultoría de especialidad para enfermedades crónicas por SS
- Porcentaje anual de establecimientos AP, que cuentan con modelo de gestor de casos, por SS.
- Porcentaje anual de registro de pacientes crónicos en control en nivel secundario, por SS.

Factores de Riesgo	Salud Óptima	RE 1 Promoción de Salud en Comunas
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientaciones Técnicas para el desarrollo de Programas Comunales de Promoción en Salud (PCPS), actualizadas al menos cada dos años</li> <li>• Porcentaje anual de comunas que incorporan el PCPS en sus instrumentos de planificación local (PLADECO, PADEM, Planos reguladores, etc.), por SEREMI</li> <li>• Porcentaje anual de comunas que incorporan componente de promoción de factores psicosociales*, en sus PCPS por SEREMI</li> <li>• Porcentaje anual de comunas que incorporan componente de promoción de cohesión social y asociatividad* en sus PCPS, por SEREMI</li> <li>• Porcentaje anual de comunas que incorporan componente de recuperación y habilitación del entorno para promover estilos de vida saludables en sus PCPS, por SEREMI</li> <li>• Porcentaje anual de comunas que incorporan componente de alimentación en sus PCPS, por SEREMI</li> <li>• Porcentaje anual de comunas que incorporan componente de promoción de la salud destinada a adultos mayores y discapacidad en sus PCPS, por SEREMI</li> <li>• Porcentaje anual de comunas priorizadas que incorporan el PCPS en sus instrumentos de planificación local (PLADECO, PADEM, Planos reguladores, etc.), por SEREMI</li> <li>• Porcentaje de comunas priorizadas, que el PCPS incorporan todos los componentes de promoción*</li> </ul>
		<p>RE 2 Promoción y Prevención en Lugares de Trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientaciones Técnicas para el compromiso y acreditación, elaboradas actualizadas al menos cada 3 años</li> <li>• Tasa anual de Empresas, "comprometidas con la salud de los trabajadores" según población, por SEREMI</li> <li>• Porcentaje anual de Empresas comprometidas, que cuentan con "acreditación como lugares de trabajo saludable", por SEREMI</li> </ul>
		<p>RE 3 Seguridad de Alimentos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendaciones de Políticas Públicas relacionadas a nutrientes críticos, elaboradas/actualizadas al menos cada 3 años</li> </ul>
		<p>RE 4 Prevención en AP</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de personas pre-diabéticas que logran las metas del Programa</li> <li>• Tasa anual de EMPA vigente en población de 35 a 44 años, por población 35 a 44, por SS</li> <li>• Porcentaje anual de establecimientos de AP que cuentan con programa de prevención de diabetes*, por SS</li> <li>• Porcentaje anual de comunas con al menos 3 de sus profesionales de AP, capacitados** en consejería en vida sana, por SS</li> </ul>

	<p>RE 5 Comunicación Social</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de Comunicación Social* con contenidos de Estilos de Vida Saludables, actualizadas, al menos una vez cada año</li> </ul>
Consumo de Tabaco	<p>RE 1 Abogacía y Fiscalización</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recomendaciones de Políticas Públicas relacionadas con consumo de tabaco destinadas al intersector actualizadas cada 3 años</li> </ul> <p>RE 2 Fiscalización</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tasa anual de fiscalizaciones, por recintos cerrados de uso público, por SEREMI</li> <li>Porcentaje anual de infracciones a la Ley 19.419 que son denunciadas a juzgados de policía local, por SEREMI</li> </ul> <p>RE 3 Intervención Escolar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prevalencia de consumo de último mes en escolares de 8° básico</li> <li>Orientaciones Técnicas* para la prevención del consumo de tabaco en menores de 14 años, revisadas/ actualizadas cada 3 años</li> <li>Porcentaje de establecimientos educacionales que participan en actividades de promoción* para la prevención del consumo de tabaco, por SEREMI</li> </ul> <p>RE 4 Cesación del Consumo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de personas menores de 35 años que han fumado más de 100 cigarrillos, que hace más de un año dejó de fumar</li> <li>Orientaciones Técnicas* para la Cesación del Hábito Tabáquico, revisadas/actualizadas cada 3 años</li> <li>Porcentaje anual de comunas con acceso a Programas de Cesación de Tabaco, por SS</li> <li>Tasa anual de consultas con intervención breve* en tabaco, del total de consultas de los establecimientos de Atención Primaria, por SS</li> </ul> <p>RE 5 Intervención Comunitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje anual de establecimientos de AP que cuentan con vinculación formal con dispositivo comunitario de grupos de autoayuda en tabaco, por SS</li> <li>Porcentaje anual de comunas que desarrollan programas de promoción de estilos de vida sin tabaco*, por SEREMI</li> </ul>
Consumo de Alcohol	<p>RE 1 Abogacía</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gasto promedio mensual en bebidas alcohólicas, en jóvenes entre 15 y 24 años</li> <li>Porcentaje de alcotest en conductores fiscalizados al azar, que resultan positivos, por SEREMI</li> <li>Porcentaje de valoración clínica de consumo de alcohol en consultantes de servicios de urgencia para accidentes o violencia, que resultan positivas, por SEREMI</li> <li>Porcentaje de alcoholemias en detenidos por delitos, que resultan positivas, por SEREMI</li> <li>Recomendaciones de Políticas Públicas* relacionadas con consumo de alcohol destinada al intersector elaboradas/actualizadas al menos cada 3 años.</li> <li>Densidad anual comunal de locales de expendio de bebidas alcohólicas (No locales con patente por habitantes), por SEREMI</li> <li>Porcentaje de comunas, que destinan presupuesto de ley de alcoholes (según ley) a programas de prevención y/o fiscalización del consumo de alto riesgo de alcohol*, por SEREMI</li> </ul> <p>RE 2 Intervenciones Breves</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientaciones Técnicas* para los Intervenciones Breves en Alcohol, revisadas/actualizadas al menos cada 3 años</li> <li>Porcentaje anual de consultorios de AP que cuentan con Programa de Intervenciones Breves en Alcohol*, por SS.</li> <li>Porcentaje anual de adolescentes que consultan en "Espacios Diferenciados para</li> </ul>

Adolescentes y Jóvenes", que reciben Intervención Breve, por SS	
Sobrepeso y Obesidad	<p>RE 1 Prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje anual de lactancia materna exclusiva a los 6 meses de edad</li> <li>• Tasa anual de Consulta Nutricional de los 5 meses en población bajo control menor de 12 meses, por SS</li> <li>• Tasa anual de Consulta Nutricional del Preescolar en población bajo control menor de 5 años, por SS</li> </ul> <p>RE 2 Intervención Escolar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje anual de establecimientos municipales y subvencionados intervenidos en alimentación y actividad física (Programa Establecimientos saludables), por SEREMI</li> <li>• Porcentaje de establecimientos municipales y subvencionados intervenidos (Programa Establecimientos saludables) que cumplen a lo menos el 80% del indicador de calidad, por SEREMI</li> <li>• Porcentaje anual de comunas que cumplen con más del 10% de establecimientos intervenidos, que son fiscalizados, por SEREMI.</li> </ul>
	<p>Sedentarismo</p> <p>RE 1 Abogacía</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suscribir la Política Nacional de Actividad Física vigente</li> <li>• Recomendaciones de políticas publicas relacionadas con Actividad Física*, destinadas al intersector, revisadas/actualizadas, al menos cada 2 años.</li> <li>• Participación en Plan de trabajo bienal, de la Comisión Intersectorial con al menos la participación de MINSA L, IND, MINEDUC.</li> <li>• Porcentaje anual de comunas que incorporan componente de actividad física en sus PCPS, por SEREMI</li> </ul> <p>RE 2 Marco Regulatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reglamento de componente Actividad Física de la Ley de Alimentos elaborada/actualizada al menos cada 5 años</li> </ul>
Conducta Sexual	<p>RE 1 Promoción y prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendaciones de Políticas Publicas* relacionadas a Sexo Seguro destinada al intersector elaboradas/actualizadas al menos cada 4 años</li> <li>• Porcentaje de comunas que cuentan con Plan de Promoción de Salud Sexual y Reproductiva, desarrollado con la participación de al menos 3 sectores, además del sector salud, por SEREMI</li> <li>• Tasa anual de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, por adolescentes de 10 a 19 años, por SS.</li> <li>• Tasa anual de preservativos entregados, por consulta en "Espacios Diferenciados para Adolescentes y Jóvenes", por SS</li> </ul> <p>RE 2 Comunicación Social</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de Comunicación Social* con contenidos de Salud Sexual y Reproductiva, evaluado al menos una vez cada año.</li> </ul>
	<p>Consumo de Drogas Ilícitas</p> <p>RE 1 Abogacía</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendaciones de Políticas Publicas* relacionadas con consumo de drogas ilícitas destinada al intersector elaboradas/actualizadas al menos cada 3 años</li> </ul> <p>RE 2 Intervención en AP</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientaciones Técnicas* para los "Espacios Diferenciados para Adolescentes y Jóvenes"* relacionadas con el consumo de drogas ilícitas en AP, revisadas/actualizadas al menos cada 3 años, por SS.</li> <li>• Orientaciones Técnicas* relacionadas al consumo de drogas ilícitas, en control de embarazo, revisadas/actualizadas al menos cada 3 años, por SS</li> <li>• Porcentaje anual de adolescentes pesquisados con consumo de drogas entre los que asisten a prestaciones de salud AP, que reciben intervención*, por SS</li> <li>• Porcentaje anual de mujeres en control de embarazo pesquisada con consumo de</li> </ul>

drogas, que son intervenidas, por SS

RE 3 Sistemas Locales de Prevención

- Porcentaje anual de comunas con sistemas locales de prevención del consumo de drogas, que cuentan con la participación del Departamento o Corporación de Salud municipal, por SEREMI.

Ciclo Vital	Salud Perinatal	RE 1 Prevención
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasa anual de control preconcepcional en mujeres en edad fértil, por SS</li> <li>• Porcentaje anual de gestantes bajo control prenatal con sobrepeso y obesidad, que son atendidas, en al menos 2 consultas nutricionales, por SS</li> <li>• Porcentaje de gestantes que son derivadas al nivel secundario por factores de riesgo de parto prematuro, por SS</li> <li>• Proporción anual de SS, que cumplen con cobertura definida* de estudio de estreptococo B a las 35 semanas</li> </ul>
		<p>RE 2 Cobertura y Calidad de la Atención</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasa anual de morbilidad obstétrica (parto prematuro, preclamsia severa, HELLP), por total de embarazadas bajo control</li> <li>• Tasa anual de Apgar bajo (menor de 7 a los 5 minutos), por recién nacidos vivos</li> <li>• Tasa anual de cesáreas, por total de partos</li> <li>• Proporción anual de SS, que cuentan con red obstétrica equipada para manejo de alto riesgo obstétrico y neonatal*</li> <li>• Proporción anual de SS, que cuentan con un sistema de transporte perinatal y neonatal, implementado según normativa*</li> <li>• Porcentaje anual de hospitales de Alta y Mediana Complejidad, que cumplen con estándares de calidad para manejo de gestantes de alto riesgo obstétrico, puerperio patológico y alto riesgo neonatal, según normativa*, por SS</li> <li>• Porcentaje anual de Centros de Salud y maternidades de hospitales (baja, mediana y alta complejidad), que cuentan con profesional certificado en manejo de la patología obstétrica y neonatal*, al menos cada 5 años, por SS</li> <li>• Porcentaje anual de hospitales (baja, mediana y alta complejidad), que cuentan con al menos un profesional certificado en emergencia obstétrica y neonatal *, al menos cada 3 años, por SS</li> </ul>
		<p>RE 3 Auditoría y Retroalimentación de Procesos Críticos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje anual de auditorías de muertes maternas</li> <li>• Porcentaje anual de auditorías de muertes perinatales, por SS</li> <li>• Porcentaje anual de auditorías de parto prematuro &lt; 32 semana, por SS</li> <li>• Informe anual* de auditorías desde el nivel central</li> </ul>
	Salud Infantil	<p>RE 1 Desarrollo Infantil Integral</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje anual de recuerdo en el público de capsulas difundidas por medios de comunicación</li> <li>• Programa de Comunicación Social* con contenidos de Promoción del Desarrollo Infantil Integral, evaluado al menos cada 2 años.</li> <li>• Porcentaje anual de Planes Comunales vigentes*, que consideran actividades para la Promoción del Desarrollo Infantil (según estándar propuesto por manual del Misal), por SEREMI</li> <li>• Porcentaje de niños entre 0 y 4 años, cuyos Madres, padres y/o cuidadores asisten a Talleres Nadie es Perfecto*, por SS</li> </ul>
		<p>RE 2 Prevención Primaria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientaciones Técnicas* del programa de Salud Infantil, revisadas/evaluadas al menos cada 5 años</li> <li>• Porcentaje anual de profesionales de AP que realizan control de salud del niño (Médicos y enfermeras), que acreditan competencias en desarrollo infantil*, cada 3</li> </ul>

---

años, por SS

- Porcentaje anual de profesionales de AP que aplican instrumentos de evaluación de DSM (enfermeras/educadoras de párvulos), que acreditan competencias\*, cada 3 años, por SS

### RE 3 Prevención Secundaria

- Tasa de recuperación a tercer mes, por niño diagnosticado con déficit del DSM (riesgo)
- Tasa de recuperación a sexto mes, por niño diagnosticado con déficit del DSM (retraso)
- Porcentaje anual de comunas que cuentan con Salas de Estimulación o acceso a equivalentes\* por SS
- Porcentaje anual de Salas de Estimulación, que cumplen con estándares de calidad\*, por SS
- Tasa de Visitas Domiciliarias\*, por niños con diagnóstico de déficit de DSM, por SS.
- Porcentaje anual de Visitas Domiciliarias en niños/a diagnosticados con retraso de DSM que cumplen con estándar de calidad \*, por SS
- Tasa de ingresos por depresión posparto, por madres de hijos menores de 2 años bajo control con
- Edimburgo positivo, por SS
- Porcentaje de adolescentes de 10 a 14 años, con tamizaje de riesgo de depresión (+), que reciben tratamiento, por SS
- Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, con tamizaje de riesgo de depresión (+), que reciben tratamiento, por SS
- Porcentaje anual de suicidios de adolescentes y jóvenes que cuentan con auditorias de fichas, por SS

---

Salud

Adolescente

### RE 1 Trabajo intersectorial

- Porcentaje anual de comunas, que cuentan con programa de promoción de factores protectores de salud integral de adolescentes y jóvenes implementado según Orientaciones Técnicas\* ministeriales, por SEREMI
- Porcentaje anual de comunas que incorporen en sus planes comunales de salud, programas de prevención integral en salud mental\*, por SEREMI
- Porcentaje anual de comunas, que cuentan con programas de capacitación de "gatekeepers" comunitarios\*, según Orientaciones Técnicas\* ministeriales, por SEREMI

### RE 2 Detección de Casos de Riesgo

- Porcentaje anual de Consultorios Generales Urbano y CES FAM, que cuentan con al menos 2 profesionales certificados\* en detección riesgo suicida al menos cada 5 años, por SS.
- Porcentaje anual de adolescentes y jóvenes con problemas de salud mental detectados en el Examen de Salud Preventivo del Adolescente, que cuentan con tamizaje de riesgo de suicidio aplicado\*, por SS.

### RE 3 Cobertura y Calidad de la Atención

- Orientaciones Técnicas relacionados a Espacios Diferenciados para Atención de Adolescentes, elaborado/actualizado al menos cada 3
- Porcentaje anual de comunas que cuentan con al menos un Espacio Diferenciado para Atención de Adolescentes, por SS
- Porcentaje anual de Espacios Diferenciados para Atención de Adolescentes que cumplen con estándar de calidad señalado en Orientación Técnica, por SS
- Tasa anual de población adolescente de 10 a 14 años inscrita, que recibieron Control de Salud Integral, por SS

	<p>RE 4 Vigilancia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje anual de adolescentes y jóvenes con intento de suicidio notificados, que consumaron suicidio dentro de 12 meses</li> <li>• Porcentaje de Servicios de Urgencia y SA PU que implementan vigilancia de intentos de suicidio, según especificaciones técnicas* ministeriales, por SS</li> </ul>
Embarazo Adolescente	<p>RE 1 Trabajo Intersectorial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendaciones de Políticas Públicas* relacionadas con uso de métodos de regulación de fecundidad en población adolescente destinada al intersector elaboradas/actualizadas al menos cada 3 años.</li> <li>• Recomendaciones* destinadas a Centros de formación profesional, con carreras de ciencias de la salud y afines, para que incluyan el tema de salud de adolescentes y jóvenes en la malla curricular, elaboradas/actualizadas al menos cada 3 años</li> </ul> <p>RE 2 Cobertura y Calidad de la Atención</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasa anual que usan algún método de regulación de fecundidad, por población adolescentes de 15-19 años</li> <li>• Porcentaje anual de adolescentes mujeres de 10 a 14 años que recibieron Control de Salud Integral, que se embarazan, por SS</li> <li>• Porcentaje anual de madres adolescentes que recibieron Visita Domiciliaria Integral, que se embarazan por segunda vez dentro de los primeros 24 meses</li> <li>• Porcentaje anual de establecimientos de AP (CES FAM) que cuentan con al menos 2 profesionales capacitados* en atención de salud integral de adolescentes y jóvenes, por SS</li> <li>• Porcentaje de comunas, que cuentan con implementación de programas para fortalecimiento de habilidades parentales en familias vulnerables* con hijos adolescentes de 10 a 14 años, por SEREMI.</li> <li>• Tasa anual de adolescentes mujeres de 10 a 14 años, que recibieron Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva, por SS</li> <li>• Tasa anual de adolescentes hombres de 10 a 14 años, que recibieron Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva, según sexo, por SS</li> <li>• Tasa anual de adolescentes de 10-14 años con primer embarazo que recibieron Visitas Domiciliarias Integrales, por SS</li> <li>• Tasa anual de adolescentes de 15-19 años con primer embarazo que recibieron Visitas Domiciliarias Integrales, por SS</li> </ul>
Accidentes del Trabajo	<p>RE 1 Abogacía</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasa anual de Accidentes Laborales Fatales de la Actividad Productiva de Construcción</li> <li>• Recomendaciones de Políticas Públicas* para Reglamento de Accidentes de la Construcción, destinada al intersector (Mesa Tripartita), elaboradas/actualizadas al menos cada 4 años</li> </ul> <p>RE 2 Vigilancia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientaciones Técnicas relacionadas con programa de vigilancia a instituciones/organizaciones, actualizadas al menos cada 3 años.</li> <li>• Proporción anual de SEREMI, que cuentan con un programa de vigilancia a instituciones/ organizaciones*, ajustadas a Orientaciones Técnicas.</li> <li>• Porcentaje anual de casos de Accidentes Laborales Fatales y Graves (ALF y ALG) notificados, que cuentan con investigación y registro en SINAISSO, por SEREMI</li> <li>• Tasa anual de notificaciones de ALF y ALG por consultas de urgencia en establecimientos de la red pública, por SEREMI</li> </ul> <p>RE 3 Prevención y Atención de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientaciones Técnica para la atención de salud en Accidentes Laborales, elaboradas actualizadas cada 5 años</li> <li>• Porcentaje anual de empresas adherentes* a los organismos administradores de la</li> </ul>

		Ley 16.744, que cuenten con programas preventivos fiscalizados documentalmente por la SEREMI (incluye comunicación de riesgo), por SEREMI
Enfermedades Profesionales	RE 1 Vigilancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tasa anual de morbilidad por enfermedades musculo esqueléticas de extremidad superior, en trabajadores adscritos a Ley 16.744, (*)</li> <li>Protocolos de Vigilancias de trabajadores expuestos a riesgos específicos*, elaboradas/actualizadas</li> </ul>
	RE 2 Fiscalización	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporción anual de SEREMI, que cuenten con programas de fiscalización a los Organismos</li> <li>Administradores de la Ley 16.744 sobre cumplimiento de los programas de vigilancia por riesgos específicos protocolizados*, elaborados/actualizados cada 3 años</li> <li>Porcentaje anual de empresas con riesgo de silicosis, que son fiscalizadas, por SEREMI</li> </ul>
Salud de la Mujer Climatérica	RE 1 Medición Calidad de Vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medición poblacional de calidad de vida en mujeres en periodo climatérico*, a lo menos quinquenal</li> </ul>
	RE 2 Cobertura y Calidad de la Atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje anual de mujeres entre 45 y 64 años bajo control, que presentan “puntaje elevado” (según clasificación MRS*)</li> <li>Orientaciones Técnicas* en manejo de la mujer climatérica del programa de Salud de la Mujer, revisadas/evaluadas al menos cada 5 años</li> <li>Tasa anual de mujeres entre 45 y 64 años, que están en control*, por SS</li> <li>Porcentaje anual de centros de AP, que incorporan Orientaciones Técnicas en el manejo de mujeres en etapa de climaterio, por SS</li> <li>Tasa anual de mujeres bajo control con necesidad de TRH según instrumento aplicado*, que reciben TRH, por SS</li> <li>Porcentaje anual de centros de AP, que cuentan con a lo menos 1 profesional certificado* en el manejo de mujeres en etapa de climaterio, por SS</li> <li>Porcentaje de centros de AP de comunas priorizadas, que cuentan con a lo menos 1 profesional certificado* en el manejo de mujeres en etapa de climaterio</li> </ul>
	RE 3 Comunicación Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de Comunicación Social* con contenidos de Climaterio, evaluado al menos cada 2 años</li> </ul>
Salud del Adulto Mayor	RE 1 Trabajo Intersectorial	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recomendaciones de Políticas Públicas* relacionadas al Adulto Mayor, destinadas al intersector elaboradas/actualizadas al menos cada 2 años.</li> <li>Programa de Comunicación Social* con contenidos de promoción del envejecimiento saludable y de buenas prácticas de cuidado del adulto/a mayor, evaluado al menos una vez cada 3 años</li> </ul>
	RE 2 Detección, Evaluación Funcional y Cobertura de Atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tasa anual de población mayor a 64 años, que cuentan con EMPAP realizado durante el último año, por SS</li> <li>Porcentaje de población mayor de 64 años con EMPAM con alteración de funcionalidad, que cumplen plan de intervención propuesta, por SS.</li> <li>Tasa anual de población mayor de 64 años, que han sido atendidos en centros de rehabilitación comunitaria, por SS</li> <li>Porcentaje de altas hospitalarias en adultos mayores de 64 años, que cuentan con evaluación funcional con instrumento definido* realizada al egreso, por SS</li> <li>Porcentaje anual de establecimientos hospitalarios, que cuentan con plan de derivación asistida de adultos/as mayores* a AP, por SS</li> </ul>

- Porcentaje anual de adultos mayores a 64 años con evaluación funcional al momento del alta, que ingresan a plan de rehabilitación en cualquier nivel de atención, por SS

#### RE 3 Modelo de Atención Geriátrica Integral

- Orientación Técnicas relacionada al Modelo de Atención Geriátrica Integral del Adulto Mayor, elaborada/actualizada al menos cada 3 años.
- Proporción de SS que cuentan con Modelo de Atención Geriátrica Integral en Red del Adulto Mayor implementado en todos sus componentes.
- Proporción de SS que cuentan con geriatra que cumple funciones señaladas por el Modelo de Atención Geriátrica Integral en Red del Adulto Mayor implementado
- Estudio de brecha de RR.HH. (cantidad, distribución, competencias) para la atención geriátrica, difundido a posibles entidades formadoras, al menos cada 3 años.
- Porcentaje anual de comunas que cuentan con establecimientos de AP, que tengan incorporada la modalidad de Gestor de Casos\* geriátricos, por SS
- Porcentaje anual de Gestores de Casos que han recibido capacitación, por SS.
- Porcentaje anual de centros de AP de comunas seleccionadas por fragilidad de población mayor a 64 años, que cuentan con consultoría Geriátrica, por SS

Equidad	Inequidad y Posición Social	Estas estrategias se encuentran incorporadas de manera transversal en la Estrategia Nacional de Salud
	Inequidad y Ubicación Geográfica	<p>RE 1 Focalización de Recursos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación Técnica para la asignación de recursos (Ej. per cápita diferenciado) a nivel comunal, con criterios de equidad geográfica, elaborados/actualizados al menos cada 3 años.</li> <li>• Porcentaje anual de comunas priorizadas, que elaboran sus planes comunales con apoyo del Nivel Central, por SEREMI</li> </ul> <p>Inequidades en Pueblos Originarios</p> <p>RE 1 Políticas y Planes de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendaciones de Políticas Públicas relacionadas con pueblos indígenas elaboradas/actualizadas con participación de representantes de pueblos indígenas, al menos cada 3 años.</li> <li>• Orientaciones Técnicas* relacionadas a la construcción de Planes de Salud de Pueblos Indígenas (PSPI) actualizadas al menos cada 3 años</li> <li>• Proporción anual de SS y SEREMI seleccionados*, que cuentan con PSPI elaborados y evaluados de forma participativa conforme a Orientaciones Técnicas</li> <li>• Informe anual sobre resultados de participación indígena en el Consejo Indígena en salud, aprobado por ambas partes</li> <li>• Proponer ítem de Salud Intercultural en examen médico nacional</li> </ul> <p>RE 2 Atención de Salud Intercultural</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporción anual de Servicios de Salud seleccionados*, que transversalizan el enfoque intercultural en problemas seleccionados según Orientaciones Técnicas</li> <li>• Proporción anual de Servicios de Salud seleccionados*, que cuentan con diagnóstico actualizado de necesidades de adecuación arquitectónica de acuerdo a criterios culturales señalados en Orientación Técnica</li> <li>• Proporción de Servicios de Salud seleccionados que cuentan con dotación adecuada* de Facilitadores Interculturales según diagnóstico y Orientaciones Técnicas</li> <li>• Porcentaje anual de profesionales que inician su ciclo de destinación en regiones seleccionadas*, que reciben inducción en salud intercultural</li> <li>• Porcentaje anual de médicos que son capacitados* en salud intercultural, por comunas seleccionadas*</li> <li>• Incorporación en registros seleccionados de salud* de la variable de pertenencia a pueblos indígenas</li> </ul> <p>RE 3 Modelos de Salud Intercultural*</p>

- Porcentaje anual de Modelos de Salud Intercultural que cumplen criterios señalados en Orientaciones Técnicas
- Estudio de brecha de Modelos de Salud Intercultural, elaborado/actualizado al menos cada 5 años.
- Proporción de SS seleccionados que cierran brecha de cooperación de salud estatal e indígena de manera adecuada (mayor a 50%)

#### Inequidades por Género

Estas estrategias se encuentran incorporadas de manera transversal en la Estrategia Nacional de Salud

#### Inequidades por Condiciones de Empleo

##### RE 1 Políticas Públicas

- Recomendaciones de Políticas Públicas\* relacionadas con condiciones de empleo y trabajo, destinadas al intersector elaboradas/actualizadas al menos cada 3 años.

#### Inequidades en Otros Grupos

##### RE 1 Personas Inmigrantes

- Recomendaciones de Políticas Públicas\* relacionadas con salud en inmigrantes, destinadas al intersector elaboradas/actualizadas al menos cada 3 años

##### RE 2 Personas en Situación de Calle

- Recomendaciones de Políticas Públicas\* relacionadas con salud en personas en situación de calle, destinadas al intersector elaboradas/actualizadas al menos cada 3 años

##### RE 3 Personas Privadas de libertad

- Recomendaciones de Políticas Públicas relacionadas a la salud mental de personas privadas de libertad destinadas al intersector, elaboradas/actualizadas al menos cada 5 años
- Orientaciones Técnicas relacionadas a la gestión clínica y administrativa de unidades forenses, actualizadas al menos cada 3 años
- Porcentaje anual de Unidades de Psiquiatría Forense destinadas a personas inimputables por enfermedad mental (adultos y adolescentes: 14-18 años) que cuentan con dotación de RR.HH. adecuada\*
- Porcentaje anual de Unidades de Psiquiatría Forense destinadas a personas imputables y condenados que cuentan con dotación de RR.HH. adecuada\*
- Porcentaje anual de Unidades de Psiquiatría Forense de corta estadía destinadas a menores de 18 años privados de libertad (centro cerrado), que cuentan con dotación de RR.HH. adecuada\*

Medio Ambiente	Contaminación atmosférica	RE 1 Vigilancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientaciones Técnicas** respecto de la metodología de evaluación de riesgo de contaminantes atmosféricos, elaboradas/actualizadas cada 3 años</li> <li>• Porcentaje anual de las ciudades que vigilan la calidad del aire (al 2011), que cuentan con informe de evaluación de riesgo de calidad del aire* (a lo menos cada 3 años), por SEREMI</li> <li>• Medición quinquenal de nivel de contaminantes ambientales intradomiciliarios seleccionados, por SEREMI</li> </ul>
		RE 2 Trabajo Intersectorial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendaciones de Políticas Públicas* relacionadas con contaminantes atmosféricos (que incluya vigilancia) extra e intradomiciliarios, destinadas al intersector, elaboradas/actualizadas al menos cada 5 años</li> <li>• Porcentaje anual de fuentes emisoras del sector industrial*, que son categorizadas</li> </ul>

	<p>por magnitud de emisión y por tipo de contaminante emitido según informe anual, por SEREMI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Programa anual de Comunicación de Riesgos relacionados con contaminación intramuros, implementado y evaluado, por SEREMI</li> </ul>
Residuos Sólidos	<p>RE 1 Abogacía y Trabajo intersectorial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recomendaciones de Política Pública*, para la gestión y vigilancia de sitios de disposición final de residuos sólidos y de generadores según tipo de residuos (peligrosos y de establecimientos de atención de salud), al menos cada 3 años</li> </ul> <p>RE 2 Fiscalización</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientaciones Técnicas para la elaboración del programa anual de fiscalización de residuos, elaborada/actualizada al menos cada 2 años</li> <li>Proporción anual de SEREMI, que cumplen con programa anual de fiscalización priorizada de sitios de disposición final de residuos sólidos, de generadores de residuos peligrosos y de establecimientos de atención de salud</li> </ul> <p>RE 3 Comunicación Social</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje anual de comunas seleccionadas*, que cuentan con presentación pública (disponible para la comunidad) de informes de riesgo asociado a la gestión de residuos, por SEREMI</li> </ul>
Uso de Aguas	<p>RE 1 Abogacía y Trabajo Intersectorial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recomendaciones de Políticas Públicas* relacionadas a la cobertura y calidad del agua para consumo humano y de aguas servidas en el sector rural, destinada al intersector, elaboradas/actualizadas al menos cada 2 años.</li> </ul> <p>RE 2 Vigilancia y fiscalización</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientaciones Técnicas* relacionadas con la vigilancia de aguas, elaboradas/actualizadas cada 5 años</li> <li>Porcentaje anual de sistemas de agua potable del sector rural concentrado, que cuentan con inspección y muestreo, por SEREMI</li> </ul>
Enfermedades Transmitidas por Alimentos	<p>RE 1 Fiscalización y Vigilancia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Proporción anual de instalaciones de alimentos, de alto y mediano riesgo, clasificadas de acuerdo a criterio actualizado* de riesgo para la prevención de ETA, por SEREMI</li> <li>Proporción anual de SEREMI con programa de fiscalización con enfoque de riesgo* implementado y evaluado</li> <li>Porcentaje anual de ETA notificada, que cuentan con investigación de brote, por SEREMI</li> <li>Programa de Comunicación Social para promover la notificación de brotes de ETA, destinado al sector salud, evaluado al menos cada 2 años.</li> </ul> <p>RE 2 Trabajo Intersectorial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje anual de alertas recibidas por el nivel central desde las entidades del intersector*, que cuentan con informe de resultado de acción a la RED*</li> </ul> <p>RE 3 Comunicación Social</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje anual de alertas emitidas por la red nacional, que cuentan respuesta comunicacional*, destinadas a las partes interesadas</li> </ul>
Entorno Urbano	<p>RE 1 Trabajo intersectorial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recomendaciones de Políticas Públicas*, relacionadas con el diseño y distribución de áreas verdes, elaboradas actualizadas al menos cada 3 años</li> <li>Recomendaciones de Políticas Públicas, relacionadas al entorno urbano y salud destinadas al intersector, elaboradas/actualizadas, al menos cada 3 años</li> </ul> <p>RE 2 Comunicación de Riesgos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Programa de Comunicación Social* con contenidos de Riesgos en Salud Ambiental, al</li> </ul>



		menos una vez cada 3 años
Institucionalidad	Sistemas de Información	<p>RE 1 Marco normativo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Marco Normativo en sistemas de información, elaborado/actualizado a lo menos cada 5 años</li> </ul>
		<p>RE 2 Información de Salud accesible a usuarios</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de registros continuos del sector salud* que producen estadísticas de salud accesibles a la comunidad*</li> <li>Porcentaje de Encuestas de Salud* realizadas y con resultados difundidos a los usuarios en el periodo.</li> </ul>
		<p>RE 3 Contar con repositorio nacional de Información (*)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Revisión anual de Procesos Críticos** asociados a la a la gestión de la Red Asistencial</li> <li>Numero de Procesos Críticos* asociados a los establecimientos de AP y hospitales que tributan al repositorio nacional de información</li> <li>Numero de Procesos Críticos* que logran interoperabilidad a través del repositorio nacional</li> <li>No de procesos críticos asociado a salud pública que tributan al repositorio nacional de información. (RA KIN, SINAISO, INMUNIZACIONES)</li> </ul>
		<p>RE 4 Brechas de tecnologías habilitantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de Brechas de tecnologías habilitantes* levantada según nivel de atención y de acuerdo a los procesos críticos definidos, al menos 1 al año</li> <li>Numero de procesos críticos que cumplen con un cierre de brechas tecnológicas en a lo menos un 80%.</li> </ul>
Investigación en Salud		<p>RE 1 Formulación de Prioridades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Metodología de “priority setting”* para la investigación en salud revisada y consensuada, al menos cada 3 años</li> <li>Actualización al menos cada 6 meses de plataforma Consejo Nacional de Investigación en Salud CONIS (preguntas de investigación, recomendación de tipo de estudio, ponderación de utilidad, listado de investigadores)</li> </ul>
		<p>RE 2 Promover la Investigación Priorizada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje anual de utilidad* de preguntas CONIS, que son abordadas, por estudios con financiamiento privado</li> <li>Porcentaje anual de utilidad* de preguntas CONIS, que son abordadas, por estudios con financiamiento publico</li> <li>Programa de reconocimiento anual a la mejor investigación inscrita en plataforma CONIS con financiamiento privado, implementado y evaluado</li> </ul>
		<p>RE 3 Capacidades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Informe sobre necesidad de capacidades investigativas requeridas para responder las preguntas CONIS, al menos cada 2 años</li> </ul>
		<p>RE 4 Transferencia para la toma de decisiones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Número anual de publicaciones por autores chilenos en listado de revistas indexadas</li> <li>Porcentaje anual de preguntas CONIS respondidas, que cuentan con reportes breves destinados al tomador de decisión</li> </ul>
Recursos Humanos		<p>RE 1 Política Pública</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Proporción de SS que suscriben y difunden la política de Recursos Humanos en Salud RHS vigente</li> <li>Proporción de SEREMI que suscriben y difunden la política de RHS vigente</li> <li>Proporción de SS con planes operativos* de la política de RHS, implementados al menos cada tres años a partir de 2013</li> <li>Proporción de SEREMI con planes operativos de la política de RHS, implementados al</li> </ul>

---

menos cada tres años a partir de 2013

#### RE 2 Dotación Adecuada

- Metodología de definición de dotación adecuada de RHS definida y validada el año 2011
- Proporción anual de SEREMI con planificación de dotaciones actualizada cada 3 años, a partir de 2012, según metodología diseñada para estos efectos.
- Porcentaje anual de cargos críticos\* de la Autoridad Sanitaria Regional, provistos a partir del año 2013, según planificación de dotación, por SEREMI
- Proporción anual de SS que aplican la metodología de estimación de necesidades de RHS, al menos cada tres años a partir de 2012
- Porcentaje de comunas priorizadas\*, con equipos de salud constituidos de acuerdo con la metodología de determinación de dotación adecuada.
- Proporción de SS que cuentan con número de profesionales nucleares adecuados por beneficiarios FONASA
- Porcentaje anual de profesionales formados en especialidades y subespecialidades con compromiso de retorno, que ingresan al periodo asistencial obligatorio
- Porcentaje anual de profesionales formados en especialidades y subespecialidades sin compromiso de retorno, contratados en el SNSS al tercer año de cumplida la formación.
- Porcentaje anual de horas medicas de especialidades priorizadas según metodología, que han sido provistas, por SS

#### RE 3 Competencias Adecuadas

- Porcentaje anual de la dotación de AP por comunas con > 50% de capacitación vigente sobre competencias de salud familiar/comunitaria, enfoque de redes y satisfacción usuaria, por SS
- Tasa anual de médicos que se encuentran en programas de formación en medicina familiar\*, por total de médicos en AP
- Porcentaje anual de actividades de capacitación a distancia de oferta local, nacional o internacional ejecutadas, que aprueban estándar del nivel central, por SS
- Porcentaje anual de funcionarios que aprueban actividades de capacitación incluidas en el Plan Anual de Capacitación (PAC) , en áreas priorizadas\* anualmente, por SS
- Porcentaje de cargos críticos de SEREMI que, a contar de 2013, cuentan con mallas de formación por competencias definidas\*
- Proporción de SEREMI que, a contar de 2013, cuentan con evaluación de los programas de capacitación(\*) realizados por funcionarios que desempeñan cargos críticos

#### RE 4 Condiciones Laborales Adecuadas

- Proporción anual de SS que cuentan con Programa de Salud Ocupacional\* ejecutados
- Porcentaje anual de funcionarios y directivos contratados durante el último año con programa de inducción realizado según Marco metodológico dentro de los primeros 6 meses, por SS
- Porcentaje anual de funcionarios y directivos contratados durante el último año con programa de inducción realizado según Marco metodológico dentro de los primeros 6 meses, por SEREMI
- Proporción de Servicios de Salud con programas de mejoramiento de la calidad\* de vida funcionaria diseñados al año 2013 e implementados a contar de 2014
- Proporción de SEREMI con programas de mejoramiento calidad de vida\* funcionaria diseñados al año 2013 y actualizados cada dos años
- Proporción de SEREMI con programas de enriquecimiento del trabajo\* diseñados a partir de 2012
- Evaluación del sistema de incentivos de RHS de los Servicios de Salud cada 5 años.
- Porcentaje de cargos críticos de las SEREMI, que cuentan con definición de rango de grados\* mínimos y máximo, a contar de 2013 y actualizada cada 3 años

	<p>RE 5 Formación médica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero de programas de centros con desarrollo de la capacidad docente asistencial en especialidades críticas implementados en Servicios de Salud priorizados*</li> <li>• Porcentaje anual de cupos de formación de especialidades médicas y odontológicas ofrecidas para profesionales EDF y AP (Programa de 3 años), que son utilizadas*</li> </ul> <p>RE 6 Sistema de información</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje anual de módulos del SIRH normalizados*, por SS</li> <li>• Porcentaje anual de módulos del SIRH normalizados*, por SEREMI</li> </ul>
Financiamiento	<p>RE 1 Estrategias Globales</p> <p>Recomendaciones de Políticas Públicas* relacionadas con la elaboración del Índice de Precios relevante para el sistema público de salud, elaboradas/actualizadas al menos cada 5 años</p> <p>Orientaciones Técnicas relacionadas con mecanismos de pago* de la red asistencial del sistema público de salud, elaborada/actualizada al menos cada 3 años</p> <p>Orientaciones Técnicas relacionadas con el Arancel de Prestaciones FONASA, elaborada/actualizada al menos cada 3 años</p> <p>RE 2 Gestión Financiera</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de hospitales con más de 5.000 egresos anuales que cuentan con sistema de clasificación de casos (IR-GRD)</li> <li>• Porcentaje del gasto anual del PPV, que es asignado por transferencia a pago por caso según IR-GRD</li> <li>• Porcentaje de Hospitales con aplicación de una metodología estandarizada de costos por centros de responsabilidad (ejemplo: WinSIG)</li> </ul> <p>RE 3 Gestión Operacional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientaciones Técnicas* relacionadas a la gestión de compra de medicamentos, elaborada/actualizada al menos cada 3 años.</li> <li>• Porcentaje anual de horas disponibles de pabellón, que son utilizadas, por Hospital</li> <li>• Porcentaje anual de ocupación de días camas en relación al total de días camas disponible, por Hospital</li> <li>• Porcentaje anual de egresos hospitalario con estadía prolongada, por Hospital</li> <li>• Porcentaje anual de recuperación de cuentas por cobrar, por Hospital</li> <li>• Porcentaje anual de horas de atención ambulatoria de especialidad programadas, que son efectuadas, por Hospital</li> <li>• Razón de pago anual de deuda hospitalaria a 60 días, por Hospital</li> </ul> <p>RE 4 Política de medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Política de Prescripción de medicamento, elaborada/actualizada al menos cada 5 años.</li> <li>• Programa de Comunicación Social* relacionada a la utilización correcta de fármacos, evaluada al menos cada 5 años.</li> <li>• Política de “Enfermedades Raras y de Alto Costo” elaboradas/actualizadas al menos cada 5 años</li> </ul>
Infraestructura	<p>RE 1 Modelo de Inversión</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientaciones Técnicas relativa a Guía Metodológica de Pre inversión Hospitalaria, revisada al menos cada 4 años</li> <li>• Proporción de SS que cuentan con Modelo de Gestión de Red que incluya análisis de infraestructura, elaborado y actualizado al menos cada 10 años</li> <li>• Proporción de SS capacitados en materia de inversión Hospitalaria y de AP, al menos asociado a la implementación de cada cambio*</li> <li>• Proporción de SS con Registro de Equipamiento en Hospitales, actualizado cada 4 años, según metodología de estudio preinversional</li> </ul>
Gobernanza y	<p>RE 1 Integración de Sistema de Salud</p>

---

## Participación

- Orientaciones Técnicas para la formulación y evaluación de los convenios de desempeño de la Alta Dirección Pública, elaboradas/actualizadas al menos cada 3 años en relación con la Estrategia Nacional de Salud\*.
- Porcentaje anual de Directivos de los organismos del sector salud elegidos por mecanismo de Alta Dirección Pública que reciben retroalimentación formal de su desempeño desde el nivel jerárquico inmediatamente superior conforme a orientación metodológica\*
- Proporción anual de SEREMI que reciben retroalimentación formal de su desempeño desde el nivel central en relación con las estrategias regionales de salud
- Porcentaje anual de comunas, que cuentan con Planes de Salud Comunal aprobados de manera conjunta por el Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA ) y Consejo Asesor Regional de la SEREMI (CARS), por SEREMI.
- Porcentaje anual de comunas que cuentan con Planes Comunales de Promoción de Salud, cuyos
- Planes de Promoción de Salud son aprobados de manera conjunta por el Consejo Integrador de la Red
- Asistencial y el Consejo Asesor Regional de la SEREMI , por SEREMI

## RE 2 Participación y Derechos de la Ciudadanía y Usuarios

- Tasa anual promedio de personas por comuna que votan Presupuestos Participativos de los SS, por SS\*
- Orientaciones Técnicas\* relacionadas con el funcionamiento de los CARS, actualizadas al menos cada 5 años
- Porcentaje de SEREMI que cuentan con Consejo Asesor Regional de la SEREMI, funcionando en forma regular y permanente\*
- Proporción anual de Consejos Asesores Regionales de las SEREMI de Salud que incorporan al menos un representante de cada una de las siguientes: de organizaciones de la sociedad civil, organismos no gubernamentales, sector académico y de municipios
- Proporción anual de Consejos Regionales de las SEREMI de Salud que incorporan a representantes de asociaciones gremiales del sector productivo.
- Proporción de Servicios de Salud que cuentan con Consejos Integradores de la Red Asistencial (CIRA ), funcionando en forma regular y permanente\*
- Proporción anual de Consejos Integradores de la Red Asistenciales que incorporan a representantes de usuarios en funciones estipuladas por el manual correspondiente\*
- Proporción anual de cuentas públicas de SS, que incorporan compromisos con la comunidad para el año siguiente
- Porcentaje anual de cuentas públicas de Hospitales de Alta y Mediana complejidad, que incorporan compromisos con la comunidad para el año siguiente
- Porcentaje anual del presupuesto total, que es asignado por mecanismos de participación, por SS\*
- Porcentaje de establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud que cuentan con Consejos de Desarrollo, funcionando en forma regular y permanente, por SS\*

## RE 3 Participación en el cuidado

- Tasa regional de participación o asistencia a actividades relacionadas con salud\*, por SEREMI.
  - Estrategias de vinculación formal entre AP y organizaciones sociales o comunitarias para apoyar cambios de conducta, se encuentran incorporadas en el OE 2.A
  - Porcentaje anual de hospitales de alta y mediana complejidad que cuentan con vinculación formal\* con agrupaciones comunitarias formales\* adosadas, destinadas al apoyo diario\* de los usuarios, por SS
  - Porcentaje anual de hospitales de alta y mediana complejidad que cuentan con mecanismo de derivación formal\* a lo menos a una agrupación comunitaria formal relacionada con salud\* por SS
-



Gestión Asistencial		<p>RE 1 Diseño, implementación y evaluación de la Red</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Porcentaje anual de Hospitalizaciones Evitables*, por SS</li><li>• Orientaciones Técnicas relacionadas a la elaboración de protocolos de referencia y contra referencia, actualizados al menos cada 5 años.</li><li>• Proporción anual de SS que elaboran documento de actualización trienal del diseño de su Red, construido a través de mecanismos formales de participación</li><li>• Proporción anual de SS que cuentan con evaluación del cumplimiento de la programación anual de la Red Asistencial*</li><li>• Proporción anual de CIRA , que cuentan con Plan de Trabajo implementado**y evaluado</li><li>• Porcentaje anual de SS que cuentan con elaboración y/o actualización de protocolos de referencia y contra referencia* validados en el CIRA</li><li>• Porcentaje anual de Redes Asistenciales Macro regionales** con evaluación de cumplimiento del Plan de Trabajo anual</li></ul>
Salud Internacional		<p>RE 1 Cooperación Técnica</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Porcentaje anual de demandas de cooperación técnica formuladas, que son resueltas</li></ul> <p>RE 2 Participación en la Agenda Internacional</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Porcentaje anual de actividades planificadas en la Agenda Internacional* ejecutadas por demandas de cooperación técnica, que son resueltas</li></ul> <p>RE 3 Difusión</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Plan de difusión elaborado/actualizado y ejecutado, al menos cada 3 años</li></ul>
Calidad de la Atención	Acceso y Oportunidad	<p>RE 1 Capacidad y Distribución de Oferta Sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Estas estrategias se abordan en el OE7 Recursos Humanos</li></ul> <p>RE 2 Gestión Clínica de la Demanda</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Orientaciones Técnicas relacionadas con la proporción de consultas nuevas y controles, para procesos asistenciales priorizados, elaborados/actualizados, al menos cada 5 años</li><li>• Definición de Tiempos Máximos de Espera* para problemas de salud e intervenciones seleccionadas* elaboradas/actualizadas al menos cada 5 años</li><li>• Porcentaje anual de cumplimiento de Tiempos Máximos de Espera*, por SS</li><li>• Porcentaje anual de establecimientos de salud, que utilizan agenda electrónica en dación de horas</li></ul> <p>RE 3 Gestión y Desempeño del Sistema</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Estas estrategias se abordan en el OE7 Financiamiento</li></ul>
Seguridad y Efectividad		<p>RE 1 Autorización Sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Orientaciones Técnicas para la estandarización de aplicación de la autorización sanitaria de establecimientos de salud, elaboradas/actualizadas al menos cada 5 años</li><li>• Porcentaje anual de procesos de autorización sanitaria de establecimientos de salud que cuentan con aplicación de pauta estandarizada*, por SEREMI</li></ul> <p>RE 2 Calidad de Guías de Práctica Clínica</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Orientaciones Técnicas* para la elaboración de las guías de practica clínica, considerando la ETESA, elaboradas/actualizadas al menos cada 5 años</li><li>• Porcentaje de GPC Ministerial NO AU GE, que se elaboran/actualizan con la aplicación de orientaciones técnicas al menos cada 5 años</li><li>• Porcentaje anual de GPC Ministerial AU GE actualizadas, en el periodo que cumplen con Orientación Técnica Vigente*</li></ul> <p>RE 3 Calidad de la Atención en Establecimientos de Atención Cerrada</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Orientaciones Técnicas* para el Programa de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS ), elaboradas/actualizadas al menos cada 5</li></ul>

---

	<p>anos</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Orientaciones Técnicas* para el Programa de Evaluación y Monitoreo de Practicas Preventivas para la Seguridad del Paciente, elaboradas/actualizadas al menos cada 5 anos</li><li>• Porcentaje anual de establecimientos de atención cerrada, que cuentan con Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS ), por SS</li><li>• Porcentaje anual de establecimientos de atención cerrada, que cuentan con Programa Evaluación y Monitoreo de Practicas Preventivas para la Seguridad del Paciente, por SS</li></ul>
	<p>RE 4 Certificación de Especialistas</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Porcentaje anual de especialidades y subespecialidades contenidas en el sistema de certificación, que cuentan con norma técnica de recertificación aprobada.</li><li>• Porcentaje anual de especialistas indexados en el régimen transitorio, que cuentan con recertificación, por SS RE 5 Calidad del Sistema de Acreditación</li><li>• Porcentaje de entidades acreditadoras autorizadas que cuentan con fiscalización durante los últimos 3 anos, en lo relativo al cumplimiento de su normativa de funcionamiento y de los procesos de acreditación que hayan ejecutado a prestadores institucionales</li><li>• Porcentaje de prestadores acreditados fiscalizados, al menos una vez en el interferido, en lo relativo al mantenimiento de los estándares por los que obtuvieron su acreditación</li></ul>
Fármacos y Tecnologías Sanitarias	<p>RE 1 Medicamentos priorizados</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Listado de medicamentos priorizados* aprobado por Resolución o Decreto, elaborado/actualizado cada 3 anos</li></ul> <p>RE 2 Acreditación Buenas Prácticas Manufactura</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Numero de Agencias Reguladoras extranjeras*, que cuentan con convenio de trabajo* con el ISP para la certificación de BPM de plantas farmacéuticas.</li><li>• Porcentaje anual de funcionarios de la ANAMED, que cuentan con capacitación vigente, según programa definido*</li><li>• Porcentaje anual de lotes/partidas de medicamentos priorizados/principios activos, que provienen de plantas farmacéuticas certificadas en BPM de Chile o de agencias reguladoras en convenio</li></ul> <p>RE 3 Equivalencia Terapéutica</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Porcentaje anual de medicamentos priorizados, que aprueban la exigencia del estudio de Equivalencia Terapéutica, cuando les es exigible*</li></ul> <p>RE 4 Sistema de Vigilancia Activa</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Porcentaje anual de medicamentos priorizados, que cuentan con estudio de muestreo aleatorio de lote y control de estantería aprobado, relativa a aspectos de calidad al menos durante los últimos 2 anos</li></ul> <p>RE 5 Inventario de Seguridad</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Porcentaje anual de establecimientos asistenciales públicos, que cuentan con inventario de seguridad de medicamentos priorizados según normativa técnica*, por SS</li></ul> <p>RE 6 Racionalidad en el Uso de Medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Orientaciones Técnicas* para uso racional de medicamentos priorizados, revisadas/actualizadas al menos cada 3 anos</li><li>• Porcentaje anual de las prescripciones de los medicamentos priorizados, que concuerdan con el diagnostico según norma técnica*, por SS.</li></ul> <p>RE 7 Listado de Tecnologías Priorizadas</p>

---

- Listado de Tecnologías Sanitarias Priorizadas\* aprobado por Resolución o Decreto, elaborado/actualizado cada 3 años

#### RE 8 Certificación de Calidad de Tecnologías

- Porcentaje de Organismos Certificadores de Tecnologías Sanitarias Priorizadas, aprobados
- Porcentaje de Tecnología Sanitarias Priorizadas que cuentan con "certificado de uso y disposición" entregado por el ISP
- Porcentaje de Tecnología Sanitarias Priorizadas que cuentan certificación de calidad por Organismos certificadores aprobados por el ISP

#### RE 9 Vigilancia de Tecnologías

- Reporte anual del número y condiciones de eventos adversos a Tecnologías Sanitarias Priorizadas
- Porcentaje anual de eventos adversos relacionados con Tecnologías Sanitarias Priorizadas
- notificados, que cuentan con resolución de investigación del ISP
- Programa de Comunicación Social\* destinada a establecimientos públicos y privados que promueva el reconocimiento de eventos adversos relacionados a las Tecnologías Sanitarias Priorizadas, realizado y evaluado al menos cada 3 años
- Porcentaje anual de establecimientos hospitalarios públicos y privados que incorporan eventos adversos asociados a Tecnologías Sanitarias Priorizadas en sus sistemas de vigilancia

Satisfacción  
Usuaría

#### RE 1 Protocolos de Atención y Trato

- Porcentaje anual de SS que diseñan, aplican y evalúan protocolos de atención y trato al usuario en áreas priorizadas por el nivel central
- Porcentaje anual de SS, que cuentan con plan de mejoría de información y gestión de reclamos implementado y evaluado (aprobado por el nivel central)
- Porcentaje anual de funcionarios, que son capacitados en Atención y Trato al Usuario\*, por SS RE 2 Control Social
- Estas estrategias se abordan en el OE7 Gobernanza

Emergencias,  
desastres y  
epidemias

Emergencias,  
desastres y  
epidemias

#### RE 1 Planes de Gestión Integral del Riesgo

- Orientaciones Técnicas\* para los planes de Gestión Integral del Riesgo en SEREMI relacionadas con: Salud Ambiental; Epidemiología; y Salud Mental, elaboradas/actualizadas al menos cada 5 años
- Orientaciones Técnicas\* para los planes de Gestión Integral del Riesgo en SS y establecimientos, revisadas/actualizadas al menos cada 5 años
- Proporción anual de SEREMI, que cuentan con Planes de Respuesta\* en emergencias y desastres actualizados al menos cada 5 años
- Porcentaje anual de Direcciones de SS y Establecimientos de la red pública, que cuentan con Planes de Respuesta\* en emergencias y desastres actualizados al menos cada 5 años, por SS
- Proporción anual de SEREMI, que cuentan con coordinadores de Emergencias y Desastres\* con disponibilidad completa (jornada completa) para el desarrollo de la Gestión del Riesgo
- Proporción anual de SS, que cuentan con coordinadores de Emergencias y Desastres\* con disponibilidad completa (jornada completa) para el desarrollo de la Gestión del Riesgo
- Proporción anual de SEREMI y Direcciones de SS, que participan en la capacitación en Gestión del Riesgo\* en sus niveles locales
- Proporción anual de SEREMI y SS, que realizan simulacros\*, al menos cada 3 años
- Proporción anual de SEREMI y SS, que se encuentran enlazados y operativos a la Central de Radiocomunicaciones del Ministerio de Salud y que entregan información oportuna y validada\* sobre la situación local



---

## RE 2 Establecimientos de Salud Seguros

- Formulación de Políticas Públicas por parte de una Comisión Intersectorial\*, para el desarrollo de norma nacional de Establecimientos de Salud Seguros (ESS ), elaboradas/actualizadas al menos cada 5 años
  - Porcentaje anual de establecimientos diseñados a partir de 2012, que cumplen con la reglamentación estructural, no estructural y funcional\* que establece la Política Nacional de ESS
  - Porcentaje anual de establecimientos de salud nuevos y normalizados, que son decepcionados según protocolo establecido en política de ESS , a partir de 2012
  - Porcentaje anual de establecimientos en proceso de normalización\* a partir de 2012, que cumplen con las normas que establece la Política Nacional de ESS
  - Porcentaje anual de Inspecciones Técnicas de Obras Sanitarias (ITOS ), que cumplen las indicaciones de la Política de ESS , a partir de 2012
  - Porcentaje anual de entidades ITOS que han realizado inspecciones durante el último año, que se encuentran certificadas\* según norma de ESS , cada 3 años, a partir de 2012
-



Subsecretaría de Salud Pública  
División de Planificación Sanitaria

## BIBLIOGRAFÍA

Blamey, A., & Mackenzie, M. (2007). *Theories of Change and Realistic Evaluation*.

Contandriopoulos, D., & Brousselle, A. (2012). *Evaluation models and evaluation use*.

Dickinson, H. (2006). *The evaluation of health and social care partnerships: an analysis of approaches and synthesis for the future*.

Grembowski, D. (2001). *The Practice of Health Program Evaluation*.

Habitch, J., Victora, C., & Vaughan, J. (1999). Evaluation Designs for Adequacy, Plausibility, and Probability of Public Health Programme Performance and Impact. *International Journal of Epidemiology*, 10-18.

Marchal, B., van Belle, S., van Olmen, J., Hoérée, T., & Kegels, G. (2012). Is realist evaluation keeping its promise? A review of published empirical studies in the field of health systems research. *Evaluation*, 192-212.

Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (Abril de 2002). Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010. *El Vigía*, 5(15), 1-12.

Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2011). Anexo 1: Perspectiva Intersectorial. En *Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020*. Santiago.

Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2011). *Metas 2011 - 2020. Elige Vivir Sano. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011 - 2020*. Santiago.

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Monitoring, evaluation and review of national health strategies*.

Ministerio de Salud, Chile., Organización Panamericana de la Salud (2012). 8va Jornada: Estrategia Nacional de Salud. ¿Debe ser una política de Estado? Santiago.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Health Inequality Monitoring*.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Midterm review of national health plans: an example from the United Republic of Tanzania*.

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Monitoring and evaluation of health systems strengthening*.

Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realist Evaluation*.

Sridharan, S., & Nakaima, A. (2010). *Ten steps to making evaluation matter*.



Subsecretaría de Salud Pública  
División de Planificación Sanitaria

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization - UNESCO. (2011). *El método de programación, gestión y supervisión basadas en los resultados (GBR) y su aplicación en la Unesco. Principios Rectores*. Paris.

Victora, C., Black, R., Boerma, T., & Bryce, J. (2010). Measuring impact in the Millennium Development Goal era and beyond: a new approach to large-scale effectiveness evaluations. *The Lancet*, 85-95.

Weiss, C. H. (1998). *Evaluation*. New Jersey: Prentice Hall.