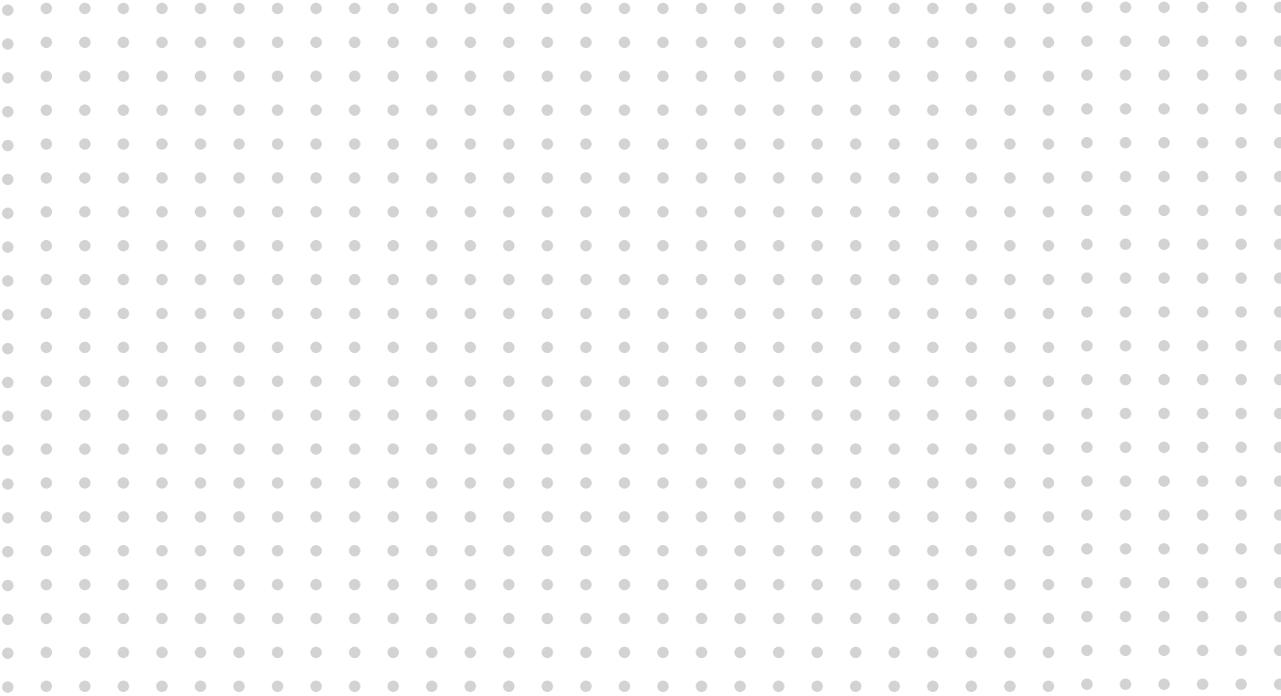


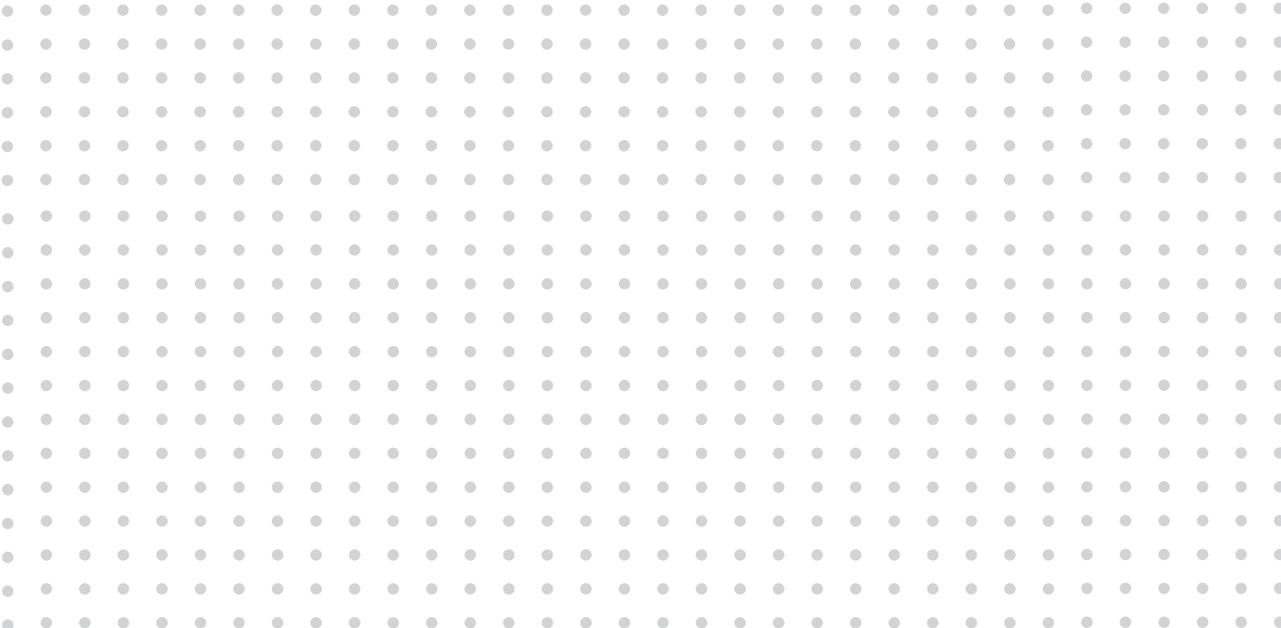
**EVALUACIÓN DE FINAL DE LA DÉCADA  
ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD  
PARA LOS OBJETIVOS SANITARIOS 2011-2020**



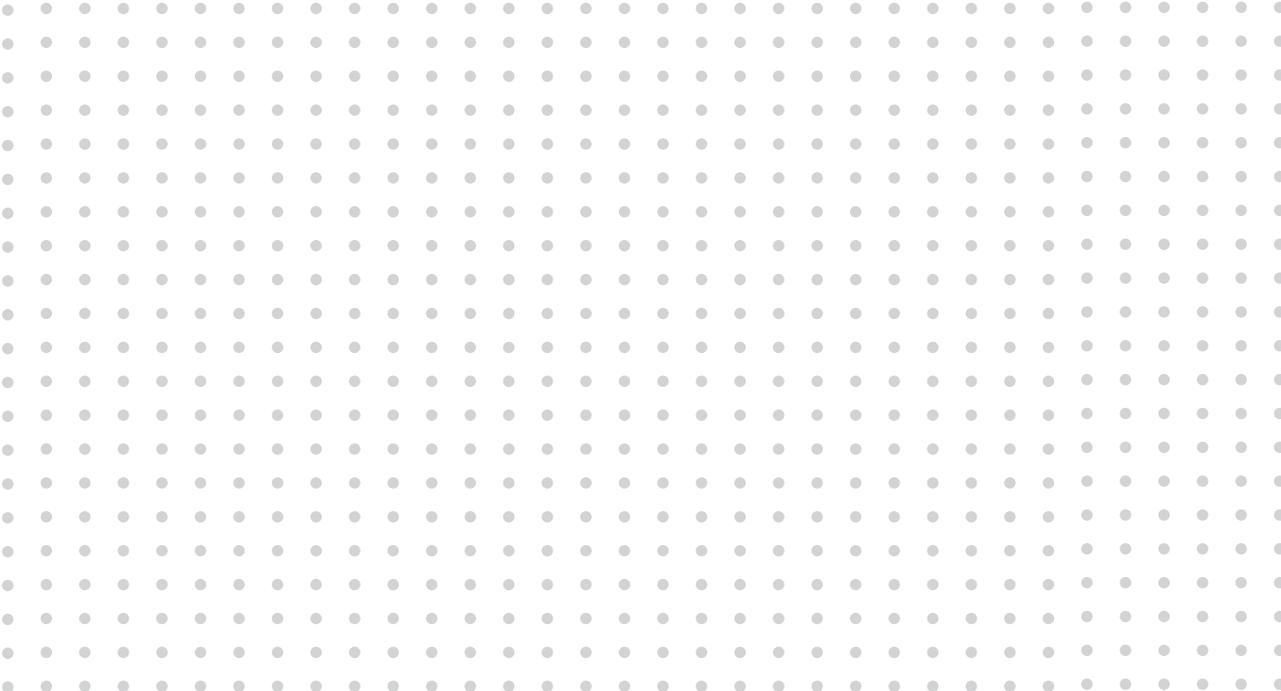
**2022**







**EVALUACIÓN DE FINAL DE LA DÉCADA  
ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD  
PARA LOS OBJETIVOS SANITARIOS 2011-2020**



**2022**

**EVALUACIÓN DE FINAL DE LA DÉCADA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD  
PARA LOS OBJETIVOS SANITARIOS 2011-2020**

**MINISTERIO DE SALUD**

Subsecretaría de Salud Pública / División de Planificación Sanitaria

Departamento de Estrategia Nacional de Salud

Mac Iver 541, Santiago

ISBN Impreso: 978-956-348-206-5

Diseño e impresión: Menssage Producciones Ltda.

Febrero 2022



Algunos derechos reservados. Esta obra se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución-  
No Comercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales (CC BY-NC-SA 3.0 IGO);  
[https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es\\_ES](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es_ES)

# CONTENIDO

<b>RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	<b>07</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	<b>09</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>11</b>
<b>ANTECEDENTES</b> .....	<b>13</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>17</b>
<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>19</b>
<b>I. RESULTADOS COMPONENTE MONITOREO</b> .....	<b>25</b>
Eje 1. Enfermedades Transmisibles .....	29
Eje 2. Enfermedades No Transmisibles, Discapacidad y Violencia .....	55
Eje 3. Hábitos de Vida .....	103
Eje 4. Curso de Vida .....	131
Eje 5. Equidad y Salud en todas las políticas .....	161
Eje 6. Medio Ambiente e Inocuidad Alimentaria .....	171
Eje 7. Institucionalidad del Sector Salud .....	181
Eje 8. Calidad y Seguridad de la Atención .....	209
Eje 9. Emergencias, Desastres y Epidemias .....	219
<b>II. RESULTADOS COMPONENTE ANÁLISIS CRÍTICO</b> .....	<b>225</b>
VIH y Conducta Sexual Segura .....	225
Diabetes Mellitus .....	226
Enfermedades Cardiovasculares .....	227
Enfermedades Respiratorias .....	228
Tabaco .....	229
Tuberculosis .....	230
Alcohol .....	231
Drogas .....	232
Salud Mental .....	233
Suicidio Adolescente .....	233
Factores Protectores .....	234
<b>III. RESULTADOS COMPONENTE APROPIACIÓN</b> .....	<b>236</b>
Perfil y experiencia en rol de Encargados de la Estrategia Nacional de Salud .....	236
Conocimientos en temas de la Estrategia Nacional de Salud .....	237
Experiencia en el reporte, monitoreo y evaluación de Indicadores .....	238
Lineamientos temáticos .....	240

<b>IV. RESULTADOS COMPONENTE COORDINACIÓN</b> .....	<b>242</b>
Participantes .....	242
Resultados según vinculación con la ENS: Referentes de la Estrategia Nacional .....	243
Resultados según vinculación con la ENS: Técnicos encargados de tema a nivel nacional y regional de la Estrategia Nacional de Salud .....	253
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	<b>257</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>258</b>
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>262</b>
<b>ANEXO 1</b> .....	<b>264</b>
<b>ANEXO 2</b> .....	<b>265</b>

# RESUMEN EJECUTIVO

El informe de Evaluación de Final de la Década realizado por el Departamento Estrategia Nacional de Salud pretende dar cuenta del cumplimiento de los objetivos sanitarios durante el período y observar otras características importantes de la implementación de la Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020, además, contiene los antecedentes metodológicos que permitieron orientar el análisis, proceso de evaluación y recomendaciones para los futuros procesos, basados en los aprendizajes de la experiencia pasada.

En la Evaluación de Final de la Década se midió la consecución de resultados a nivel estratégico y operativo para lo que se evaluaron cuatro dimensiones de análisis: monitoreo (establece el grado de avance del cumplimiento de las metas), análisis crítico (revisa el estado de situación de temas de salud priorizados), apropiación (identifica el grado de conocimiento de los encargados del nivel central en torno a sus funciones respecto de la ENS) y coordinación (establece el nivel de coordinación entre los referentes ENS a nivel regional y nacional).

Comparando los resultados de la Evaluación de Final de la Década 2011-2020, con el cumplimiento de las metas planteadas para la década anterior, destaca que las metas cumplidas fueron de un 36% frente a un 35.6%, las con avance importante aumentaron a un 10% y las con avance discreto un 15% frente a un 8,9% y 5,9% respectivamente. También aumentaron las metas en retroceso y no evaluable respecto del período anterior, siendo un 17% de las metas en retroceso y un 22% de las metas no fueron evaluables.

En cuanto al componente de Monitoreo, el mayor cambio se observa en el aumento porcentual de metas en estado "No Evaluable" y se debe poner especial atención en los problemas de salud de los ejes 2 y 3, Enfermedades no transmisibles, violencia y discapacidad y Hábitos de vida respectivamente ya que concentran el 58% de las metas en estado de retroceso.

Cabe señalar que en la presente evaluación se incluyó la revisión de las metas de los Resultados Esperados de cada tema a diferencia de la Evaluación de Mitad de Período que incluyó solo los Objetivos de Impacto.

En el componente de Análisis Crítico, los temas de salud priorizados fueron VIH y Conducta Sexual Segura, Diabetes Mellitus, Enfermedades Cardiovasculares, Enfermedades Respiratorias (Agudas y Crónicas), Tabaco, Tuberculosis, Alcohol, Drogas, Salud Mental, Suicidio Adolescente y Factores Protectores, realizándose un profundo análisis de situación epidemiológica y análisis de la planificación operativa para el cumplimiento de metas. Este proceso fue realizado entre 2018 y 2020, el que se puede encontrar en el siguiente link: <https://estrategia.minsal.cl/analisis-critico-2/>

En cuanto al componente de apropiación, se encuestó a los referentes técnicos de las distintas Divisiones del Ministerio de Salud y se consultó respecto al nivel de conocimiento en temas de la ENS, experiencia en el reporte, monitoreo y evaluación de indicadores y conocimiento del proceso de elaboración de los lineamientos temáticos. Este componente concluye con recomendaciones basadas en los resultados obtenidos a partir de la aplicación de dicha encuesta.

El componente de coordinación, incluye la evaluación de la gestión realizada por el DENS con los referentes técnicos y encargados de tema de la Estrategia Nacional de Salud a nivel regional y central, destacando que un alto porcentaje de los encuestados contaba con más de 10 años de experiencia en el sector salud. En cuanto a su experiencia como encargado o referente de la Estrategia Nacional de Salud, el 41% de los encuestados lleva entre 1 año y 3 años en el cargo. Dentro de las preguntas que contemplaba la encuesta se consultó por la experiencia en el rol de referentes, la evaluación de la gestión del Departamento de la Estrategia Nacional de Salud, su percepción sobre el conocimiento y valoración de la Estrategia Nacional de Salud en su organismo por parte de sus pares y de ellos mismos como referentes, además de la percepción respecto a la orientación del equipo DENS en el trabajo de la Planificación Operativa. Este apartado finaliza entregando recomendaciones a partir de los resultados de la aplicación de la encuesta.

Del trabajo desarrollado se concluye la importancia de fortalecer el proceso de Evaluación de los Objetivos Sanitarios, a través de un plan que establezca el monitoreo y evaluación permanente como un insumo sólido y objetivo para la toma de decisiones tanto en lo operativo como en lo estratégico. Si bien la implementación de la plataforma SIMPO facilitó los procesos de trabajo a los equipos, se deben mantener los esfuerzos en esa dirección y en el resguardo de la correspondencia de los indicadores con su nivel estratégico.

Dentro de los aprendizajes obtenidos a partir del proceso actual, destacan la necesidad de dar continuidad al abordaje de los temas analizados, el contar con fuentes de datos de indicadores consistentes, confiables y precisos, pertinentes y periódicos y el promover a nivel intersectorial el desarrollo de procesos de planificación conjunta, tanto en el nivel central como regional, y entre equipos técnicos de un mismo organismo, o entre los distintos organismos, todo con el fin de obtener mejores resultados y con mayor pertinencia.

# AGRADECIMIENTOS

La Evaluación de Final de Período para la Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020 es producto del trabajo mancomunado de diversos equipos del Nivel Central, Secretarías Regionales Ministeriales y Servicios de Salud, profesionales a los cuales es necesario agradecer su compromiso y dedicación con esta tarea.

Este proceso, que ha estado marcado por la contingencia de la Pandemia de COVID-19, no habría sido posible sin la relevancia que las y los referentes y técnicos de tema le han otorgado al mismo, contribuyendo desde su experiencia técnica para que se logre el objetivo de la evaluación y aportando sus comentarios especializados en cada uno de los temas que la Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020 incluyó.

Vayan nuestros agradecimientos a cada uno de ustedes.



# INTRODUCCIÓN

La Evaluación de Final de la Década de la Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios de la Década (2011-2020), es fundamental para darle continuidad al ciclo de la planificación y evaluar el desempeño de la política pública en relación al cumplimiento de los objetivos sanitarios y la coherencia entre planificación estratégica y planificación operativa.

La Estrategia Nacional de Salud para la década 2011 - 2020 contiene las prioridades de salud que se abordan a través de nueve ejes estratégicos, en los que se incluyen las distintas temáticas con los desafíos a abordar durante la década, para los cuales se plantean en su cadena de resultados los logros que se esperan alcanzar a largo plazo (Objetivos de Impacto) y a mediano plazo (Resultados Esperados).

El proceso de evaluación tiene precedentes tanto en el plan de salud de la década 2000 - 2010, como en la mitad de período de la década 2011-2020, la que contempló evaluar el progreso de los Objetivos Sanitarios. Estos procesos previos han sido tomados como guía para el desarrollo de la presente evaluación, así como un conjunto de otras fuentes bibliográficas de instituciones nacionales y organismos internacionales. Se ha definido que la Evaluación de Final de Década permita dar cuenta tanto de los resultados de los objetivos propuestos como de antecedentes que permitan vislumbrar nodos críticos de la implementación del plan, aportando con dichos aprendizajes al proceso de formulación de los objetivos de la próxima década.

Para lo anterior, la Evaluación de Final de la Década incluye cuatro componentes, con distintas metodologías definidas según coherencia. Estos son:

1. **Monitoreo de Indicadores.**
2. **Análisis Crítico de Temas Seleccionados.**
3. **Apropiación.**
4. **Coordinación.**



# ANTECEDENTES

De acuerdo a la OMS, una estrategia de salud nacional sólida es aquella que se basa en un análisis y una respuesta al contexto, es creada de manera participativa y transparente, está acompañada por un marco de financiamiento y auditoría y depende de mecanismos sólidos de monitoreo y evaluación(1).

La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020(2) se establece para contribuir al logro de los objetivos sanitarios que apuntan a mejorar la salud de la población, disminuir las inequidades, aumentar la satisfacción y asegurar la calidad de las prestaciones de salud. Esta Estrategia fue formulada a principios de la década anterior y, en ella, se priorizaron cincuenta y cuatro temáticas de salud, que tuvieron un proceso de actualización el año 2015.

Para alcanzarlos, se empleó en su diseño la gestión basada en resultados, disponiendo así de una cadena de resultados (impactos, esperados e inmediatos) en una secuencia lógica causal, la que permite así establecer una relación lógica entre resultados, definidos colectivamente, que se espera alcanzar en distintos niveles programáticos y temporales, garantizando que los recursos de la organización se emplean en la consecución de las metas formuladas.

Como parte de la gestión integral, y al igual que en la década anterior, el componente de la evaluación se hace imprescindible para revisar el estado de avance hacia las metas establecidas que, a su vez, permite visualizar las medidas correctivas que se deben implementar para organizar una respuesta para el logro de los objetivos propuestos.

Es en este sentido, la Evaluación a Mitad de Periodo(3) buscó dar cuenta del progreso hacia el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década e identificar medidas de mejora para reorientar los esfuerzos, con miras a que éstos se alcanzaran al 2020.

Teniendo en cuenta que la evaluación no debe ser entendida como un proceso aislado sino como un componente del ciclo de la planificación estratégica, que oriente la acción y potencie el aprendizaje y mejora continua, la presente evaluación contempló una metodología similar a la realizada a mitad de período.

## **PLANIFICACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN: GESTIÓN BASADA EN RESULTADOS**

La planificación, el seguimiento y la evaluación se resumen en la gestión basada en resultados (GBR), la cual se define como “una estrategia general de gestión cuyo objetivo es lograr un mejor desempeño y resultados demostrables” esta ha sido adoptada por muchas organizaciones y administraciones públicas en todo el mundo(4). Una buena GBR es un proceso continuo, esto significa que hay una retroalimentación, aprendizaje y mejoras constantes. Al generar información objetiva, las evaluaciones permiten a los gestores tomar decisiones fundamentadas y planificar de forma estratégica. Cuando se usan eficazmente, las evaluaciones apoyan mejoras del programa, la creación de conocimientos y la rendición de cuentas. Es de interés preguntarse qué funciona, por qué y en qué contexto, a fin de realizar las mejoras necesarias y ajustar el enfoque y las estrategias. De

igual manera, cuando creamos conocimiento, el foco está en el desarrollo de información para su uso global y generalizar en otros contextos y situaciones.

Una rendición de cuentas eficaz requiere información objetiva y confiable, algo que las evaluaciones pueden ofrecer esa información. La utilización que se vaya a hacer de una evaluación determina su marco metodológico y el nivel y naturaleza de la participación de las partes interesadas. A lo largo del proceso de evaluación, se debe revisar y, si es necesario, redefinir en consulta con las partes interesadas la utilización que se había previsto. Este proceso inclusivo garantiza la credibilidad y apropiación del proceso de evaluación y de los productos, de ahí que resulte en una utilización óptima.

## **EVALUACIÓN MITAD DE PERIODO 2001-2010**

La evaluación de mitad de periodo de los Objetivos sanitarios de la década (OSD) 2000-2010 publicó sus resultados el año 2006(5), haciendo un análisis del grado de cumplimiento de las metas para los objetivos de impacto de cada uno de los temas incluidos en los 4 objetivos sanitarios.

En el Objetivo Sanitario (OS) I, relativo a mejorar los logros sanitarios alcanzados, hubo avances destacables en lo que respecta a los objetivos de impacto prioritarios de salud materna e infantil, sin embargo, no hubo avances en Tuberculosis. En el OS II, enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y los cambios de la sociedad, se reportó un limitado avance en lo respectivo a determinantes sociales y factores de riesgo, pese a que se mostró avances en los indicadores de mortalidad y discapacidad. Respecto a disminuir las inequidades, OS III, se describe que las brechas aumentaron entre distintos grupos sociales y zonas geográficas, aun cuando los grupos menos favorecidos disminuyen en tamaño de población. Se planteaba, ya desde ese entonces, la necesidad de focalizar las acciones en los grupos con mayores riesgos. Por último, respecto al OS IV, tendiente a proveer servicios acordes a las expectativas de la población, este presentó avances a mitad de período principalmente en la medición de aspectos como el financiamiento, satisfacción usuaria y calidad, hasta ese entonces no se había llevado a cabo medición alguna respecto a estas variables(5).

Ya en esta primera evaluación de los Objetivos Sanitarios, se reveló la importante limitante de la disponibilidad de "información sistemática y confiable para un número importante de objetivos (15%), por lo que se recomendaba generar los "procesos o sistemas de información que permitan obtener datos para las evaluaciones posteriores"(5).

## **EVALUACIÓN FINAL DE PERIODO 2001-2010**

El objetivo de esta evaluación fue analizar el cumplimiento de las metas asociadas a los objetivos sanitarios de la década 2000-2010 y recoger antecedentes que sirvieran de insumo para formular los nuevos desafíos y metas sanitarias de la década actual(6). En ese sentido, se establecieron 3 objetivos específicos:

1. Evaluar el grado de cumplimiento de las metas de impacto y el progreso de los objetivos de desarrollo establecidos para el decenio.
2. Evaluar los objetivos sanitarios como herramienta de planificación sanitaria.

3. Identificar nuevos desafíos para la planificación sanitaria de la siguiente década.

El grado de cumplimiento de las metas en la evaluación final fueron los que se muestra en la siguiente tabla:

**TABLA 1:**  
CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ESTABLECIDAS EN LOS OBJETIVOS SANITARIOS DE LA DÉCADA 2000-2010  
EN LA EVALUACIÓN DE FINAL DE PERÍODO.

Evaluación a Final del Período	Nº	%
Metas cumplidas	36	35,6%
Metas con avance importante	9	8,9%
Metas con avance discreto	6	5,9%
Metas no cumplidas	21	20,8%
Metas con retroceso	10	9,9%
No evaluable	19	18,8%
<b>Total Metas</b>	<b>101</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Elaboración propia DENS.*

De toda la documentación revisada con respecto a los Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010, se extrajeron conceptos claves y aprendizajes a ser considerados para el proceso siguiente:

- Promoción del trabajo intersectorial, entendiendo los Objetivos Sanitarios como política de Estado, dado que el éxito en las metas propuestas para la mayoría de los temas incorporados en estos objetivos, dependía en menor o mayor medida, de la acción coordinada con el intersector.
- Una mirada descentralizada en todos los niveles y fases de la formulación de objetivos sanitarios, dado que es imposible avanzar hacia el logro de los resultados sin considerar el contexto regional y local y sin entender el grado de contribución de estos niveles a la meta establecida.
- El fortalecimiento de los sistemas de información, de manera de asegurar la disponibilidad de fuentes de información y datos que permitan medir los procesos a medida que transcurre el período. Y, además, un sistema de información directamente relacionado con los objetivos sanitarios, que permita su monitoreo permanente y evaluación cuando sea necesario.
- El establecimiento de estrategias focalizadas en grupos de riesgo, más allá del establecimiento de acciones generales a nivel país que no permiten considerar las diferencias propias de la realidad nacional.
- El abordaje de las inequidades en salud con medidas específicas tendientes a disminuir las brechas entre grupos maximizando el beneficio en los menos aventajados.

- El usuario como centro de las acciones en salud, entendiendo que el abordaje de los determinantes sociales y los factores de riesgo para enfermedades es complejo, pero éticamente necesario y, por ende, debe ser objetivo en sí mismo de cualquier proceso de planificación y priorización en salud.
- La participación de actores relevantes del sistema de salud en el país en este proceso de planificación en salud, dado que es clave para el éxito del plan como carta de navegación.

## EVALUACIÓN MITAD DE PERIODO 2011-2020

La evaluación de mitad de periodo del plan nacional de salud 2011-2020(3), buscó dar cuenta del progreso hacia el cumplimiento de los objetivos sanitarios e identificar medidas de mejora.

En un proceso iterativo de consulta, con referentes de la Estrategia Nacional de Salud ministeriales y regionales, integrantes del Grupo Asesor de Evaluación y con la asesoría de académicos, se definieron variables a evaluar y la metodología para su análisis.

En esta evaluación se consideraron tres componentes de análisis: monitoreo, coordinación y diseño. El componente monitoreo tenía como fin la evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos de impacto y se clasificaron los resultados en cinco categorías: En retroceso, Avance Discreto, Avance Importante, Cumple y No evaluable. En el componente coordinación se analizó el estado actual de las comunicaciones y procesos establecidos, centrado en el rol del equipo del departamento Estrategia Nacional de Salud y sus respectivos referentes en el nivel central, SEREMIS y Servicios de Salud, a través de una encuesta diseñada específicamente para estos fines(7). Por último, en el componente Diseño, se pretendía evaluar la calidad del diseño de las estrategias priorizadas para alcanzar las metas, analizando los Lineamientos Temáticos en una jornada donde participaron los técnicos del nivel central y regional y representantes del Consejo Nacional de Salud(8). En dicha instancia, se evaluaron principalmente tres aspectos: consistencia entre la planificación estratégica y operativa, identificación de principios como equidad e intersectorialidad y suficiencia de las líneas de trabajo para la consecución de los resultados(7).

**TABLA 2:**  
CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ESTABLECIDAS EN LOS OBJETIVOS SANITARIOS DE LA DÉCADA 2011-2020  
EN LA EVALUACIÓN DE MITAD DE PERÍODO.

Evaluación a mitad del Período	Nº	%
Metas cumplidas	25	37%
Metas con avance importante	8	12%
Metas con avance discreto	9	13%
Metas con retroceso	11	16%
No evaluable	15	22%
Total Metas	68	100%

Fuente: Elaboración propia DENS.

# OBJETIVOS

## OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década y el proceso de planificación implicado para el logro de estos durante la década.

## Objetivos Específicos:

- Establecer el nivel de cumplimiento de las metas de los indicadores de objetivos de impacto y resultados esperados establecidos, en la Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020.
- Analizar la planificación en torno a la cadena de resultados para la consecución de metas en temas seleccionados.
- Identificar el nivel de conocimiento e involucramiento de los encargados técnicos del nivel central en los mecanismos de planificación, monitoreo y evaluación de la Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020.
- Conocer la percepción de los referentes técnicos nacionales y regionales respecto de la coordinación establecida en el abordaje de la Estrategia Nacional de la Salud.



# METODOLOGÍA

La Evaluación de Final de la Década pretende dar cuenta del cumplimiento de los objetivos sanitarios durante el período y observar otras características importantes de la implementación de la Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020. Para ello, se definió una metodología de acuerdo a recomendaciones de organismos internacionales, evaluaciones anteriores, y conceptos relevados en la revisión de la literatura realizada. Esta metodología contempla cuatro dimensiones de análisis: monitoreo, análisis crítico, apropiación y coordinación, que permitieron abarcar nodos críticos ya observados en evaluaciones y periodos anteriores, así como otros elementos relevantes de considerar.

## DIMENSIÓN MONITOREO

Esta dimensión permite establecer el grado de avance hacia el cumplimiento de las metas planteadas en la Estrategia 2011-2020 y analizar el desempeño de los resultados a lo largo de la década.

Para ello, se consideraron tres pasos secuenciales: primero, recolección y validación de la información; luego, análisis de los equipos técnicos por tema y, finalmente, se realizó una consolidación de la información obtenida anteriormente.

**1. Recolección y validación de información:** en esta fase se recolectó la información de fuentes de datos tanto internas como externas para establecer el estado de cumplimiento de los objetivos y metas establecidas, considerando que: para el cálculo de los indicadores se utilizaron las fichas de indicadores publicadas en la página de la Estrategia Nacional de Salud(9) y para establecer el grado de avance se utilizaron las mismas clasificaciones creadas en las evaluaciones de periodos anteriores; retroceso, avance discreto, avance importante, cumple, no evaluable.

Cabe señalar que, con respecto a las metas establecidas, en base a proyecciones de mortalidad, se mantendrá la actualización de la línea de base al 2010 y, por ende, la proyección al 2020, tal como se realizó en la Evaluación a Mitad de periodo.

**2. Análisis de los equipos técnicos por tema:** los resultados recolectados y validados previamente, fueron analizados con mayor profundidad por los distintos equipos técnicos a través de fichas que se enviaron vía correo electrónico. Estas fichas fueron preparadas por el DENS, para obtener una estandarización de la información respecto de los temas analizados.

**3. Consolidación:** posteriormente, se organizaron los resultados de los indicadores por eje estratégico, con la respectiva descripción de los datos encontrados y el análisis de los técnicos.

## DIMENSIÓN ANÁLISIS CRÍTICO

Esta dimensión fue la primera etapa desarrollada y estuvo destinada a conocer más profundamente el estado de situación de ciertos temas de salud priorizados y el desempeño de la gestión basada en resultados para alcanzar los objetivos establecidos; entendiendo que evaluar la cadena de resultados en su totalidad permite observar si la planificación y ejecución se condice con los avances presentados.

Para el desarrollo del Análisis Crítico de Temas, se formuló una metodología que se describe en el documento “Resumen Análisis Crítico Temas Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 Componente Inicial de la Evaluación Final de Período”(10). Dicho documento, al igual que los informes individualizados de cada tema de salud analizado, se encuentran publicados en la página web de la Estrategia Nacional de Salud <https://estrategia.minsal.cl/analisis-critico-2/>.

Es necesario señalar que, para la selección de temas a los cuales se aplicaría este análisis crítico, se aplicó una matriz de criterios de inclusión y exclusión; considerando los siguientes criterios de inclusión:

1. Estado de retroceso o avance discreto de los indicadores de impacto en la medición efectuada en la Evaluación de Mitad de Período.
2. Relevancia dentro del plan de gobierno.
3. Disponibilidad de datos para su medición.
4. Importancia en salud pública, usando para este último la información de carga de enfermedad entregada por The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) en la plataforma [www.healthdata.org](http://www.healthdata.org).

Como criterio de exclusión se consideró el contar con un plan elaborado entre 2018-2019, entendiendo que, para estos efectos, el problema ya había sido analizado.

De acuerdo al ranking generado a partir del puntaje obtenido por los criterios descritos previamente en la matriz, se definió analizar doce temas: *Diabetes Mellitus, VIH-SIDA, Conducta Sexual Segura, Enfermedades Cardiovasculares, Suicidio Adolescente, Salud Mental, Consumo Riesgoso de Alcohol, Consumo de Drogas Ilícitas, Consumo de Tabaco, Tuberculosis (TBC), Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Respiratoria Crónica (ERC)*.

El proceso de análisis se desarrolló a partir de cuatro componentes: *a) análisis de indicadores y análisis epidemiológico*, en el que se consideraron no sólo los indicadores dentro de la estrategia, sino aquellos de referencia internacional y nacional que permitieran abordar de forma más acabada cada tema; *b) análisis de la planificación operativa*, análisis descriptivo considerando lo reportado en el Sistema Informático de Monitoreo de Planificación Operativa (SIMPO) en el período 2016-2018; *c) revisión de la literatura*, a partir de una búsqueda exploratoria sobre intervenciones de impacto en el abordaje del problema definido para cada tema, en la que se utilizaron fuentes como MedLine®, EMBASE®, y Ovid® como biblioteca virtual; y *d) análisis comparativo*, entre las intervenciones observadas a través del POA y aquellas que muestran respaldo de la evidencia.

Como componente adicional, se desarrolló una instancia en la cual los referentes temáticos de nivel central pudieron realizar su propio análisis con respecto a lo presentado en el informe final, de modo de entregar una mirada integral y completa a la problemática expuesta.

Para este informe, se realizó un resumen de cada tema analizado, poniendo énfasis en los principales hallazgos, conclusiones y recomendaciones, tanto en lo relativo a indicadores y metas como a la Planificación Operativa Anual.

## **DIMENSIÓN APROPIACIÓN**

Esta dimensión está orientada a identificar y profundizar en qué grado los encargados del nivel central conocen y asumen su rol en torno a sus funciones como encargado de tema en la Estrategia Nacional de Salud, considerando esencial que se involucren en el proceso, tanto en la planificación como en el monitoreo. Además de vislumbrar la presencia de factores que facilitan y/o dificultan los procesos. Para ello se realizó una encuesta en línea confeccionada por el equipo DENS (ver Anexo 1), que tuvo el carácter de anónima para eliminar la posibilidad de sesgos.

El instrumento aplicado entre los meses de septiembre y octubre de 2020 constó de 20 preguntas que abarcaban un perfil del encuestado, los conocimientos en temas de la Estrategia Nacional de Salud, experiencia de monitoreo y evaluación, y lineamientos temáticos.

### **TEMAS INCLUIDOS EN ENCUESTA**

#### **1. Perfil de Referentes**

- a. Años de experiencia como referente

#### **2. Estrategia Nacional de Salud**

- a. Conocimiento de la Estrategia Nacional de Salud en relación a su tema
- b. Grado de familiarización con la cadena de resultados y las metas establecidas para el final del período
- c. Experiencia de reportar y monitorear los indicadores de su tema en la Estrategia Nacional de Salud
- d. Dificultad para recolectar datos desde su fuente de información
- e. Dificultad para recolectar datos en los plazos solicitados
- f. Desafíos para realizar el monitoreo, reporte y evaluación de su tema en la Estrategia Nacional de Salud
- g. Facilitadores para realizar el monitoreo, reporte y evaluación de su tema en la Estrategia Nacional de Salud

#### **3. Planificación Operativa**

- a. Conocimiento y satisfacción del proceso de elaboración de los lineamientos temáticos y el instrumento asociado a éste
- b. Participación en la elaboración y/o actualización de los lineamientos temáticos de los últimos cuatro años

La base de datos se obtuvo a través de la aplicación de la encuesta de manera virtual (Google Forms). Se registraron 69 respuestas, las que se importaron al software Excel. Para asegurar la calidad de los datos, previo al análisis se exploraron errores de codificación, datos atípicos y datos faltantes.

Para el análisis estadístico descriptivo de las variables, se utilizaron medidas porcentuales para las variables nominales y ordinales, en tanto que para las variables cualitativas las respuestas se sistematizaron y categorizaron de acuerdo a los ámbitos que se exploraban.

## **DIMENSIÓN COORDINACIÓN**

Esta dimensión se orienta a establecer el nivel de coordinación establecida entre los referentes ENS a nivel regional y nacional, y cómo esta influye o afecta el abordaje de los procesos de planificación, monitoreo y evaluación en torno a la Estrategia Nacional de Salud.

Para ello, se utilizó como instrumento la adaptación de la encuesta aplicada en la Evaluación de Mitad de Período, que fue diseñada en conjunto con los referentes de la Estrategia Nacional de Salud en ese momento.

Dicha encuesta fue aplicada de manera online, a fines del segundo semestre de 2020, a todos los referentes de la Estrategia Nacional de Salud.

Dicho instrumento constó de 97 preguntas que indagaban principalmente en la experiencia de los referentes en su rol, conocimiento de la Estrategia, conocimiento de los flujos de comunicación, lineamientos, plataforma de planificación, entre otros. De las 97 preguntas, 39 se realizaron conjuntamente a referentes de la ENS y a los técnicos nacionales y regionales de temas de la estrategia y 58 preguntas se realizaron exclusivamente a los referentes de la estrategia.

## **TEMAS INCLUIDOS EN ENCUESTA**

### **1. Perfil de referentes**

- a. Años de experiencia en sector salud
- b. Años de experiencia como referente
- c. Cargo
- d. Otras responsabilidades en lugar de trabajo

### **2. Experiencia en rol de referente**

- a. Inducción Plan Nacional de Salud y rol de referente
- b. Demanda de trabajo y disponibilidad de tiempo
- c. Funciones como referente Estrategia Nacional de Salud
- d. Apoyo a rol de referente dentro de organismo de desempeño
- e. Disponibilidad de comunicación con actores clave dentro de la Estrategia Nacional
- f. Beneficios y dificultades experimentadas en rol de referente

### **3. Gestión Departamento Estrategia Nacional de Salud**

- a. Evaluación del trabajo liderado por el Departamento Estrategia Nacional de Salud

### **4. Estrategia Nacional de Salud**

- a. Conocimiento de la Estrategia Nacional de Salud en los diferentes organismos
- b. Relevancia percibida de la Estrategia Nacional de Salud
- c. Contribución Estrategia Nacional de Salud

## 5. Planificación Operativa

- a. Alineación entre instrumentos de planificación y gestión sector salud
- b. Contribución Planificación Operativa
- c. Calidad de instrumentos para la Planificación Operativa
  - i. Lineamientos temáticos
  - ii. Sistema informático de monitoreo y planificación operativa

La base de datos se obtuvo a través de la aplicación de la encuesta de manera virtual (Google Forms), se registraron 157 respuestas, las que se importaron al software Excel. Para asegurar la calidad de los datos, previo al análisis se exploraron errores de codificación, datos atípicos y datos faltantes.

Para el análisis estadístico descriptivo de las variables, se utilizaron medidas porcentuales para las variables nominales y ordinales.

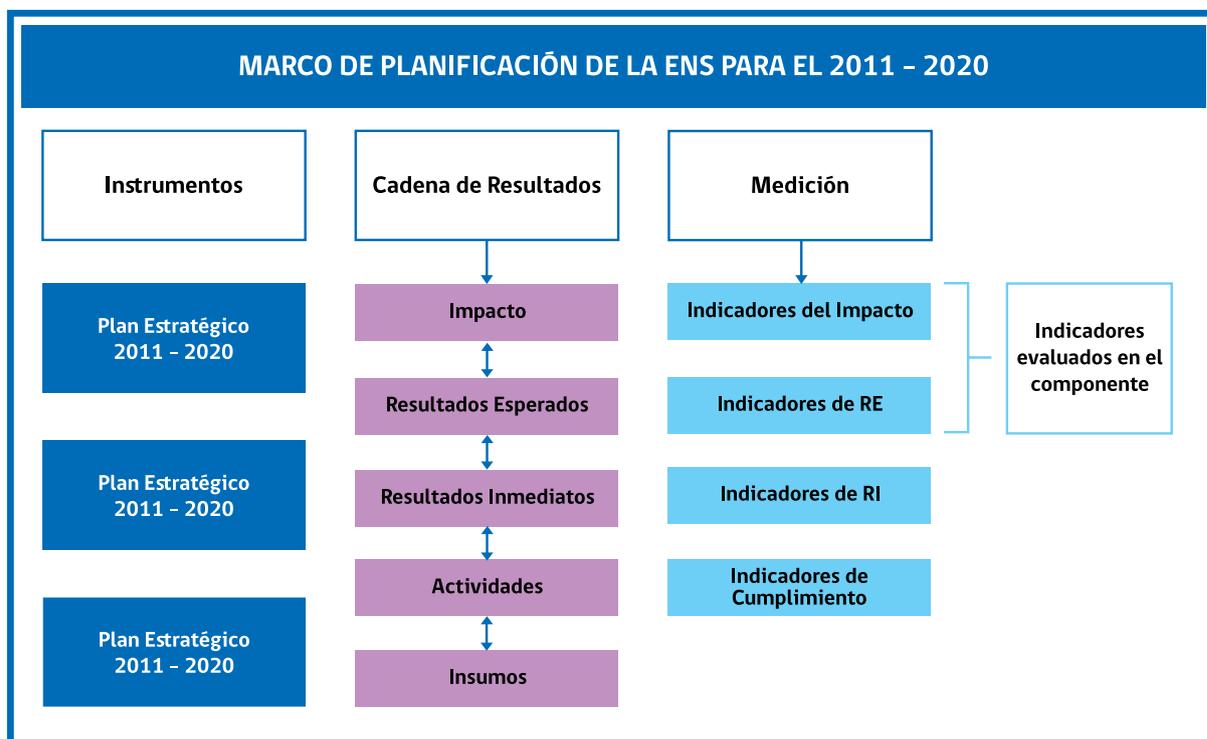


# I. RESULTADOS

## COMPONENTE MONITOREO

Dentro de la cadena de resultados que compone conceptualmente la ENS 2011-2020, el componente Monitoreo de Indicadores focalizó su análisis en el nivel estratégico de la planificación, donde se considera tanto los Objetivos de Impacto como los Resultados Esperados por cada tema, según se representa en la figura 1.

**FIGURA 1:**  
MARCO DE PLANIFICACIÓN DE LA ENS, CADENA DE RESULTADOS Y MARCO DE MEDICIÓN INCLUIDOS EN LA EFD 2011-2020



Tanto en la versión de la evaluación de la década 2000 - 2010(6) como en la evaluación de mitad de periodo de la década(3), se evaluó solo el grado de cumplimiento de las metas de objetivos de impacto. Sin embargo, en la presente evaluación, se analizó la medición del nivel de cumplimiento de los objetivos de impacto y sus respectivos resultados esperados, para analizar el efecto de la causalidad en la cadena de resultados.

**TABLA 3:**  
CADENA DE RESULTADOS DE LOS TEMAS DE LA ENS 2011-2020, DEFINICIÓN Y NIVEL DE PLANIFICACIÓN RESPECTIVO.

Cadena de resultados	Definición	Nivel de planificación
Objetivo de Impacto	Son los cambios en el bienestar de la población relacionados con la salud o sus determinantes que ocurren en el largo plazo de manera sostenible. Por ejemplo, una mejora de la situación sanitaria de la población conseguida gracias a una disminución de la morbilidad y la mortalidad, la eliminación o erradicación de una enfermedad, una disminución de la prevalencia de factores de riesgo, financiamiento equitativo, entre otros.	Estratégico (común para todos los actores y niveles de responsabilidad)
Resultado Esperado	Son los cambios en el bienestar de la población relacionados con la salud o sus determinantes que ocurren a corto o mediano plazo atribuibles a las intervenciones del sector o intersector, además de aquellos cambios que pueden afectar la capacidad y funcionamiento del sistema de salud. Por ejemplo, la cobertura de una intervención o el desempeño del sistema de salud, como la cobertura de vacunación, la cobertura de tratamiento o el acceso a la atención.	
Resultado Inmediato	Todo aquello que el sector e intersector pretende hacer para contribuir al logro de los resultados esperados, y sobre lo cual tendrán que rendir cuentas. Se refiere resultados asociados directamente a los productos y servicios en cada nivel de responsabilidad. Por ejemplo, estándares normativos, intervenciones, programas, directrices, entre otros.	Operativo (diferenciado según nivel de responsabilidad)
Actividad	Conjunto de acciones realizadas a fin de producir los resultados inmediatos. Deben estar claramente vinculadas a la consecución de cada uno de los resultados inmediatos.	
Insumos	Recursos humanos, financieros, materiales y de otro tipo requeridos y empleados para la realización de las actividades.	

Fuente: Elaboración propia DENS.

Para efectos de lograr establecer el estado de avance y logro de las metas de impacto y de resultado esperado, se procedió a recolectar la información desde las diversas fuentes de información establecidas en las fichas técnicas de los indicadores correspondientes(9). En los casos que la fuente provenía de algún organismo externo, se realizó la solicitud formal de dicha información. Posterior a esto, se realizó la confección y se remitió la ficha resumen del tema a encargado de nivel central. Lo anterior, con el fin de que se generara un análisis más profundo de lo observado y su contexto durante el periodo 2011-2020.

Se debe considerar que, para motivo de este documento, el último dato disponible para cada indicador es el considerado para el nivel de cumplimiento, teniendo en cuenta, además, que la evaluación es un proceso continuo y que cada año se actualiza la información de ciertos indicadores que comprenden la estrategia.

Los resultados que se presentan a continuación tienen fecha de corte junio de 2021 y se presentarán globalmente, por eje estratégico y por tema incluido en cada uno de estos ejes. La ENS 2011-2020, como se mencionó anteriormente, comprende nueve ejes estratégicos, con 48 temas en total, 69 indicadores de impacto y 189 indicadores de resultados esperados.

Para efectos de establecer el estado de avance de los resultados, se mantuvieron las siguientes categorías utilizadas en la evaluación de mitad de periodo:

**Retroceso:** cuando el valor disponible a mitad de periodo, o próximo a él, representa un empeoramiento de lo establecido en la línea base.

**Avance discreto:** cuando el valor disponible a mitad de periodo, o próximo a él, representa un porcentaje de avance, entre lo establecido en la línea base y la meta 2020, mayor a 0% y menor a 50%.

**Avance importante:** cuando el valor disponible a mitad de periodo o próximo a él representa un porcentaje de avance, entre lo establecido en la línea base y la meta 2020, mayor o igual a 50% y menor a 100%.

**Cumple:** cuando el valor disponible a mitad de periodo o próximo a él, es igual a la meta establecida al 2020 o incluso mejor a ella.

**No evaluable:** esta categoría se establece para efectos de aquellos indicadores que no se pueden calcular ya sea por falta de datos, casos en los que la línea base se obtuvo recién el 2015 o posterior a ese año, o casos en los que el estado de cumplimiento se encuentra igual que la línea base y no se permite la comparación.

Para efectos de comparación, a continuación, se presentan los resultados en cuanto a las categorías descritas de los 69 objetivos de impacto de esta década (Tabla 4):

**TABLA 4:**  
ESTADO DE AVANCE DE LAS METAS ESTABLECIDAS EN LOS OBJETIVOS SANITARIOS DE LA DÉCADA 2011-2020  
EN LA EVALUACIÓN DE FINAL DE PERÍODO.

Evaluación a final del Período	Nº	%
Metas cumplidas	25	36%
Metas con avance importante	7	10%
Metas con avance discreto	10	15%
Metas con retroceso	12	17%
No evaluable	15	22%
Total, Metas	69	100%

Fuente: Elaboración propia DENS.

En las siguientes tablas se resume el nivel de cumplimiento para los Objetivos de Impacto por eje estratégico (Tabla 5) y para los Resultados Esperados (Tabla 6) según las categorías anteriormente descritas.

**TABLA 5:**  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LAS METAS PLANTEADAS POR EJE ESTRATÉGICO PARA LOS OBJETIVOS DE IMPACTO DE LA ENS 2011-2020.

Eje Estratégico	OI	Nivel de cumplimiento				
		R	AD	AI	C	NE
EE1 Enfermedades Transmisibles	11	3	0	0	8	0
EE2 Enfermedades No Transmisibles, Violencia y Discapacidad	15	4	0	2	4	5
EE3 Hábitos de vida	7	3	3	0	1	0
EE4 Curso de Vida	8	1	1	2	3	1
EE5 Equidad y Salud en Todas las Políticas	5	0	1	0	2	2
EE6 Medio Ambiente e Inocuidad Alimentaria	6	0	2	2	1	1
EE7 Institucionalidad del Sector Salud	12	1	3	1	4	3
EE8 Calidad de la Atención	4	0	0	0	1	3
EE9 Emergencias, Desastres y Epidemias	1	0	0	0	1	0
Total, Indicadores de Objetivos de Impacto	69	12	9	6	25	17

*OI: Objetivo de Impacto; R: Retroceso; AD: Avance Discreto; AI: Avance Importante; C: Cumple; NE: No evaluable.*

**TABLA 6:**  
NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LAS METAS PLANTEADAS POR EJE ESTRATÉGICO PARA LOS RESULTADOS ESPERADOS DE LA ENS 2011-2020.

Eje Estratégico	RE	Nivel de cumplimiento				
		R	AD	AI	C	NE
EE1 Enfermedades Transmisibles	30	3	2	10	13	2
EE2 Enfermedades No Transmisibles, Violencia y Discapacidad	48	7	6	4	10	21
EE3 Hábitos de vida	19	5	3	1	9	1
EE4 Curso de Vida	28	3	6	6	2	11
EE5 Equidad y Salud en Todas las Políticas	11	0	2	0	5	4
EE6 Medio Ambiente e Inocuidad Alimentaria	7	1	1	1	2	2
EE7 Institucionalidad del Sector Salud	31	8	0	3	11	9
EE8 Calidad de la Atención	11	0	1	3	4	3
EE9 Emergencias, Desastres y Epidemias	4	0	2	1	1	0
Total Indicadores Resultados Esperados	189	27	23	29	57	53

*RE: Resultado Esperado; R: Retroceso; AD: Avance Discreto; AI: Avance Importante; C: Cumple; NE: No evaluable.*

En las siguientes secciones de este componente se describirán los resultados en general de la Estrategia en cuanto a nivel de avance, por eje estratégico y por cada tema dentro del respectivo eje, con un abordaje breve por parte de los equipos técnicos de la situación planteada en cuanto a la meta.

## EJE 1: ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Objetivo de impacto	Indicador de impacto	Línea Base	Meta 2020	Evaluación final de periodo	Estado
<b>Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública</b>	Disminuir a 5 x100.000 habitantes la tasa de incidencia proyectada.	13,3 x 100.000 habitantes (2010)	5,0 x 100.000 habitantes	14,4 x 100.000 habitantes (2019)	<b>Retroceso</b>
<b>Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas</b>	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas.	18,6 x 100.000 habitantes (2010)	10,2 x 100.000 habitantes	19,2 x 100.000 habitantes (2019)*	<b>Retroceso</b>
<b>Disminuir la carga de enfermedad asociada a las enfermedades zoonóticas y vectoriales según macrozona</b>	Mantener en 0 el número de casos de dengue y malaria en Chile continental.	0 casos (2010)	0 casos	0 casos	<b>Cumple</b>
	Mantener en 0 el número de casos autóctonos de rabia humana transmitida por el perro.	0 casos (2010)	0 casos	0 casos	<b>Cumple</b>
	Lograr que el 95% de los niños con Chagas congénito terminen tratamiento de acuerdo a la norma técnica 2014.	91,6% (2015)	95%	75%	<b>Retroceso</b>
<b>Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación</b>	Mantener en 0 el número de casos autóctonos de Poliomieltis por virus salvaje.	0 casos (2010)	0 casos	0 casos	<b>Cumple</b>
	Mantener en 0 el número de casos secundarios de cólera.	0 casos (2010)	0 casos	0 casos	<b>Cumple</b>
	Mantener en 0 el número de casos de hepatitis B ocurridos por transmisión vertical.	0 casos (2010)	0 casos	0 casos	<b>Cumple</b>
	Mantener en 0 el número de casos congénitos de Rubéola.	0 casos (2010)	0 casos	0 casos	<b>Cumple</b>
	Mantener en 0 el número de casos de Sarampión.	0 casos (2010)	0 casos	0 casos	<b>Cumple</b>
<b>Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA</b>	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por VIH/SIDA.	2,5 x 100.000 habitantes (2010)	1,7 x 100.000 habitantes	1,4 x 100.000 habitantes (2019)*	<b>Cumple</b>
*Dato pendiente de validación					

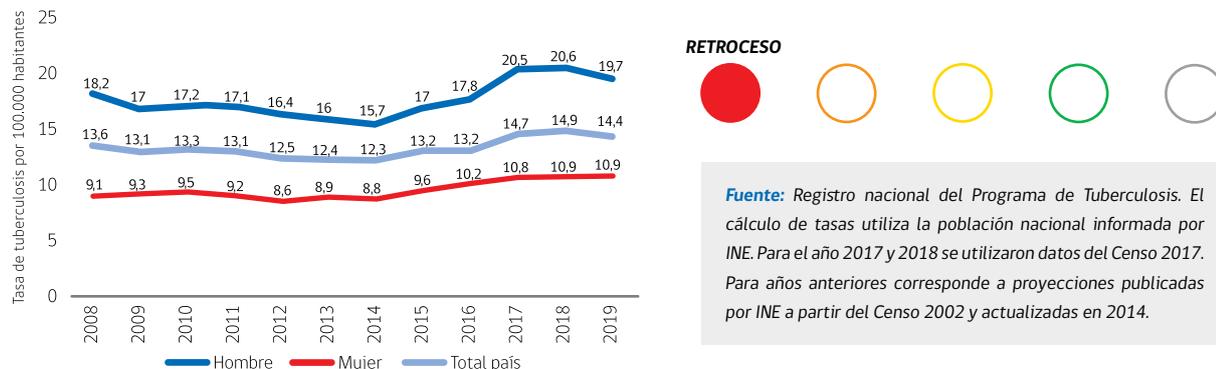
## TUBERCULOSIS

### OBJETIVO DE IMPACTO:

### Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública.

GRÁFICO 1:

TASA DE INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS



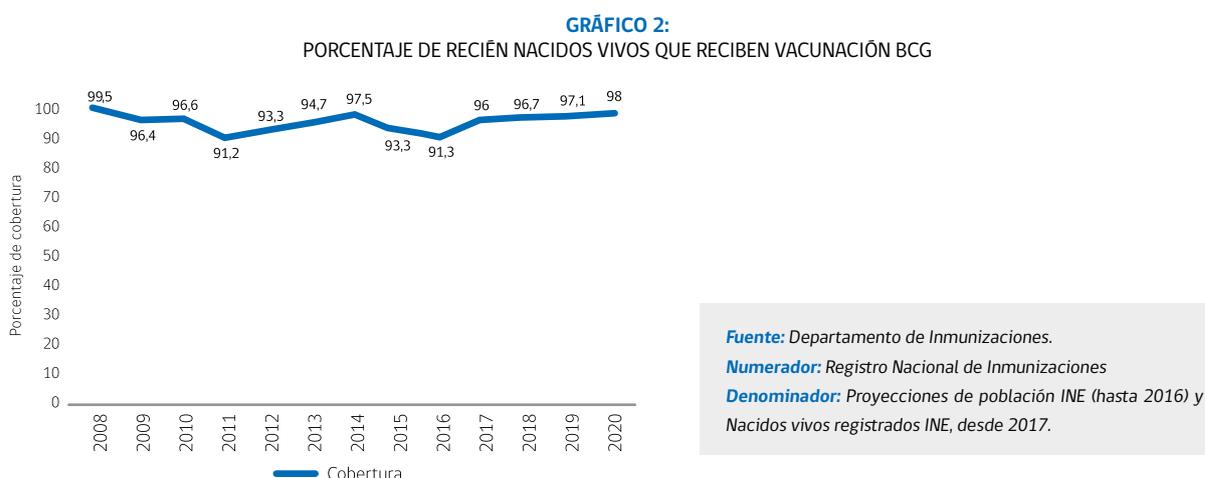
La incidencia de tuberculosis en Chile al comienzo del periodo presentaba una cifra estable cercana a los 13 casos por cada 100.000 habitantes al año. A partir del 2014 se observa una tendencia al alza en la incidencia, alcanzando los 14,4 casos por 100.000 en el año 2018 (gráfico 1). Esta tasa corresponde a 2795 casos nuevos diagnosticados ese año, lo que representa un aumento de 209 casos con respecto al año anterior.

Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Tasa de incidencia de TBC	13,3*100.000 habitantes	5*100.000 habitantes	13,2*100.000 habitantes	14,4*100.000 habitantes

Si bien en el año 2000 el país alcanzó el umbral de eliminación de la tuberculosis, con una tasa inferior a 20 casos por 100.000, durante la década 2010-2020 se observó un enlentecimiento de la progresión hacia la meta de eliminación (5 casos por 100.000) y un retroceso en los últimos 5 años, con una tendencia al aumento de la tasa de incidencia de tuberculosis a nivel nacional. El Programa de Tuberculosis ha interpretado esta situación como resultado, en gran parte, de la concentración de la carga de enfermedad en los grupos socialmente vulnerables, lo que implica la necesidad de estrategias específicas y transectoriales. En el último informe anual del Programa, correspondiente al año 2019, se observó que el 74,1% de los casos de tuberculosis diagnosticados ese año presenta al menos un factor de riesgo. Esta proporción se ha incrementado año a año durante el último quinquenio. Entre los grupos vulnerables de población identificados con mayor frecuencia entre las personas con tuberculosis, destacan migrantes, adultos mayores, personas con consumo problemático de alcohol, personas que consumen drogas y personas viviendo con VIH<sup>+</sup>. Los factores de vulnerabilidad psicosocial incrementan la probabilidad de enfermar por tuberculosis y disminuyen la posibilidad de consulta y diagnóstico oportuno. Al concentrarse la carga de enfermedad en los grupos de población vulnerable, las estrategias de pesquisa de tuberculosis se vuelven insuficientes de la manera en que se diseñaron al comienzo de la década, y posteriormente en la normativa del año 2014.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar la cobertura de vacunación con BCG en recién nacidos.	Porcentaje de cobertura de vacunación con BCG en recién nacidos.	Lograr que el 95% de los recién nacidos reciban la vacuna contra la tuberculosis.	<b>Cumple</b>

La vacunación BCG es obligatoria en Chile. Esta vacuna protege a niños y niñas de las formas graves de la tuberculosis (meningitis tuberculosa y TBC pulmonar diseminada) y previene la muerte por estas causas. La BCG está incorporada en el Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI), el cual asume la gestión y evaluación. El procedimiento debe ser realizado en los servicios de neonatología y puerperio por los/las profesionales encargadas de la atención del neonato del sistema público y privado de salud. La meta de cobertura a nivel nacional es de 95% y se ha mantenido estable durante el tiempo según se observa en el gráfico 2. A partir de 2017, se produjo el cambio de denominador, utilizando los recién nacidos vivos registrados en el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel), lo que permite un seguimiento individual de la cohorte.



Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar la detección precoz de la TBC	Porcentaje de casos esperados de tuberculosis, en todas sus formas, que son diagnosticados.	Lograr que 90% de los casos de tuberculosis, en todas sus formas, sean diagnosticados.	<b>Avance Importante</b>
	Porcentaje de casos de tuberculosis pulmonar diagnosticados por cultivo.	Lograr que 20% de los casos de tuberculosis pulmonar se diagnostique sólo por cultivo.	<b>Cumple</b>

Para este resultado esperado, se formularon 2 indicadores; uno tiene que ver con el porcentaje de casos de tuberculosis estimados que son diagnosticados, y el segundo específicamente para los casos de TBC pulmonar que se diagnostican por cultivo. El primero presenta un avance importante hacia la meta y el segundo se encuentra cumplido.

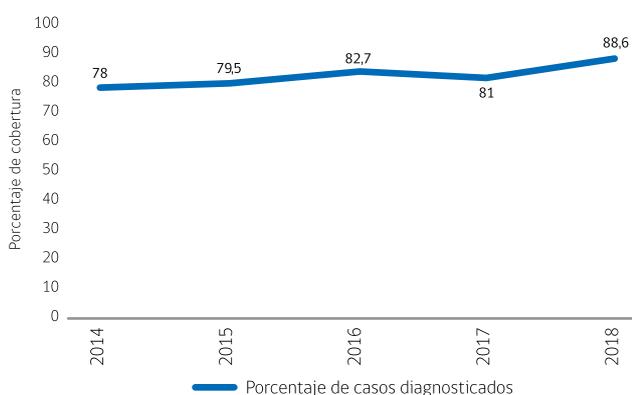
#### INDICADOR 1: PORCENTAJE DE CASOS DE TBC EN TODAS SUS FORMAS DIAGNOSTICADOS PRECOZMENTE.

Cada año, la Organización Mundial de la Salud realiza una estimación del número de casos que se espera que tenga un determinado territorio en base a un conjunto de parámetros epidemiológicos y operacionales.

Comparar el número de casos estimados con el número de casos que efectivamente se diagnosticaron en el mismo territorio y periodo de tiempo, permite dimensionar la brecha diagnóstica, es decir, los casos que se estima que ocurren, pero no llegan a ser diagnosticados. La OMS establece como meta que la brecha diagnóstica sea igual o menor al 10%, es decir, que se diagnostiquen al menos el 90% de los casos estimados.

En lo respectivo a los casos esperados y diagnosticados en Chile se observa que, para cada año, desde el 2014 al 2018, existe un aumento sostenido del número de nuevos casos de TBC; el 2018 se notificaron 2.945 casos, 359 más que el 2017 y 760 más que el año 2014. La meta establecida para este indicador es de un 90%, la cual no se ha cumplido para ninguno de los años observados (Gráfico 3), sin embargo, la tendencia a través del tiempo es a reducir la brecha diagnóstica.

**GRÁFICO 3:**  
PORCENTAJE DE CASOS ESPERADOS DE TUBERCULOSIS, EN TODAS SUS FORMAS, QUE SON DIAGNOSTICADOS.



Fuente: Registro nacional del Programa de Tuberculosis.

**INDICADOR 2: PORCENTAJE DE CASOS PULMONARES DIAGNOSTICADOS POR CULTIVO.**

Para el segundo indicador de este resultado esperado, de detección precoz de TBC pulmonar por cultivo, a nivel nacional el año 2018 el porcentaje de casos pulmonares confirmados bacteriológicamente que se diagnosticaron por cultivo fue de un 20,4%, cifra que es menor al año anterior y que cumple con la meta de entre 20 y 30% (Gráfico 4).

Al comienzo de la década se consideraba que un diagnóstico por cultivo se asociaba a una enfermedad temprana, en contraposición con el diagnóstico mediante baciloscopia, que es positiva en etapas más avanzadas de la enfermedad.

Actualmente, la disponibilidad de pruebas de biología molecular para el diagnóstico de la tuberculosis ha modificado los fundamentos técnicos de este indicador, haciéndolo menos representativo, por cuanto existen mejores técnicas disponibles para el diagnóstico precoz de los casos pulmonares.

**GRÁFICO 4:**  
PORCENTAJE DE CASOS ESPERADOS DE TUBERCULOSIS, EN TODAS SUS FORMAS, QUE SON DIAGNOSTICADOS.



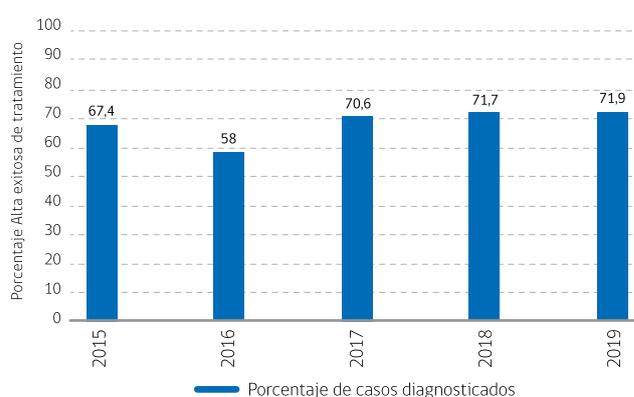
Fuente: Registro nacional del Programa de Tuberculosis.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar la adherencia al tratamiento contra la TBC	Porcentaje de pacientes con TBC pulmonar con confirmación bacteriológica, mayores de 15 años, que reciben alta de tratamiento.	Lograr que el 90% de los pacientes con tuberculosis pulmonar con confirmación de bacterias y mayores de 15 años sean dados de alta del tratamiento.	<b>Avance importante</b>

Cada año, se realiza un balance con la condición de egreso de tratamiento de los pacientes nuevos con TBC en todas sus formas, confirmados o no mediante bacteriología. Las metas del Programa para esta evaluación son consistentes con las propuestas de la Organización Mundial de la Salud, y corresponden a lograr al menos un 90% de curación, no más de 5% de pérdidas de seguimiento, menos de 3% de fallecidos y menos de 1% de fracasos.

El alta de tratamiento se define de dos maneras posibles: curado confirmado, que corresponde a las personas que completan su tratamiento y tienen cultivos negativos al final del mismo, y como tratamiento terminado, se definen aquellos pacientes que completan su tratamiento con evolución favorable pero no se cuenta con bacteriología negativa que confirme su curación. Ambas condiciones se consideran éxito de tratamiento. La evaluación de las cohortes anuales de tratamiento de casos nuevos en todas sus formas muestra que existe una mejoría sostenida en el tiempo, llegando a un 74,1% de altas en el 2018, pero sin alcanzar la meta del 90%. Cuando se analiza la información por localización de la tuberculosis, un 71,9% de las tuberculosis pulmonares son dados de alta (Gráfico 5), 12% fallecen, y 9,2% presentan pérdida de seguimiento. En cuanto a la tuberculosis extrapulmonar, se lograría una mayor proporción de altas de tratamiento, sin embargo, al igual que la tuberculosis pulmonar, los resultados se encuentran por debajo de la meta.

**GRÁFICO 5:**  
PORCENTAJE DE PACIENTES CON TBC PULMONAR CON CONFIRMACIÓN BACTERIOLÓGICA, MAYORES DE 15 AÑOS, QUE RECIBEN ALTA DE TRATAMIENTO.



Fuente: Registro nacional del Programa de Tuberculosis.

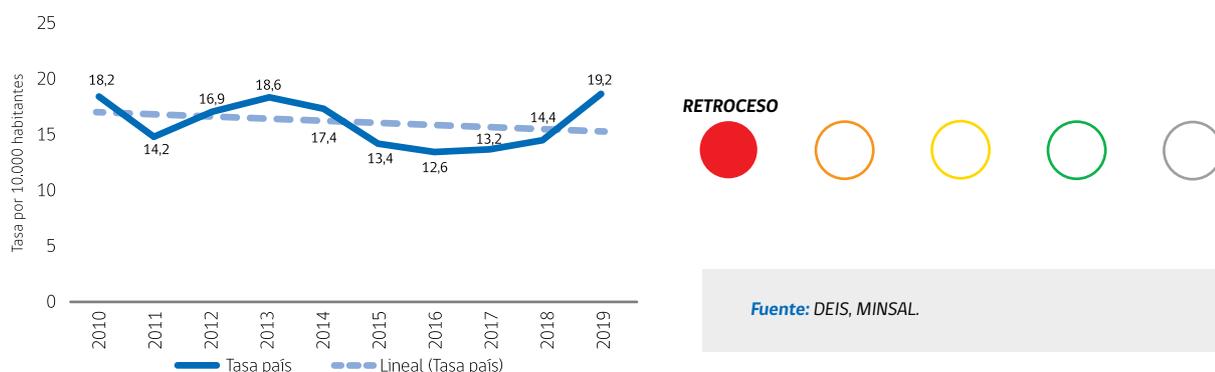
## INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

### OBJETIVO DE IMPACTO:

**Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas.**

GRÁFICO 6:

TASA AJUSTADA DE MORTALIDAD POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.



La tasa estandarizada de mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en la década, en general, se muestra con una tendencia a la baja durante el período 2010 - 2016, respecto de los resultados de la década anterior, variando desde 18,6 a 12,6 muertes por 100.000 habitantes. No obstante, las tasas muestran ciclos periódicos y con ello se observan alzas en algunos años (Gráfico 6). Cabe señalar que el dato 2019 aún se encuentra pendiente de validación por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

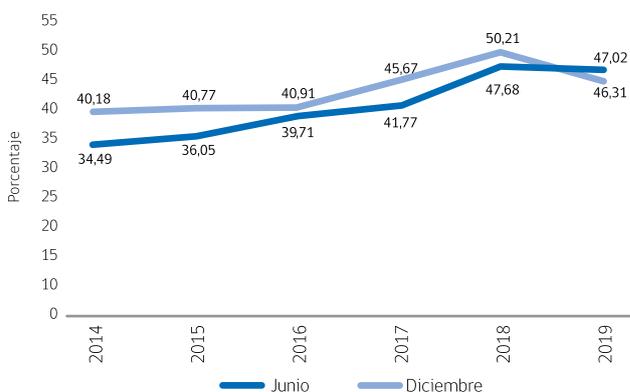
Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Tasa ajustada de mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas	18,6*100.000 habitantes	10,2*100.000 habitantes	17,4*100.000 habitantes	19,2*100.000 habitantes

Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar la Calidad y Oportunidad de la Atención de pacientes con enfermedades respiratorias agudas	Porcentaje de niños(as) menores de 7 meses con riesgo severo de morir por neumonía que reciben Visita Domiciliaria Integral según Norma MINSAL.	Lograr que 90% de los niños/as menores de 7 meses con riesgo severo de morir por neumonía reciban visita domiciliaria integral según Norma MINSAL .	<b>Avance discreto</b>
	Porcentaje de pacientes atendidos en Urgencia (UEH, SAPU y SAR) por Neumonía y Crisis Obstructiva que se derivan a sala IRA y ERA.	Lograr que 60% de los pacientes atendidos en urgencia (UEH, SAPU y SAR) por neumonía y crisis obstructiva se deriven a sala IRA y ERA.	<b>No evaluable</b>

El indicador "Porcentaje de pacientes atendidos en Urgencia (UEH, SAPU y SAR) por Neumonía y Crisis Obstructiva que derivan a sala IRA y ERA" no cuenta con datos disponibles para su medición, porque la fuente definida Registro Estadístico Mensual (REM) en su desagregación no posee la especificidad requerida según la ficha técnica del indicador.

Para este indicador los datos se encuentran disponibles desde el año 2014, contando con dos mediciones por año, lo que corresponde a la población menor de 7 meses que se encuentra bajo control en los Centros de Atención Primaria de Salud. Este se encuentra en estado de Avance Discreto con 46,3% en diciembre de 2019 y, en el gráfico 7 se puede observar que ha ido aumentando en su cobertura, pero aún se encuentra lejano al 90% propuesto como meta para la década.

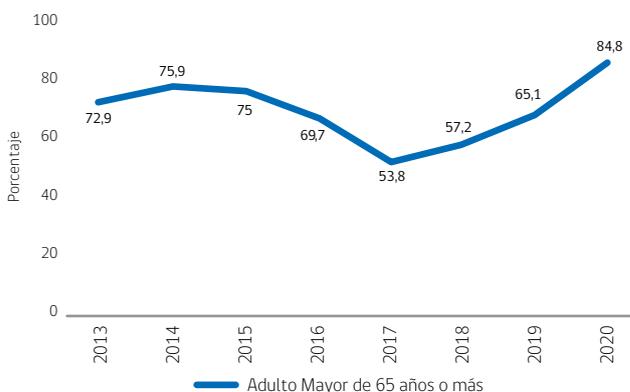
**GRÁFICO 7:**  
PORCENTAJE DE NIÑOS(AS) MENORES DE 7 MESES CON RIESGO SEVERO DE MORIR POR NEUMONÍA QUE RECIBEN VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL SEGÚN NORMA MINSAL



Fuente: DEIS, MINSAL.

Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar la cobertura de inmunización anti-influenza y antineumocócica en grupos prioritarios	Porcentaje de personas adultas mayores, de 65 y más, que reciben vacunación anti-influenza.	Lograr que 95% de las personas de 65 años y más reciban vacunación anti-influenza.	<b>Avance importante</b>
	Porcentaje de niños de 1 año con esquema completo de vacunación antineumocócica.	Lograr que 95% de los niños/as menores de 1 año reciban todas las dosis de vacunas antineumocócica.	<b>Avance importante</b>
	Porcentaje de personas adultas mayores de 65 años que reciben vacunación antineumocócica.	Lograr que 95% de las personas de 65 años y más reciban vacunación antineumocócica.	<b>Retroceso</b>

**GRÁFICO 8:**  
PORCENTAJE DE PERSONAS ADULTAS MAYORES, DE 65 Y MÁS, QUE RECIBEN VACUNACIÓN ANTI-INFLUENZA



Fuente: Departamento de inmunizaciones, MINSAL.

La vacuna anti-influenza para mayores de 65 años (gráfico 8), ha mostrado una variación de carácter oscilante a nivel país con un nivel más alto el 2014 (75,9%) y más bajo el 2017 (53,8%). Entre los años 2018 y 2020 ha vuelto a aumentar la cobertura, alcanzando el último año un 84,8%, año especialmente marcado por la pandemia y un alto interés por vacunarse.

**GRÁFICO 9:**  
PORCENTAJE DE NIÑOS DE 1 AÑO CON ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA



Fuente: Departamento de inmunizaciones, MINSAL.

**GRÁFICO 10:**  
PORCENTAJE DE PERSONAS ADULTAS MAYORES DE 65 AÑOS QUE RECIBEN VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA POR AÑO Y ACUMULADO POR COHORTE DESDE 2012



Fuente: Departamento de inmunizaciones, MINSAL.

Entre el 2013 y el 2020, la cobertura de esquema completo de vacuna neumocócica conjugada en niños de 12 meses se mantuvo sobre el 90% (gráfico 9), alcanzando un máximo de 96,4% el año 2018. A nivel regional la mediana del periodo fue de 92,3% y el rango intercuartil de 88,5% a 95,4%.

En lo relativo a este indicador es necesario hacer algunas precisiones dado que en la década la vacuna neumocócica polisacárida ha sufrido cambios en la definición de la población objetivo. Se administra desde el año 2015 a adultos de 65 años o más, sin embargo, la cobertura se mide en base a la cohorte de 65 años de cada año.

El gráfico 10 representa el seguimiento de cohortes de vacunados de 65 años y más, desde el año 2012 (en la línea azul); la línea celeste representa el porcentaje de personas vacunadas que cumplen 65 años el año correspondiente.

En el periodo 2012-2020, la cobertura de esta vacuna en la cohorte de 65 años ha tenido variaciones, sin sobrepasar el 20% desde 2014. Actualmente se administra la mayor parte de las vacunas en edades mayores o para no perder la oportunidad de vacunar en el contexto de la campaña Influenza se vacuna personas de 64 años, que cumplen 65 en el año (que tampoco se cuentan en el indicador).

Al analizar la línea azul del gráfico, se observa que la cohorte que cumplió 65 años el año 2012 acumula hoy en día un 86,8% de cobertura, y que, en el año 2012, cuando la cohorte cumplió 65 años se vacunó un 21%, lo que implica que en los siguientes 9 años se ha vacunado el 65% de ese grupo.

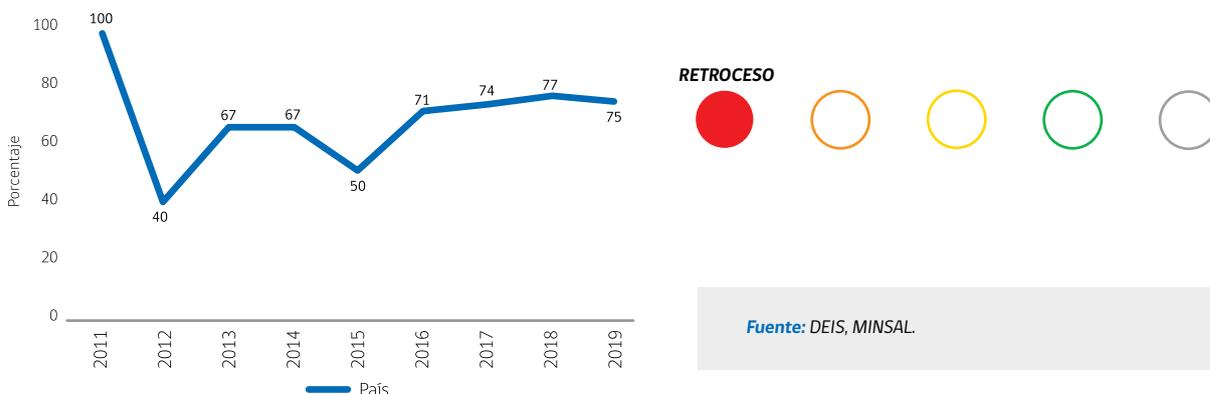
## ENFERMEDADES ZONÓTICAS Y VECTORIALES

### OBJETIVO DE IMPACTO:

**Disminuir la carga de enfermedad asociada a las enfermedades zoonóticas y vectoriales según macrozona.**

**GRÁFICO 11:**

INDICADOR 1ª, PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO CON CHAGAS CONGÉNITO QUE TERMINEN TRATAMIENTO DE ACUERDO A LA NORMA TÉCNICA 2014



Para este objetivo de impacto se establecieron 3 indicadores: casos autóctonos de rabia humana por virus rábico variante canina, número de casos autóctonos de Dengue y Malaria en Chile continental; estos dos cumplidos en la meta propuesta de mantener en 0 los casos autóctonos. Y indicador relacionado a la adherencia al tratamiento del Chagas Congénito en niños menores de 1 año, sufrió un retroceso (gráfico 11).

**TABLA 7:**

INDICADOR 1B, NÚMERO DE CASOS AUTÓCTONOS DE RABIA HUMANA TRANSMITIDA POR VIRUS RÁBICO VARIANTE CANINA.

Periodo	País
2010 - 2019	0



**TABLA 8:**

INDICADOR 1C, NÚMERO DE CASOS AUTÓCTONOS DE DENGUE O MALARIA EN CHILE CONTINENTAL.

Periodo	País
2010 - 2019	0



Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Porcentaje de niños menores de un año con Chagas congénito que terminen tratamiento de acuerdo a la norma 2014	100%	95%	50%	75%
Número de casos autóctonos de dengue y malaria en Chile continental	0	0	0	0
Números de casos autóctonos de rabia humana por virus rábico variante canina	0	0	0	0

Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Prevención y Control de Zoonosis y Enfermedades Vectoriales	Porcentaje de casos anuales de zoonosis y enfermedades vectoriales que cuentan con investigación epidemiológica ambiental.	Lograr que el 100% de los casos de enfermedades transmitidas por animales sean investigados.	<b>Cumple</b>
	Porcentaje de Infestación domiciliar de <i>Triatoma infestans</i> en zona endémica.	Lograr que la infestación domiciliar de Chagas en zonas endémicas sea menor al 1% de las unidades domiciliarias bajo programa.	<b>Cumple</b>

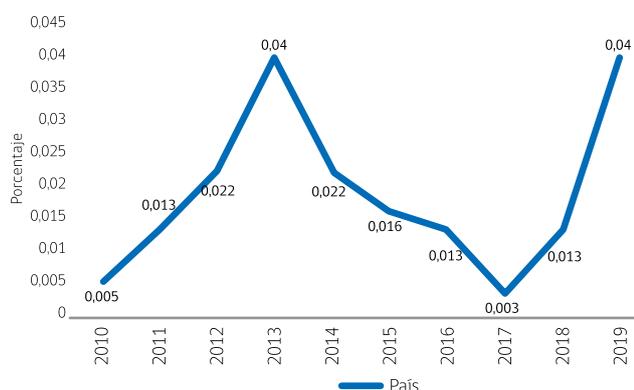
Para este resultado, se formularon 2 indicadores: casos anuales de zoonosis y enfermedades vectoriales que cuentan con investigación epidemiológica ambiental y la infestación domiciliar de *Triatoma Infestans* en zona endémica. Ambos indicadores se cumplieron en el periodo evaluado.

**TABLA 9:**  
PORCENTAJE DE CASOS ANUALES DE ZOONOSIS Y ENFERMEDADES VECTORIALES QUE CUENTAN CON INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA AMBIENTAL

Año	Rabia humana	Rabia animal	Hantavirus	Triquinosis	Leptospirosis
2010	NA	100%	100%	100%	100%
2011	NA	100%	100%	100%	100%
2012	NA	100%	100%	100%	100%
2013	100%	100%	100%	100%	100%
2014	NA	100%	100%	100%	100%
2015	NA	100%	100%	100%	100%
2016	NA	100%	100%	100%	100%
2017	NA	100%	100%	100%	100%
2018	NA	100%	100%	100%	100%
2019	NA	100%	100%	100%	100%

Fuente: DIPRECE, DIPOL, Epidemiología - NA: Sin casos para investigar.

**GRÁFICO 12:**  
PORCENTAJE DE INFESTACIÓN DOMICILIARIA DE *TRITOMA INFESTANS* EN ZONA ENDÉMICA.



Fuente: Departamento de Enfermedades Transmisibles, DIPRECE.

La enfermedad de Chagas es la principal enfermedad parasitaria existente en Chile y la transmisión vectorial es la principal vía de transmisión de esta enfermedad. El Programa de Control Vectorial logró interrumpir este mecanismo de transmisión en el año 1996, luego del cumplimiento de esta meta, se decidió avanzar a la Eliminación de Infestación Domiciliar de *Triatoma Infestans* (vinchuca), vector de importancia epidemiológica en Chile, con el fin de asegurar la sostenibilidad de la interrupción de la trasmisión vertical.

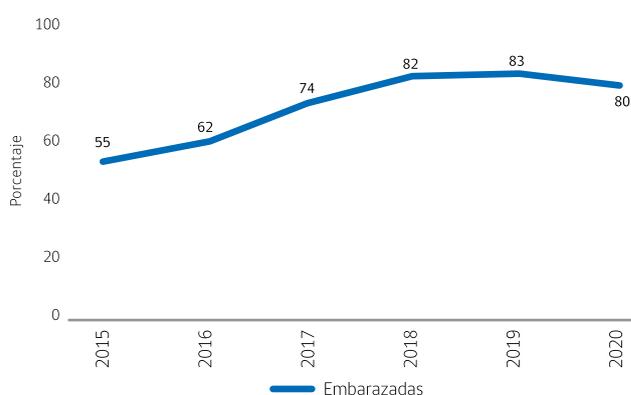
La reformulación de objetivos del programa vectorial ha permitido mantener la interrupción de la transmisión vectorial, situación que fue recertificada en el año 2016. Con el fin de mantener los logros y el cumplimiento de las metas asociadas, se han mantenido las acciones, la que se basan en las siguientes estrategias:

- Vigilancia vectorial, con el fin de detectar los focos residuales de infestación vectorial y los hallazgos de *T. infestans*, de manera de minimizar los riesgos de colonización o recolonización de viviendas.
- Control químico, consistente en la aplicación sistemática de insecticidas específicos con el fin de eliminar la infestación domiciliar del vector.
- Promoción de la Salud, consistente en actividades de coordinación, inter y extrasectorial, para asegurar el enfrentamiento integral de la enfermedad, en todos sus aspectos (asistencial, vigilancia epidemiológica, control transfusional y control de la transmisión vectorial), así mismo considera la ejecución de acciones de educación sanitario-ambiental y comunicación de riesgo, con el fin de promover la adhesión y participación activa de la comunidad.

La continuidad de actividades de control vectorial, además de asegurar la mantención de los logros alcanzados, respalda la realización de intervenciones en los otros componentes de una estrategia de gestión integrada de prevención y control, específicamente en el control transfusional, la atención de los pacientes afectados por la enfermedad, así como el control de la transmisión vertical o transplacentaria, por medio de las estrategias de tamizaje de mujeres embarazadas y tratamiento etiológico de los niños infectados, hijos de madres positivas al agente causal.

Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Cobertura de tamizaje para enfermedades zoonóticas y vectoriales	Porcentaje de embarazadas tamizadas para enfermedad de Chagas en zona endémica.	Lograr que el 95% de las embarazadas que vivan en zonas endémicas sean tamizadas para enfermedad de Chagas.	<b>Avance importante</b>

**GRÁFICO 13:**  
PORCENTAJE DE EMBARAZADAS TAMIZADAS PARA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN ZONA ENDÉMICA.



**Fuente:** Departamento de Enfermedades Transmisibles, DIPRECE.

Este resultado considera el indicador para tamizaje de las embarazadas por enfermedad de Chagas, se observa que ha presentado avances comparado a la medición de la evaluación de mitad de período, sin embargo, aún no se cumple la meta para el final de la década, ya que se esperaba que al menos el 95% de las embarazadas en zonas endémicas fueran tamizadas (Gráfico 13).

Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Cobertura de tratamiento para enfermedades zoonóticas y vectoriales	Porcentaje de menores de un año con Chagas congénito (en zona endémica) que ingresan a tratamiento farmacológico.	Lograr que el 95% de los menores de un año con Chagas congénito ingresen a tratamiento farmacológico.	<b>Avance importante</b>

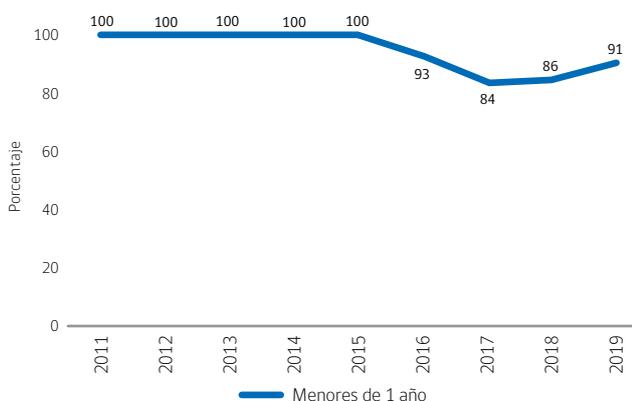
Este resultado considera el indicador de tratamiento para Chagas congénito en menores de 1 año, esperándose que al menos el 95% de ellos ingresara a tratamiento.

Según lo observado en el gráfico 14, la cobertura alcanza un 91% en el último año de medición 2019, por lo que no se cumple con la meta.

Este indicador ha permitido dar prioridad a este grupo de pacientes, fortaleciendo la necesidad de acceso y oportunidad de casos congénitos. En este sentido el Programa Nacional establece que el 100% de los casos deben ingresar a una evaluación de inicio de tratamiento farmacológico, los factores directos e indirectos asociados al propio tratamiento no permiten que el 100% de los casos que ingresen finalicen el tratamiento, ello sin duda esta será una necesidad de abordaje más incisivo para la próxima década.

**GRÁFICO 14:**

PORCENTAJE DE MENORES DE UN AÑO CON CHAGAS CONGÉNITO (EN ZONA ENDÉMICA) QUE INGRESAN A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.



Fuente: Departamento de Enfermedades Transmisibles, DIPRECE.

## ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN ELIMINACIÓN

**OBJETIVO DE IMPACTO:**  
**Mantener los logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en Eliminación.**

**TABLA 10:**  
 NÚMERO DE CASOS AUTÓCTONOS DE LAS DISTINTAS ENFERMEDADES EN ELIMINACIÓN

Periodo 2011-2019	
Poliomielitis por virus salvaje	0
Casos de rubéola congénita	0
Casos autóctonos de sarampión	0
Casos autóctonos de cólera	0



*Fuente: Departamento de Epidemiología, MINSAL.*

**GRÁFICO 15:**  
 NÚMERO DE CASOS DE HEPATITIS B OCURRIDOS POR TRANSMISIÓN VERTICAL



*Fuente: Bases de datos ENO. Departamento de Epidemiología.*

Chile, ha sido pionero en la región en el control de enfermedades transmisibles y ello se refleja en el cumplimiento del objetivo de impacto del tema. Este comprende 5 indicadores que dan cuenta del número de casos de: Cólera, Poliomiélitis por virus salvaje, Sarampión, Rubéola Congénita, y en la actualización de la Estrategia del 2016 se sumó la Hepatitis B de transmisión vertical.

Cabe señalar que para los 4 primeros, el objetivo de mantener los logros alcanzados, cuya meta era mantener en 0 el número de casos autóctonos se cumplió durante todos los años de la década de análisis. Sin embargo, para el indicador relativo a la transmisión vertical de Hepatitis B ha presentado algunos casos en la década, según se observa en el gráfico 15.

Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Número de casos autóctonos de Poliomieltitis por virus salvaje	0	0	0	0
Número de casos secundarios de cólera	0	0	0	0
Número de casos de hepatitis B ocurridos por transmisión vertical	0	0	No disponible	0
Número de casos congénitos de Rubéola	0	0	0	0
Número de casos autóctonos de Sarampión	0	0	0	0

Los últimos casos de cólera autóctonos presentados en el país se registraron en 1998, lo que se relaciona con acciones de mejora continua de los sistemas de saneamiento ambiental, provisión de agua potable y monitoreo sistemático de aguas y alimentos, sumado a la vigilancia epidemiológica, ambiental y de laboratorio, sin embargo, se requiere mantener y fortalecer los sistemas de detección temprana de casos sospechosos de cólera y de vigilancia de laboratorio de este agente, con el objetivo de controlar eventos de importación y mitigar el riesgo de propagación adicional.

Respecto de poliomieltitis por virus salvaje, los últimos casos se registraron en 1975. El inicio de la vacunación sistemática en la década de los '60, las altas coberturas logradas de manera sistemática, la permanente vigilancia epidemiológica de los casos de Parálisis Facial Aguda (PFA) y la capacidad instalada de detección de poliovirus en el Instituto de Salud Pública, han contribuido a que se haya eliminado la circulación de poliovirus salvaje, contribuyendo a su vez a los esfuerzos de erradicación globales que se iniciaron hacia fines de los '80, momento en que se reportaban más de 300.000 casos de poliomieltitis a nivel global, mientras que al año 2019 se reportaron 176 casos en solo dos países: Afganistán y Pakistán.

Dentro de los desafíos que se plantean en esta línea, cobran relevancia la preparación frente a la posibilidad de ocurrencia de un evento de importación o brote de poliovirus, a partir de instancias de simulación o simulacro con el objetivo de actualizar y mejorar los planes de respuesta en base a los análisis de riesgos. Lo anterior se suma a seguir manteniendo y fortaleciendo la vigilancia de PFA en menores de 15 años, como mecanismo prioritario para la detección de casos de poliovirus. Para la próxima década, se debería considerar incluir en la cadena de resultados, indicadores que reflejen el grado de preparación que el país tiene frente a eventos como poliomieltitis, tales como planes de respuesta actualizados, ejercicios de simulación, análisis de riesgos, etc, dado que son aspectos claves considerados en el proceso de certificación para los países en la eliminación y/o erradicación de las enfermedades en eliminación.

En Chile, la transmisión endémica del sarampión se logró interrumpir el año 1993. El riesgo de importación desde países vecinos y desde el hemisferio norte durante la década fue permanente. Así, se registraron casos aislados y brotes asociados a importación en los años 2009, 2011, 2015, 2018 y 2019, de los cuales ninguno

originó un restablecimiento de la circulación endémica del virus. Contribuyeron a este logro, las altas coberturas alcanzadas en la vacunación de rutina, las campañas de refuerzo de vacunación en menores de 5 años que se realizan cada 5 años, la detección oportuna de casos importados, la capacidad instalada de diagnóstico y caracterización virológica en el Instituto de Salud Pública y la respuesta rápida en la aplicación de las medidas de control de brotes a partir del uso de la vacuna.

Es importante mantener la capacidad de detección de casos sospechosos, a partir de la vigilancia integrada de sarampión y rubéola y el componente de laboratorio para la confirmación o descarte de todos los casos ingresados a la vigilancia.

Al igual que en polio, en Sarampión es importante considerar incorporar indicadores que den cuenta de la preparación frente a la importación de casos, según los distintos componentes de la respuesta.

Los últimos casos de síndrome rubéola congénita se registraron en 2008, consecuencia de la epidemia de rubéola que afectó al país en el 2007. Actualmente, la vigilancia de los síndromes de TORCH (*Toxoplasma spp*, *Citomegalovirus*, *Treponema pallidum*, Rubéola, Virus herpes simple), ha sido la estrategia utilizada para la pesquisa de casos de rubéola congénita. Todos los casos se estudian en el ISP para todos esos agentes.

Al igual que en sarampión, contribuyeron a mantener este logro, las altas coberturas alcanzadas en la vacunación de rutina, las campañas de refuerzo de vacunación en menores de 5 años, la capacidad instalada de diagnóstico y caracterización virológica en el Instituto de Salud Pública y la respuesta rápida en la aplicación de las medidas de control de brotes a partir del uso de la vacuna.

Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fortalecer la Capacidad de Alerta y Respuesta para enfermedades Transmisibles	Porcentaje de casos importados de sarampión cuyos contactos reciben medidas de bloqueo.	Lograr que 100% de los contactos de casos importados de sarampión reciban medidas de bloqueo.	<b>Cumple</b>

**TABLA 11:**  
PORCENTAJE DE CASOS IMPORTADOS DE SARAMPIÓN

Periodo	País (%)
2011	100%
2012	Sin casos
2013	Sin casos
2014	Sin casos
2015	100%
2016	Sin casos
2017	Sin casos
2018	100%
2019	100%

**Fuente:** Departamento de Epidemiología, MINSAL.

En todos los años evaluados, se logró cumplir con el 100% de los contactos de casos importados que se sometieron a medidas de bloqueo, según lo que se observa en la tabla 11.

Para el cumplimiento de este indicador, es importante destacar: la capacidad de detección de casos sospechosos, respuesta rápida frente a eventos de importación, coordinación entre los equipos de Epidemiología y del Programa Nacional de Inmunizaciones y capacidad de laboratorio en el Instituto de Salud Pública.

La vigilancia epidemiológica es consagrada como una función esencial de la Salud Pública, cuyo fin último es aportar con información para la toma de decisiones, que, en el caso de las enfermedades transmisibles, permitan orientar la aplicación de medidas de control y prevención. Así, no solo es importante la detección, sino que también contar con una estructura sanitaria que sea capaz de adaptarse y actuar rápidamente frente a los distintos escenarios de riesgos epidemiológicos. Además, reconocer los actores relevantes para la implementación de las acciones de control y sus funciones, que en general, forman parte de una respuesta multisectorial. Destacando los programas de inmunización, control entomológico, sanidad animal, salud ambiental, aguas y alimentos, de comunicación de riesgos, entre otros.

Finalmente, es importante generar indicadores que puedan dar cuenta del grado de preparación que el sistema de salud tiene frente a distintos eventos epidemiológicos, tales como planes de respuesta, simulaciones, análisis de riesgos, equipos de respuesta rápida, etc.

Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mantener vigilancia epidemiológica adecuada para enfermedades en eliminación	Tasa de incidencia de Parálisis Flácida Aguda en menores de 15 años.	Lograr notificación de Parálisis Flácida Aguda $\leq 1$ x 100.000 habitantes menores de 15 años.	<b>Cumple</b>

Una de las enfermedades en vías de erradicación a nivel global y sujetas a vigilancia epidemiológica obligatoria es la poliomielitis. Desde que se presentaron los últimos casos, se ha realizado la vigilancia de tipo sindromática a partir de la notificación obligatoria de los casos de Parálisis Flácida Aguda (PFA) en menores de 15 años (Gráfico 16).

**GRÁFICO 16:**  
TASA DE INCIDENCIA DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA EN MENORES DE 15 AÑOS



Fuente: Departamento de Epidemiología, MINSAL.

A nivel internacional, se ha establecido la tasa de 1 caso de PFA en menores de 15 años por cada 100.000 menores de 15 años, como un estándar que permitiría mantener una adecuada sensibilidad de la vigilancia.

Durante todo el periodo en evaluación, se ha mantenido la tasa de notificación sobre 1 por 100.000 hab., sin embargo, se observa un decrecimiento en la tendencia de la tasa desde 2,7 en el año 2010 a 1,7 casos por 100.000 hab. en el año 2019, que si bien, se mantiene sobre el estándar internacional, podría reflejar una pérdida de la sensibilidad de la vigilancia en el largo plazo, situación que plantea una buena oportunidad de mejora para los distintos niveles de vigilancia.

Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar Cobertura de Inmunización contra Sarampión, Rubéola y Poliomielitis	Porcentaje de niños de 6 meses con esquema primario completo de vacunación contra la poliomielitis.	Lograr que 95% de niños/as de 6 meses cuenten con esquema primario completo de vacunación contra la poliomielitis.	<b>Avance importante</b>
	Porcentaje de niños/as de 1 año con esquema primario completo de vacunación contra Hepatitis B, Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva, H. Influenza B.*	Lograr que 95% de niños/as de 1 año tengan su esquema de vacunación primario completo contra Hepatitis B, Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva, H. Influenza B.	<b>Avance importante</b>
	Porcentaje de niños(as) de 1 año con una dosis de vacunación tres vírica (sarampión, rubéola y paperas).	Lograr que 95% de niños/as de 1 año tengan una dosis de vacunación tres vírica (sarampión, rubéola y paperas).	<b>Avance importante</b>

Este resultado esperado es evaluado mediante indicadores relativos a la cobertura de los esquemas de vacunación de enfermedades como la Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tos convulsiva, H. Influenzae tipo B y Hepatitis B (Gráficos 17 y 18).

Para cumplir con la "Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis" y de acuerdo con las recomendaciones de la OPS/OMS, el Ministerio de Salud, en el mes de marzo de 2016, inició el proceso reemplazando una dosis de vacuna polio oral por una inyectable inactivada (IPV) en el calendario nacional de vacunación a los dos meses de edad, y realizó el cambio o Switch de OPV trivalente a bivalente en abril de ese mismo año, eliminando como país el virus tipo 2 de la vacuna oral.

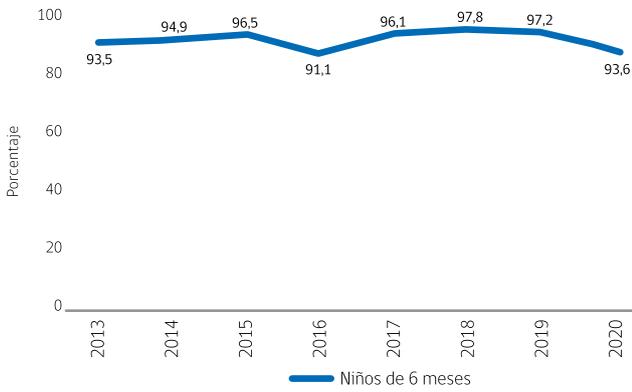
Para finalizar este proceso, en diciembre de 2018, se completó el esquema de vacunación, con vacuna Hexavalente incorporándola a los 6 y 18 meses.

Se observa que el 2020 la cobertura de vacuna Hexavalente disminuye a 93,6%, lo que podría deberse a los efectos de la dura pandemia a nivel mundial.

Para la vacunación tres vírica, se aprecia una estabilidad de las coberturas en los últimos años, en torno al 95% y más (Gráfico 19). El 2020 fue un año complejo a nivel mundial, ya que en muchos países hubo restricción de servicios de vacunación, lo que afectó las coberturas. Sin embargo, Chile presenta una leve baja (1%) respecto al año anterior, manteniendo altos niveles de cobertura, en torno a la meta esperada.

**GRÁFICO 17:**

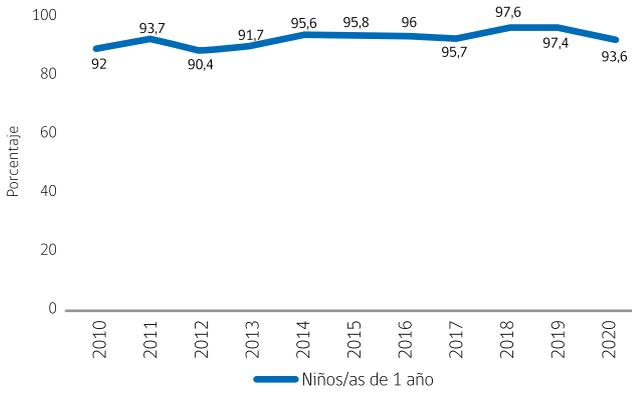
PORCENTAJE DE NIÑOS DE 6 MESES CON ESQUEMA PRIMARIO COMPLETO DE VACUNACIÓN CONTRA LA POLIOMIELITIS



Fuente: Departamento de Inmunizaciones, MINSAL

**GRÁFICO 18:**

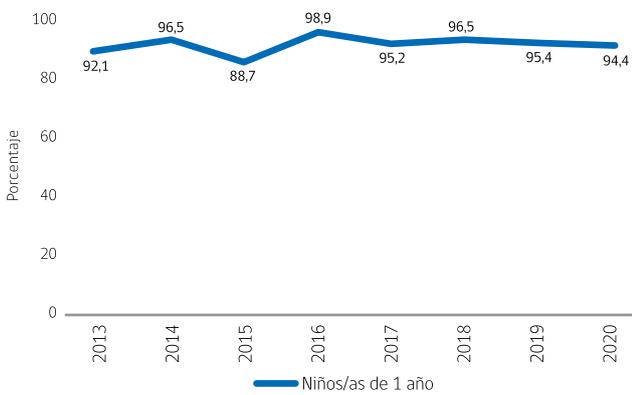
PORCENTAJE DE NIÑOS/AS DE 1 AÑO CON ESQUEMA PRIMARIO COMPLETO DE VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS B, DIFTERIA, TÉTANOS, TOS CONVULSIVA, H. INFLUENZA B



Fuente: Departamento de Inmunizaciones, MINSAL

**GRÁFICO 19:**

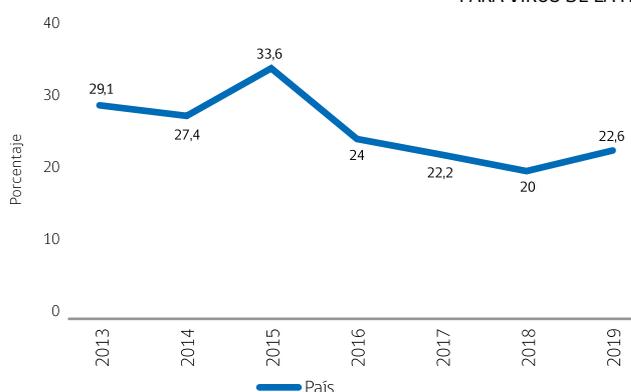
PORCENTAJE DE NIÑOS(AS) DE 1 AÑO CON 1 DOSIS DE VACUNACIÓN TRES VÍRICA (SARAMPIÓN, RUBEOLA Y PAPERAS)



Fuente: Departamento de Inmunizaciones, MINSAL

Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar la Prevención, vigilancia epidemiológica, control y manejo clínico de las Hepatitis B y C	Porcentaje de exámenes confirmados por el Instituto de Salud Pública (ISP) en relación con los exámenes procesados para virus de la hepatitis C (VHC).	Disminuir al 20% el porcentaje de exámenes de infección por virus hepatitis c confirmados por el ISP.	<b>Avance importante</b>
	Porcentaje de Hijo de madre HB positiva con profilaxis de transmisión vertical.	Lograr que el 95% de los hijos de las madres cuyo examen es positivo para Hepatitis B, reciba profilaxis de transmisión vertical.	<b>Cumple</b>
	Porcentaje de embarazadas tamizadas para VHB.	Lograr que el 80% de las embarazadas sean estudiadas para Virus Hepatitis B.	<b>No evaluable</b>

**GRÁFICO 20:**  
PORCENTAJE DE EXÁMENES CONFIRMADOS POR EL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA (ISP) EN RELACIÓN CON LOS EXÁMENES PROCESADOS PARA VIRUS DE LA HEPATITIS C (VHC)



**Fuente:** Departamento de Enfermedades Transmisibles, DIPRECE.

Respecto al indicador relativo a la confirmación de VHC, se observa en el gráfico 20 desde el año 2013 al 2019 una tendencia hacia la disminución en el porcentaje de exámenes confirmados por el Instituto de Salud Pública con respecto al total de exámenes procesados, lo que refleja un avance importante en el logro de la meta de disminuir al 20%. Se espera seguir manteniendo esta tendencia.

Es importante destacar que todos los hijos de madres con antígeno de superficie positivo han sido tratados, tal como es señalado en la tabla 12 para el periodo 2013-2019, lo cual ha sido posible dado que la profilaxis de transmisión vertical de hepatitis B se encuentra disponible hace muchos años en el país. Sumado a ello, es fundamental señalar que en abril de 2019 se instauró la vacunación al recién nacido contra hepatitis B, pasando a ser otro pilar dentro del calendario de vacunación del Programa Nacional de Inmunizaciones. La inmunoglobulina se encuentra disponible en todas las SEREMIS del país, sin costo para sistema público y privado.

A pesar de este importante avance, está pendiente establecer la realización de pruebas de tamizaje universal a las gestantes de la Red Asistencial Pública de Salud. Si bien en algunas regiones y/o Servicios de Salud se está realizando el esfuerzo de invertir en esta búsqueda, no se considera como un tamizaje establecido, motivo por el cual el indicador "Porcentaje de embarazadas tamizadas para VHB" no cuenta con datos.

**TABLA 12:**  
PORCENTAJE DE HIJO DE MADRE HB POSITIVA CON PROFILAXIS DE TRANSMISIÓN VERTICAL

Periodo	País (%)
2013	100%
2014	100%
2015	100%
2016	100%
2017	100%
2018	100%
2019	100%

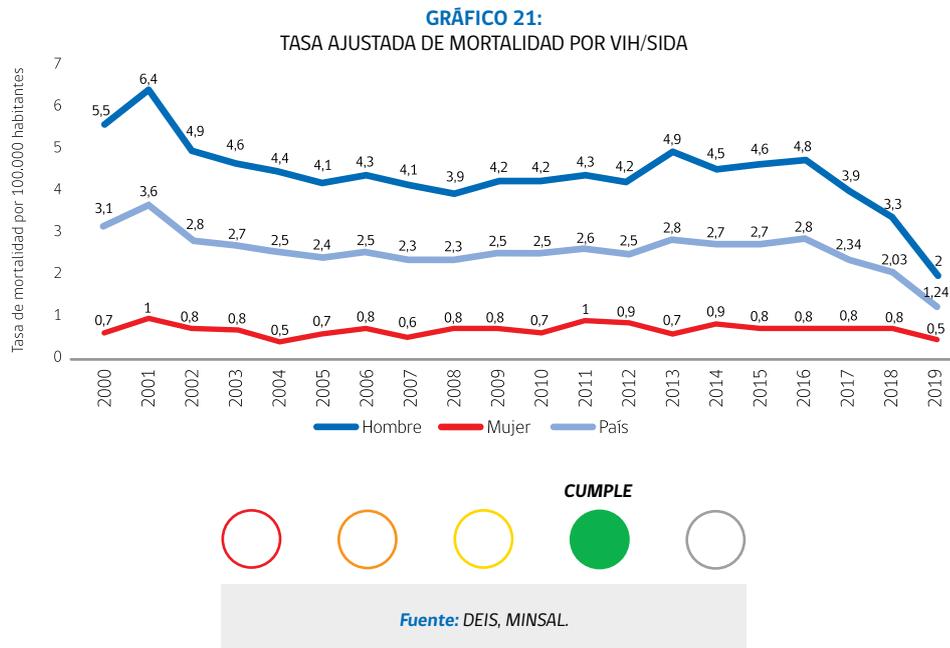
**Fuente:** Departamento de Enfermedades Transmisibles,  
DIPRECE.

# VIH-SIDA

## OBJETIVO DE IMPACTO: Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA.

La mortalidad por esta condición en la década tiende a la baja (Gráfico 21), sin embargo, es necesario observar los cambios correspondientes a la cifra del año 2019, considerando los procesos de validación del dato.

La baja en mortalidad es esperable dado los avances en las áreas que la determinan: incremento en el acceso al examen, incluyendo una mayor precocidad en este acceso, universalidad en el acceso a tratamiento, independiente de las condiciones inmunológicas y clínicas, establecida en decreto GES 2017, que entró en vigencia en Marzo de 2018, inclusión de antirretrovirales de alta calidad y de una sola toma que facilitan la adherencia y definición de esquemas terapéuticos para distintas condiciones y perfiles de las personas con VIH.



Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Tasa ajustada de mortalidad VIH/SIDA	3,1*100.000 habitantes	1,7 x 100.000 habitantes	2,7*100.000 habitantes	1,24*100.000 habitantes

La demostración de que el impacto positivo de las terapias antirretrovirales no sólo es individual, sino también colectivo al prevenir la transmisión del virus, ha permitido que la detección y el tratamiento precoz se conciban como estrategias preventivas. Así, estando el tratamiento garantizado en Chile a través del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), se requiere un abordaje conjunto y colaborativo con todos los niveles de la red asistencial y otras instituciones públicas y privadas, incluidas las organizaciones sociales, ya que en este contexto cobran significativa importancia el seguimiento y acompañamiento de las personas bajo tratamiento, el apoyo sicosocial para la adherencia a éste y las acciones para el reinicio de la terapia si ésta se ha abandonado.

El año 2019 se ha visto un aumento en la mortalidad observada si se compara con la tendencia a la baja en los años previos. Esto señala la necesidad de un seguimiento estrecho y un análisis profundo de las causas que determinan este retroceso. Entre estos aspectos es imperativo explorar el abandono a los controles y tratamientos antirretrovirales y sus causas. De acuerdo a la última cifra disponible del año 2015, un 27,7% de personas bajo tratamiento presentan una adherencia a éstos definida con baja o mediana, a los 24 meses de iniciada la terapia. Un dato relevante observado en el año 2020, probablemente vinculado a la pandemia ocasionada por SARS-CoV-2, es el reingreso a control de 1.229 personas que se encontraban inasistentes por períodos superiores a 12 meses, en el sector público de salud. A partir del año 2020 se implementó el Protocolo de Rescate de Personas Viviendo con VIH que han abandonado controles médicos y/o tratamientos, para reincorporarlos a la atención.

Las políticas desarrolladas en el país, a través del Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, se basan en la Estrategia de Prevención Combinada, propuesta por la OMS y ONUSIDA. Este Plan considera como líneas estratégicas la promoción de sexo seguro y prevención del VIH/SIDA y las ITS, el diagnóstico y atención integral del VIH/SIDA e ITS, el fortalecimiento de la red de salud, los sistemas de información y gestión, y la rectoría y regulación. La Estrategia de Prevención Combinada se refiere a la implementación conjunta de intervenciones comportamentales, biomédicas y culturales, con un enfoque en derechos humanos y determinantes sociales en salud, que tiene por propósito la prevención y el control de esta epidemia. Ello en el entendido que no es posible revertir la tendencia de la epidemia, sino se realiza un abordaje integral e integrado en todos aquellos aspectos que la determinan y la favorecen.

Entre las líneas desarrolladas por el Programa, que forman parte de la Prevención Combinada y que buscan prevenir nuevas infecciones se encuentran las campañas de comunicación social para la prevención, de emisión anual; el Programa de Acceso a Preservativos, que promueve el uso de condones masculinos y femeninos como instrumento para la autonomía preventiva en mujeres, adolescentes y jóvenes y en general en personas con vida sexual activa y vulnerable al VIH e ITS. Además, se realiza entrega de preservativos a distintas organizaciones sociales y servicios públicos intersectoriales que realizan acciones preventivas en el marco de trabajo asociativo con el Ministerio de Salud.

Asimismo, la promoción del testeo y diagnóstico temprano es una de las estrategias centrales debido a que el tratamiento en personas diagnosticadas con VIH, constituye hoy una estrategia preventiva. La carga viral indetectable, es decir, el éxito terapéutico, evita que las personas que están en esta condición transmitan el virus a sus parejas sexuales, por ello diagnosticar y tratar se convierte en una política preventiva central. El examen diagnóstico de VIH se encuentra incluido entre las garantías GES, desde el año 2013, justamente para facilitar su acceso. En este ámbito la inclusión del test rápido ha sido uno de los grandes avances.

La Profilaxis Pre Exposición (PrEP), es una estrategia preventiva innovadora que en nuestro país se inició en 2019 sumándose a los servicios ya disponibles en 11 establecimientos del nivel secundario de atención. Está destinada a poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad. Durante el presente año se ha planificado su ampliación a un número mayor de establecimientos y regiones, incluyendo su disponibilidad en el nivel de Atención Primaria de Salud. Próximamente se contará, además, con el protocolo de otra estrategia preventiva recomendada por los organismos rectores en la temática, como es la profilaxis post exposición al VIH (PEP), que se espera esté disponible para la población a partir del 2022.

Complementariamente, se difunde material educativo en VIH e ITS, en formato físico y digital para facilitar su difusión en las redes sociales de mayor interacción de la población. Estos se dirigen a distintas poblaciones, incluyendo población juvenil, pueblos originarios, población migrante, trabajadoras sexuales, población trans, hombres que tienen sexo con hombres, entre otras.

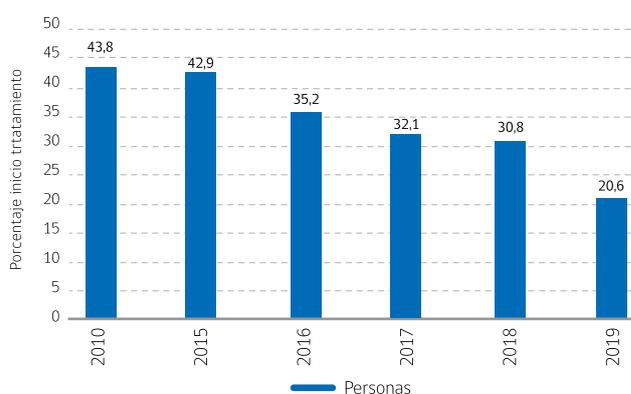
Otra línea de acción en la prevención combinada es la prevención de la transmisión vertical del VIH (transmisión materno-infantil), en la que se desarrolla la estrategia definida para lograr la meta de eliminación propuestas por OMS/OPS/UNICEF, previniendo la enfermedad en los niños y niñas hijos de madre con VIH y en la que se ha comprometido Chile. Esta se encuentra incluida en las Garantías Explícitas en Salud, asegurando el protocolo preventivo consistente en tratamiento antirretroviral para la madre con VIH+, durante el embarazo y parto y, para el recién nacido hasta las 6 semanas de vida. Además, se garantiza la alimentación artificial del niño/a con sucedáneos de la leche materna hasta los 6 meses de edad.

Las políticas públicas en VIH/SIDA que se han desarrollado durante los últimos diez años, tienen a la base como característica transversal la intersectorialidad y la participación. A nivel intersectorial, se desarrolla la coordinación con diferentes instancias gubernamentales y colegios profesionales para lograr que las iniciativas tengan la mayor cobertura y llegada a las poblaciones objetivo. En este marco, existen convenios y acuerdos de trabajo conjunto con otros organismos y servicios públicos gubernamentales y trabajo participativo especialmente con organizaciones sociales, no gubernamentales y de base comunitaria con trabajo en autocuidado y prevención de VIH e ITS.

Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Aumentar detección e ingreso precoz a tratamiento antirretroviral (TARV) con priorización en grupos vulnerables	Proporción de personas que inician TARV con nivel de linfocitos CD4 basal menor de 200 células/mm <sup>3</sup> .	Lograr que al menos 36% de personas que inician tratamiento antirretroviral lo hagan precozmente.	<b>Cumple</b>
	Proporción de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) que declara haberse realizado el examen para detección de VIH alguna vez en la vida.	Lograr que al menos 65% de los hombres que tienen sexo con hombres hayan tenido acceso al examen de detección del VIH, alguna vez en la vida.	<b>Cumple</b>

GRÁFICO 22:

PORCENTAJE DE PERSONAS QUE INICIAN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TARV), QUE PRESENTAN CD4 BASAL MENOR DE 200 CÉLULAS/MM<sup>3</sup>.



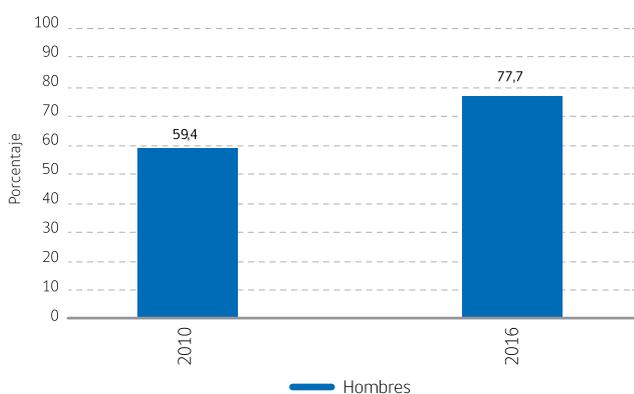
Fuente: Equipo Técnico VIH, DIPRECE.

La promoción y difusión del examen de detección ha sido una de las estrategias centrales del Programa. La evidencia ha señalado la necesidad de un diagnóstico temprano junto al inicio de tratamiento lo más precozmente posible para lograr el impacto positivo en la salud y calidad de vida de las personas afectadas. Este conocimiento, junto a la disponibilidad de terapias garantizadas y de alta calidad, ha sido fuertemente resaltado por las políticas públicas, planes y programas de control, poniendo énfasis en la realización del examen de VIH y ampliando los canales de acceso a éste. El avance científico muestra que el diagnóstico y tratamiento mantenido se convierte en una más de las estrategias preventivas, al generar como impacto positivo de las terapias, una carga viral indetectable y con ello una disminución significativa de la transmisión del VIH a las parejas sexuales. Lo anterior, ha sido internalizado por las poblaciones más afectadas y de mayor vulnerabilidad al VIH, incrementándose en ellas el testeo y señalando probablemente una detección más temprana, evidenciada al menos por el nivel de CD4 basal menor de 200 células/mm<sup>3</sup>, que muestra una tendencia a la disminución a través del tiempo (Gráfico 22), de acuerdo a las cifras que se originan desde la notificación de casos al Sistema de Vigilancia Epidemiológica y se observa en el estado de cumplimiento del indicador.

La promoción y difusión del examen de detección ha sido una de las estrategias centrales del Programa. La evidencia ha señalado la necesidad de un diagnóstico temprano junto al inicio de tratamiento lo más precozmente posible para lograr el impacto positivo en la salud y calidad de vida de las personas afectadas. Este conocimiento, junto a la disponibilidad de terapias garantizadas y de alta calidad, ha sido fuertemente resaltado por las políticas públicas, planes y programas de control, poniendo énfasis en la realización del examen de VIH y ampliando los canales de acceso a éste. El avance científico muestra que el diagnóstico y tratamiento mantenido se convierte en una más de las estrategias preventivas, al generar como impacto positivo de las terapias, una carga viral indetectable y con ello una disminución significativa de la transmisión del VIH a las parejas sexuales. Lo anterior, ha sido internalizado por las poblaciones más afectadas y de mayor vulnerabilidad al VIH, incrementándose en ellas el testeo y señalando probablemente una detección más temprana, evidenciada al menos por el nivel de CD4 basal menor de 200 células/mm<sup>3</sup>, que muestra una tendencia a la disminución a través del tiempo (Gráfico 22), de acuerdo a las cifras que se originan desde la notificación de casos al Sistema de Vigilancia Epidemiológica y se observa en el estado de cumplimiento del indicador.

GRÁFICO 23:

PORCENTAJE HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES QUE DECLARA HABERSE REALIZADO EL EXAMEN VIH ALGUNA VEZ EN LA VIDA



Fuente: Equipo Técnico VIH, DIPRECE.

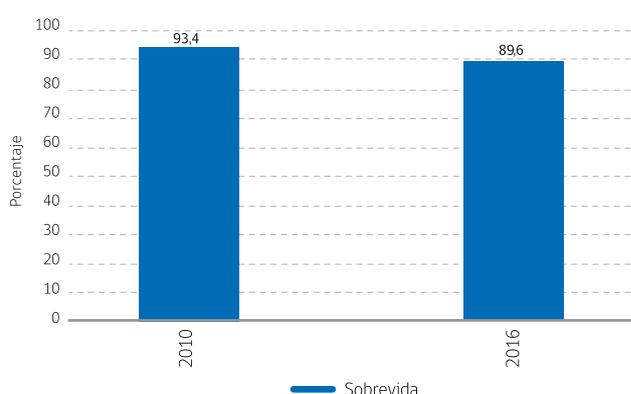
Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar adherencia a control y tratamiento de personas que viven con VIH/SIDA.	Sobrevida a 3 años de personas que inician TARV.	Lograr que 97% de las personas que inician tratamiento antirretroviral vivan al menos tres años luego de iniciarlo.	<b>Retroceso</b>
	Proporción de personas en TARV que mantienen niveles de alta adherencia global (cumplimiento de indicaciones de TARV en dosis y horario) a los 24 meses de iniciado.	Lograr que al menos 80% de las personas en tratamiento antirretroviral, mantengan niveles de adherencia a las terapias, consideradas como altos u óptimos.	<b>Avance discreto</b>

Ha sido dificultosa la medición de estos indicadores; el indicador de supervivencia propuesto no ha sido posible medirlo posterior al 2016 (Gráfico 24), fundamentalmente por no disponerse de la plataforma de seguimiento clínico, que fue discontinuada. Por lo tanto, aunque el año 2016 presenta estado de retroceso, ello no se puede establecer como una tendencia en la década, demostrando la necesidad de plantear indicadores que cuenten con fuentes de datos que tengan continuidad en el tiempo.

En el caso de la adherencia, tampoco ha sido posible actualizar su medición, porque la metodología usada en la definición de la línea base no es la misma utilizada en el año 2015.

Sin embargo, es relevante que se destaque que en la actualidad el indicador más sólido para medir adherencia al tratamiento es la carga viral indetectable, cuyos valores fueron 90,5% en 2016 y 2017; 90,8% en 2018 y 91,1% en 2019, cifras consideradas un éxito terapéutico significativo, que muestra el logro nacional de una de las metas mundiales conocidas como los 90-90-90.

**GRÁFICO 24:**  
PORCENTAJE DE SOBREVIVENCIA A TRES AÑOS DE PERSONAS QUE INICIAN TRATAMIENTO



*Fuente:* Equipo Técnico VIH, DIPRECE.

**TABLA 13:**  
PORCENTAJE DE PERSONAS EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL, QUE MANTIENEN NIVELES DE ALTA ADHERENCIA GLOBAL A LOS 24 MESES DESPUÉS DEL INICIO DE LA TERAPIA.

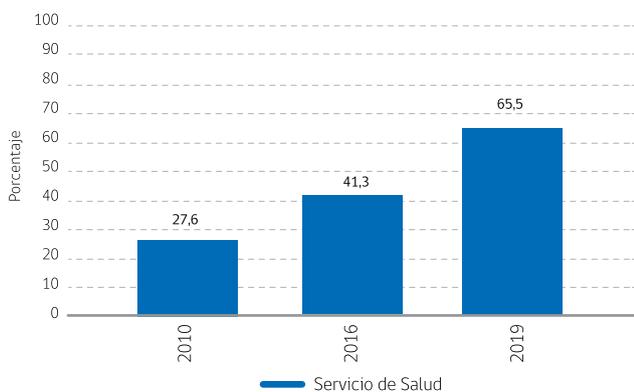
Periodo	País (%)
2015	72,3%

*Fuente:* Equipo Técnico VIH, DIPRECE.

Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar calidad de atención del Programa VIH/SIDA.	Proporción de servicios de salud que prestan servicios de atención de VIH/SIDA y que utilizan al menos el 90% de las horas médicas para la atención de VIH/SIDA establecidas en el modelo de atención integral.	Lograr que 24 de los 29 Servicios de Salud dispongan al menos del 90% de las horas médicas señaladas en el modelo de atención para la atención del VIH/SIDA.	<b>Avance importante</b>

Durante los últimos 5 años se ha realizado esfuerzos por fortalecer los equipos de atención de VIH de las unidades que prestan estos servicios en el nivel secundario de atención. En particular, se ha incrementado el RRHH médico y se ha dispuesto 5 centros nuevos de atención de VIH. Sin embargo, el incremento de la población en control determinado por el aumento de los diagnósticos (uno de los objetivos importantes del Programa) y la disminución de la mortalidad, genera que la disponibilidad creciente de horas médicas no ha ido aparejada con el aumento observado de pacientes que requieren servicios de atención. Ello señala la necesidad de revisar el modelo actual de atención de VIH, cuestión que el programa tiene dispuesto realizar.

**GRÁFICO 24:**  
 PORCENTAJE DE SERVICIOS DE SALUD QUE PRESTAN SERVICIOS DE ATENCIÓN DE VIH/SIDA Y QUE UTILIZAN AL MENOS EL 90% DE LAS HORAS MÉDICAS ESTABLECIDAS EN EL MODELO



Fuente: Equipo Técnico VIH, DIPRECE.

## EJE 2: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, DISCAPACIDAD Y VIOLENCIA

Objetivo de impacto	Indicador de impacto	Línea Base	Meta 2020	Evaluación final de periodo	Estado
Aumentar la supervivencia de personas con enfermedades cardiovasculares (IAM y ACV)	Porcentaje de supervivencia al primer año posterior a un accidente cerebrovascular (ACV).	66%	74,1%	76%	Cumple
	Porcentaje de supervivencia al primer año posterior a un infarto agudo al miocardio (IAM)	76%	86,4%	88%	Cumple
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Tasa ajustada de mortalidad por cáncer.	112,43*100.000 habitantes	97,3*100.000 habitantes	100,1*100.000 habitantes	Avance Importante
Disminuir la mortalidad prematura por diabetes mellitus	Tasa de mortalidad prematura por Diabetes Mellitus (30 - 69 años).	16,1*100.000 habitantes	15,9*100.000 habitantes	9,2*100.000 habitantes	Cumple
Reducir la progresión de Enfermedad Renal Crónica (ERC)	Tasa de incidencia de tratamiento de sustitución renal (hemodiálisis crónica) en menores de 65 años.	8,2*100.000 habitantes	6,8*100.000 habitantes	No disponible	No Evaluable
Disminuir la mortalidad por enfermedades respiratorias crónicas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades respiratorias crónicas	16,2* 100.000 habitantes	12,7* 100.000 habitantes	10,20* 100.000 habitantes	Cumple
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.	1,8	1,53	3,3	Retroceso
	Porcentaje de personas con discapacidad por trastorno mental con dificultades para su cuidado personal.	36,2%	30%	No disponible	No evaluable
Disminuir la media de discapacidad	Promedio de puntaje de discapacidad.	26	23,4	No disponible	No evaluable
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 menores de 6 años.	29,6%	40%	No disponible	No evaluable
	Promedio de dientes dañados por caries en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal.	2,2	1,9	No disponible	No evaluable
Reducir la mortalidad por accidentes de tránsito	Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito asociados a velocidad imprudente (no asociada al consumo de alcohol).	1,23*100.000 habitantes	0,92*100.000 habitantes	1,43*100.000 habitantes	Retroceso
	Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito asociados a consumo de alcohol (conductor, pasajero y peatón).	1,58*100.000 habitantes	0,70*100.000 habitantes	0,9*100.000 habitantes	Avance Importante
Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Porcentaje de mujeres, entre 15 y 25 años, que reportan haber vivido violencia de género por parte de pareja o ex pareja en los últimos 12 meses.	13,3%	≤8%	13,4%	Retroceso
	Porcentaje de mujeres, entre 26 y 65 años, que reportan haber vivido violencia de género por parte de pareja o ex pareja en los últimos 12 meses.	10,8%	6,8%	12,2%	Retroceso

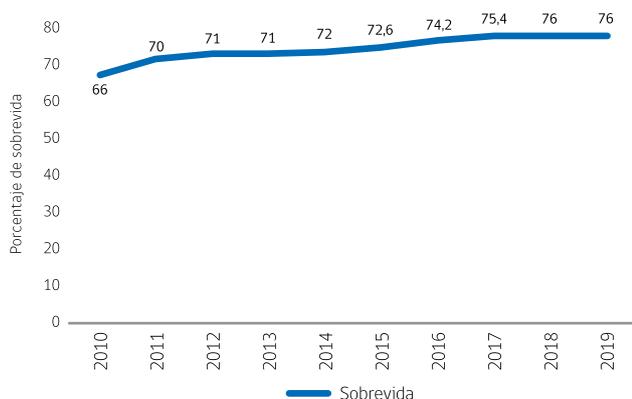
## ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

### OBJETIVO DE IMPACTO:

**Aumentar la sobrevida de personas con enfermedades cardiovasculares (IAM y ACV).**

**GRÁFICO 26:**

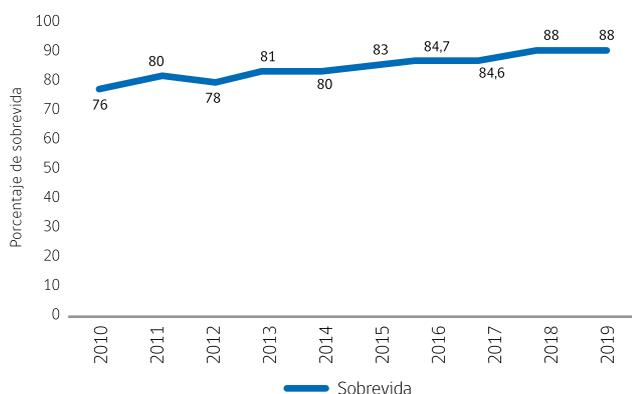
SOBREVIDA ESTIMADA ANUAL AL PRIMER AÑO POSTERIOR A UN ACV



Fuente: DEIS, MINSAL.

**GRÁFICO 27:**

SOBREVIDA ESTIMADA ANUAL AL PRIMER AÑO POSTERIOR A UN IAM



Fuente: DEIS, MINSAL.

Se evalúa a través de dos indicadores que tienen que ver con la sobrevida al primer año, por Infarto Agudo al Miocardio (IAM) y Accidente Cerebro-Vascular (ACV) respectivamente. En ambos indicadores se ha cumplido la meta planteada al 2020 para este objetivo de impacto (Gráficos 26 y 27).

La sobrevida en patologías como ACV e IAM está altamente determinada por la prevención y control de sus factores de riesgo, como HTA, así como un correcto diagnóstico y tratamiento oportuno de ambas patologías, cuidados de rehabilitación y seguimiento, donde el rol y coordinación de la atención primaria con los niveles de especialidad es fundamental. Al respecto, durante la última década se han implementado estrategias poblacionales e individuales relacionados a la salud cardiovascular. La sumatoria de estas se podría traducir en la mejora de las cifras de sobrevida. Estas estrategias son, en gran medida, transversales a las enfermedades no transmisibles y a diferentes indicadores.

Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Porcentaje de supervivencia al primer año posterior a un accidente cerebrovascular (ACV)	66%	74,1%	72%	76%
Porcentaje de supervivencia al primer año posterior a un infarto agudo al miocardio (IAM)	76%	86,4%	80%	88%

## ESTRATEGIAS POBLACIONALES

- Sistema Elige Vivir Sano
- Aumento del impuesto a las bebidas endulzadas con azúcar a partir del año 2014
- Ley 20.606
- Ley de tabaco 2013
- Estrategia de reducción de sodio en el pan

## ESTRATEGIAS INDIVIDUALES

El Examen de Medicina Preventiva (EMP) permite detectar personas con factores de riesgo o enfermedades, en una etapa temprana y potencialmente reversible. Se realiza para adultos y personas mayores (EMPA y EMPAM). Además, tanto el IAM y el ACV son parte de las Garantías Explícitas en Salud (GES).

En el sistema público, las personas de 15 años y más con patología cardiovascular se atienden en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV). En este contexto se actualizó el Consenso de Riesgo cardiovascular el 2014, además, se actualizó la guía clínica de DM2 al 2017 y las orientaciones del programa de salud cardiovascular, haciendo énfasis en la relevancia del control de esta patología y prevención de complicaciones. Además, se incluyó la cobertura efectiva tanto de DM como de HTA en las metas sanitarias e IAAPS.

Se implementó el Fondo de Farmacia (FOFAR) el 2014, que entrega recursos para el tratamiento farmacológico a las APS para personas con HTA, DM y dislipidemia.

A pesar de los avances, el aumento en la supervivencia de las personas con ACV no se ha dado en la proporción proyectada al inicio de la década. Por otra parte, en el caso de las ECV el resultado de mayor importancia clínica es la independencia funcional, no así la supervivencia. Esto debiese ser incorporado en la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030.

El Plan de Acción ACV, instrumento que fue diseñado para poder cumplir esta meta, no contó con presupuesto asociado ni tampoco con un plan de implementación. Durante los años 2016 a 2018, por iniciativa del Departamento a cargo de estas patologías, se trabajó en conjunto con la DIGERA en un proyecto de telemedicina para el ACV (tele trombólisis), no obstante, la trombólisis en el ACV isquémico no ha demostrado aumentar la supervivencia de los pacientes, sino que ha demostrado mejorar la funcionalidad de quienes sobreviven. Las intervenciones terapéuticas que han demostrado aumentar la supervivencia son: la hospitalización en unidades especializadas (UTACs) y la trombectomía mecánica; sin embargo, por diversos motivos no ha sido posible

desarrollar estas líneas de trabajo en conjunto con Redes Asistenciales, en el primer caso, debido a la reticencia hacia la idea de diferenciar los cuidados de los pacientes y, en el segundo caso, por falta de priorización de este tema, en especial falta de interés en desarrollar una política pública de formación de recursos humanos avanzados (especialistas en neuro intervencionismo vascular), que es la principal brecha para su implementación. En este punto, un avance fue la codificación en FONASA de la trombólisis intravenosa y la trombectomía mecánica, además del inicio del sistema de transferencia de recursos a los hospitales de alta complejidad vía GRD, lo cual ha contribuido a mejorar el financiamiento y a aumentar la producción, pero sólo en aquellas áreas geográficas del país que cuentan con dichos especialistas.

Es importante considerar que, si bien el periodo 2019 no refleja una disminución respecto al año 2018, es presumible que exista un impacto importante en la sobrevivencia motivado por el acontecimiento del “estallido social” de octubre 2019, lo cual puede agravarse para el año 2020, no mostrado en las gráficas, considerando la pandemia COVID-19.

Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar la oportunidad de la atención de las personas con Enfermedades Cardiovasculares	Porcentaje de cobertura trombólisis en pacientes con ACV isquémico.	Aumentar 20% sobre la línea de base.	<b>No evaluable</b>
	Porcentaje de personas de 15 años y más con hipertensión arterial (HTA) que conocen su condición.	Lograr que 80% de las personas de 15 años y más con hipertensión arterial conozcan su condición de salud.	<b>Avance discreto</b>
	Porcentaje de personas de 45 años y más que conocen síntomas de IAM.	Lograr que el 25% de las personas de 45 y más años conozcan los síntomas de infarto agudo al miocardio (IAM).	<b>No evaluable</b>
	Porcentaje de reperusión (trombólisis o angioplastia primaria*) en pacientes con IAM con SDST.	Aumentar 20% sobre la línea de base.	<b>No evaluable</b>
	Porcentaje de personas de 45 años y más que conocen síntomas de ACV.	Lograr que el 10% de las personas con 45 y más años conozcan los síntomas de accidente cerebrovascular (ACV).	<b>No evaluable</b>
	Porcentaje de personas de 15 años y más hipertensas que reportan estar en tratamiento farmacológico.	Lograr que 60% de las personas de 15 años y más hipertensas reporten estar en tratamiento.	<b>Avance importante</b>

**TABLA 14:**  
PORCENTAJE DE PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS CON HTA QUE CONOZCAN SU CONDICIÓN DE SALUD

Periodo	Hombre (%)	Mujer (%)	País (%)
2009 - 2010	55,8	76,9	66
2016 - 2017	59,3	77,7	68,7

Fuente: Departamento de Epidemiología, MINSAL.

**TABLA 15:**  
PORCENTAJE DE PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS HIPERTENSAS QUE REPORTAN ESTAR EN TRATAMIENTO

Periodo	Hombre (%)	Mujer (%)	País (%)
2009	27	50,6	38,4
2016	50,3	69,2	59,9

*Fuente:* Departamento de Epidemiología, MINSAL.

Este resultado esperado contenía 6 indicadores. 2 asociados al conocimiento y manejo de la Hipertensión Arterial (HTA), dos asociados al conocimiento y manejo sobre el IAM, de los cuales, el referente a conocimiento de la patología no es evaluable y lo mismo para el caso del ACV. Para los indicadores no evaluables, el motivo obedece principalmente a que no hay fuente de información de donde extraer los datos para su cálculo, en lo respectivo a los indicadores referentes a manejo de la patología (reperfusión) y para los indicadores de conocimiento de síntomas, el estudio del cual prevenía dicha información no se volvió a realizar.

El 68,7% de los casos con HTA tiene conocimiento de su enfermedad, siendo esto más frecuente en las mujeres (77,7%) que en los hombres (59,3%), diferencia que es estadísticamente significativa (Tabla 14). No hay diferencia significativa en este componente en relación con la edad, no obstante, el grupo con la menor proporción de conocimiento fue el de 25 a 44 años con un 54,4%. Los otros grupos estuvieron entorno al 69%. En relación a lo observado el 2009, hay un aumento de 3 puntos porcentuales, lo cual no es significativo.

La HTA es parte del GES y se controla en gran medida en el programa de salud cardiovascular de APS con un foco multidisciplinario. El año 2014, se complementó con recursos adicionales a través del Fondo de Farmacia (FOFAR), los tratamientos de uso crónico de DM, HTA y dislipidemia.

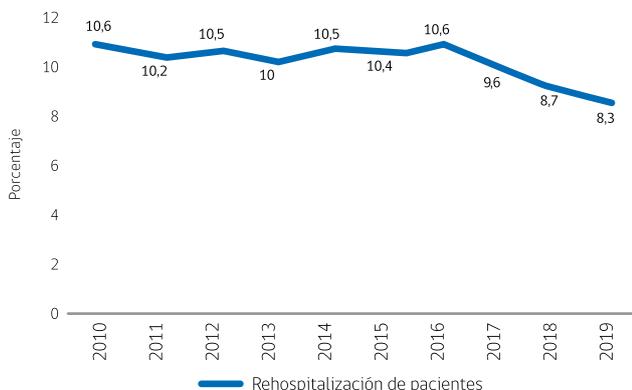
Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar la continuidad de la atención de las personas con Enfermedades Cardiovasculares	Porcentaje de rehospitalización de pacientes con infarto agudo al miocardio (IAM) en un período de 3 meses.	Disminuir en un 20% el reingreso de personas al hospital durante los tres meses siguientes a un episodio de infarto agudo al miocardio.	<b>Cumple</b>
	Porcentaje de rehospitalización de pacientes con ataque cerebrovascular (ACV) en un período de 3 meses.	Disminuir en un 20% el reingreso de personas al hospital durante los tres meses siguientes a un episodio de accidente cerebrovascular.	<b>Retroceso</b>

Con respecto al resultado en retroceso existen varias hipótesis:

- Al haber aumentado la sobrevida de los pacientes con ACV, probablemente ha aumentado la proporción de pacientes graves, que sobreviven con más secuelas, condicionando la rehospitalización por complicaciones asociadas. Sin embargo, no tenemos datos concretos puesto que no se ha implementado la aplicación sistemática de instrumentos que midan resultados funcionales a 3 meses, como por ejemplo la escala modificada de Rankin.

- Existe la percepción entre los especialistas neurólogos vasculares que hay brechas importantes en relación al cumplimiento del seguimiento de estos pacientes después del alta, así como también en cuanto a rehabilitación y cumplimiento de la prevención secundaria. En cuanto a este último punto existe un estudio nacional que demostró la baja adherencia a mediano plazo del cumplimiento de la prevención secundaria, lo que es más marcado en el caso de los anticoagulantes orales (antagonistas de la vitamina K)<sup>(1)</sup>.

**GRÁFICO 28:**  
PORCENTAJE DE REHOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CON IAM EN UN PERÍODO DE 3 MESES



Fuente: DEIS, MINSAL.

**GRÁFICO 29:**  
PORCENTAJE DE REHOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CON ACV EN UN PERÍODO DE 3 MESES



Fuente: DEIS, MINSAL.

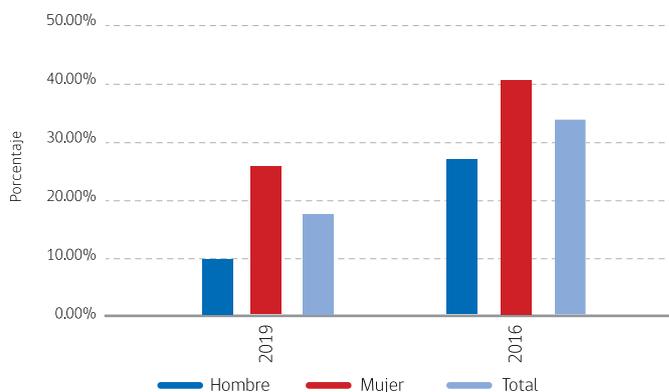
Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Incrementar cobertura efectiva de HTA	Porcentaje de personas en tratamiento por hipertensión que se encuentran normotensas.	Lograr que el 32% de las personas con hipertensión arterial elevada alcancen niveles normales de presión arterial.	<b>Cumple</b>

Respecto de este indicador se cumple la meta, siendo mayor en mujeres que hombres (Gráfico 30). Según grupo de edad, los grupos de 25 a 44 años y de mayores de 65 años, presentan las coberturas efectivas más bajas, siendo de 26,2% y de 22,5%.

A partir del 2018 además, se está implementando la Iniciativa HEARTS en las Américas, estrategia de OPS, que tiene por objetivo lograr un aumento significativo en la proporción de personas hipertensas que alcanzan cifras de presión arterial bajo 140/90mmHg, y así, contribuir a reducir la morbilidad cardiovascular asociada a esta condición.

Conocer la condición de salud y acceso a tratamiento farmacológico se correlaciona con el aumento de cobertura de Exámenes de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA) y adulto mayor (EMPAM), lo cuales han presentado una tendencia al alza; así como con el número de ingresos al programa de salud cardiovascular de la Atención Primaria de Salud, los cuales presentan una leve tendencia al alza para el periodo.

**GRÁFICO 30:**  
PORCENTAJE DE PERSONAS EN TRATAMIENTO POR HIPERTENSIÓN QUE SE ENCUENTRAN NORMOTENSAS



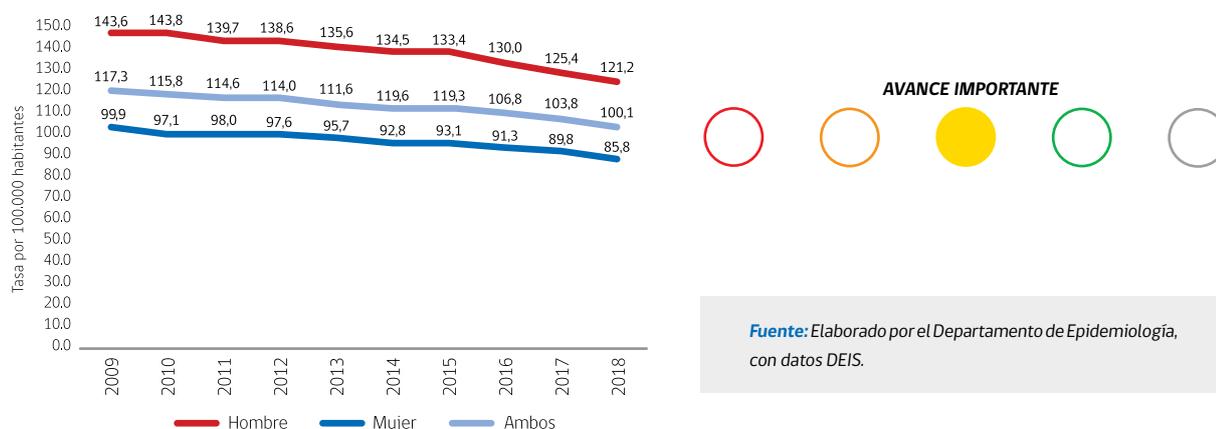
Fuente: Departamento de Epidemiología, MINSAL.

(1) Paula Muñoz-Venturelli & cols. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, Vol. 23, No. 3 (March), 2014: pp 490-495.

## CÁNCER

**OBJETIVO DE IMPACTO:**  
**Reducir la tasa de mortalidad por cáncer.**

**GRÁFICO 31:**  
 TASA AJUSTADA DE MORTALIDAD POR CÁNCER (CIE10= C00-C97)



Para realizar el análisis de “mortalidad por cáncer”, es necesario realizar una precisión respecto de la medición de sus indicadores. Con respecto a la población de referencia usada para la estimación de la estandarización de la tasa, se usará la población Organización Mundial de la Salud (OMS), por ser un indicador más certero, a pesar de que en la ficha técnica la estandarización se establece con la población del Censo 2002. Entonces, según lo planteado anteriormente se consideró lo siguiente:

- **Numerador:** se utilizaron como referencia las bases de datos de defunciones DEIS para la década 2009-2018.
- **Denominador:** proyecciones de población del INE.
- **Ajuste de tasa:** población (OMS).

Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Tasa ajustada de mortalidad por cáncer	112,43*100.000 habitantes	97,3*100.000 habitantes	105,45*100.000 habitantes	100,1*100.000 habitantes

El objetivo de impacto se encuentra en estado de avance importante, la mortalidad por cáncer en el período que comprende los años 2009 a 2018 (último año validado por DEIS a la fecha de esta revisión), tuvo un descenso porcentual a lo largo de los años, logrando una reducción de la tasa ajustada para ambos sexos, de 117,3 muertes x100.000 habitantes en 2009 a 100,1 muertes x 100.000 habitantes en 2018, estando cercana a la meta propuesta en este objetivo de impacto, establecida en 97.3 muertes x 100.000 habitantes.

A nivel internacional se ha descrito que el número de muertes por cáncer sigue aumentando debido, entre otros factores, al envejecimiento de la población. Para el año 2020 se pronosticó que el cáncer superaría a la enfermedad cardiovascular como la principal causa de muerte en los Estados Unidos de América (USA) dada la transición epidemiológica, lo que sucedió en algunos grupos con diferentes niveles de desarrollo económico.

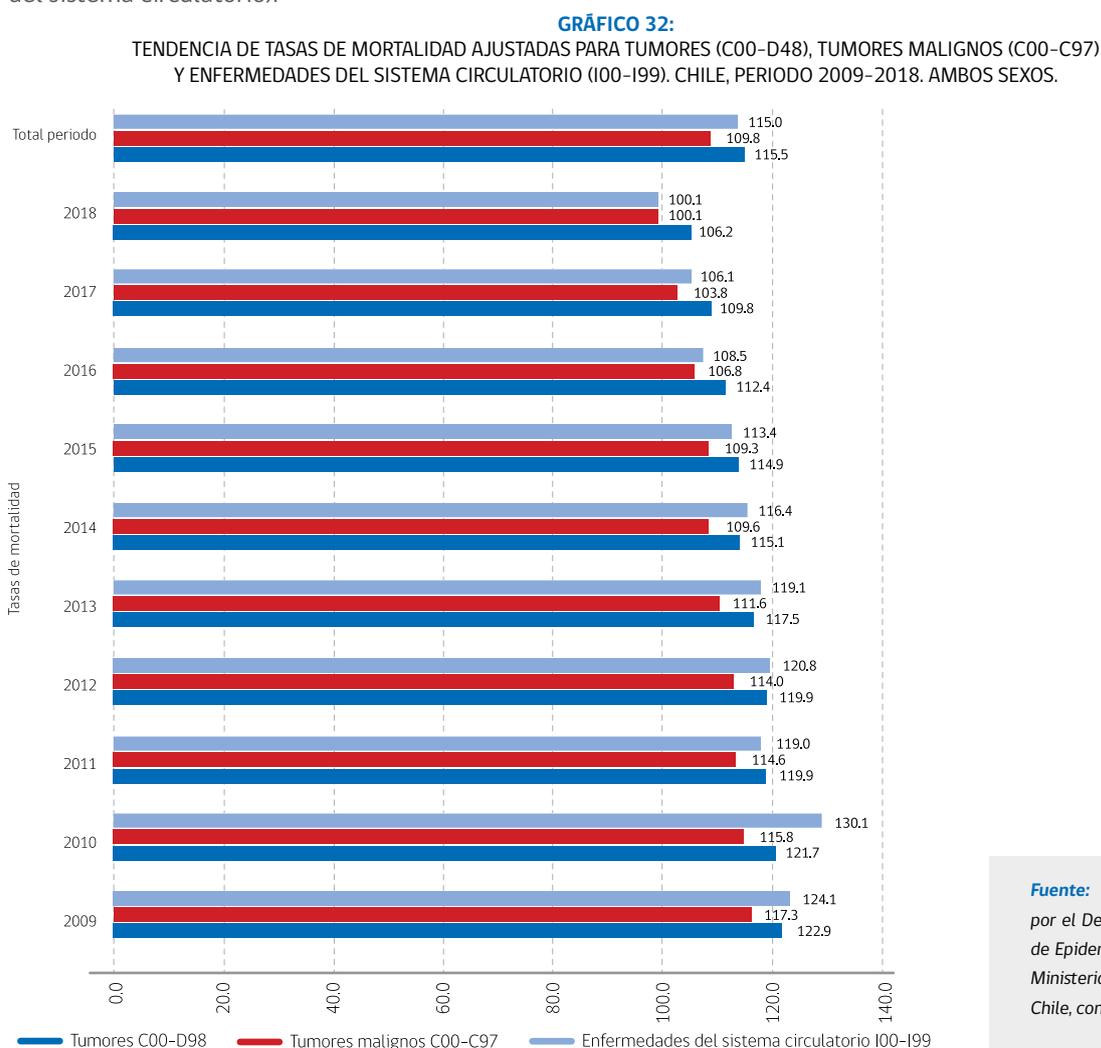
En Chile, si bien se observa una disminución en las tasas de mortalidad por tumores malignos entre el inicio y el final del periodo analizado, el cáncer supera en mortalidad a las enfermedades del sistema circulatorio si se considera el sexo femenino y ambos sexos en forma conjunta (Gráfico 31), por lo que el cáncer se está posicionando como una patología prioritaria y como la principal causa de muerte en el país.

Este indicador, refleja que los esfuerzos integrados realizados, el desarrollo de programas e iniciativas en salud, el fortalecimiento de recursos humanos (RRHH) y equipamiento, la sensibilización de la enfermedad, el control de los factores de riesgo, la detección o pesquisa precoz del cáncer, el tratamiento oportuno del cáncer, y el mejoramiento de la calidad de vida de pacientes con cánceres avanzados en cuidados paliativos oncológicos no han sido suficientes.

Al igual que en otros países, el año más reciente para el que se dispone de datos de mortalidad notificados tiene un retraso de 2 a 4 años con respecto al año actual debido al tiempo necesario para la recopilación, control de calidad y la difusión de los datos.

### TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER Y POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO

Al considerar ambos sexos durante el periodo 2009-2018, la tasa de mortalidad por tumores supera la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio (TAM=115,5 versus TAM=115,0 respectivamente). Este fenómeno también se observa en el sexo femenino (TAM=98,4 para tumores versus TAM=91,4 para enfermedades del sistema circulatorio).



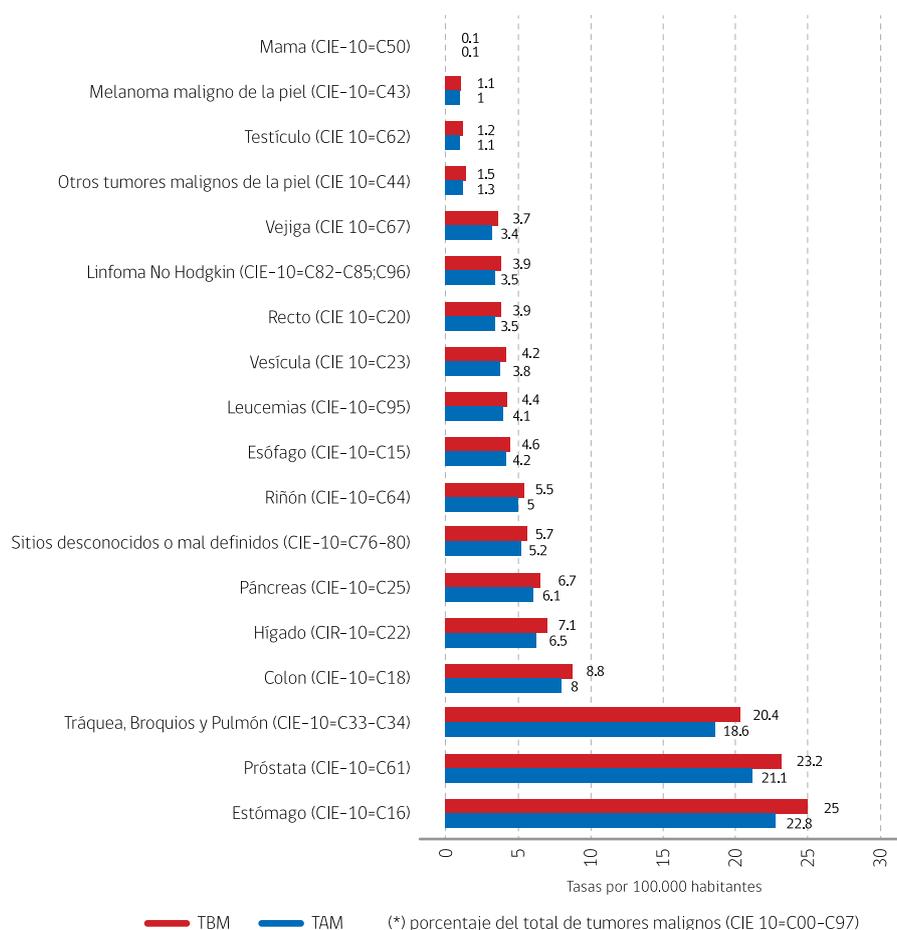
**Fuente:** Elaborado por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, Chile, con datos DEIS.

## MORTALIDAD POR CÁNCER EN HOMBRES

De acuerdo al análisis de mortalidad para la década 2009-2018, además de los cánceres considerados es importante relevar que cáncer de próstata y de tráquea, bronquios y pulmón se ubican dentro de los cinco cánceres que provocan mayores tasas de mortalidad en hombres.

En hombres la primera causa de mortalidad por cáncer corresponde a cáncer de estómago, con 22,8 muertes por 100.000 hombres. En segundo, tercero y cuarto lugar se ubican cáncer de próstata, cáncer de tráquea, bronquios y pulmón y cáncer de colon con tasas de 21,1; 18,6 y 8,0 muertes por 100.000 hombres respectivamente.

**GRÁFICO 33:**  
RANKING DE MORTALIDAD SEGÚN LOCALIZACIÓN DEL CÁNCER EN HOMBRES. CHILE, PERIODO 2009-2018.  
(TBM Y TAM POR 100 MIL HOMBRES)

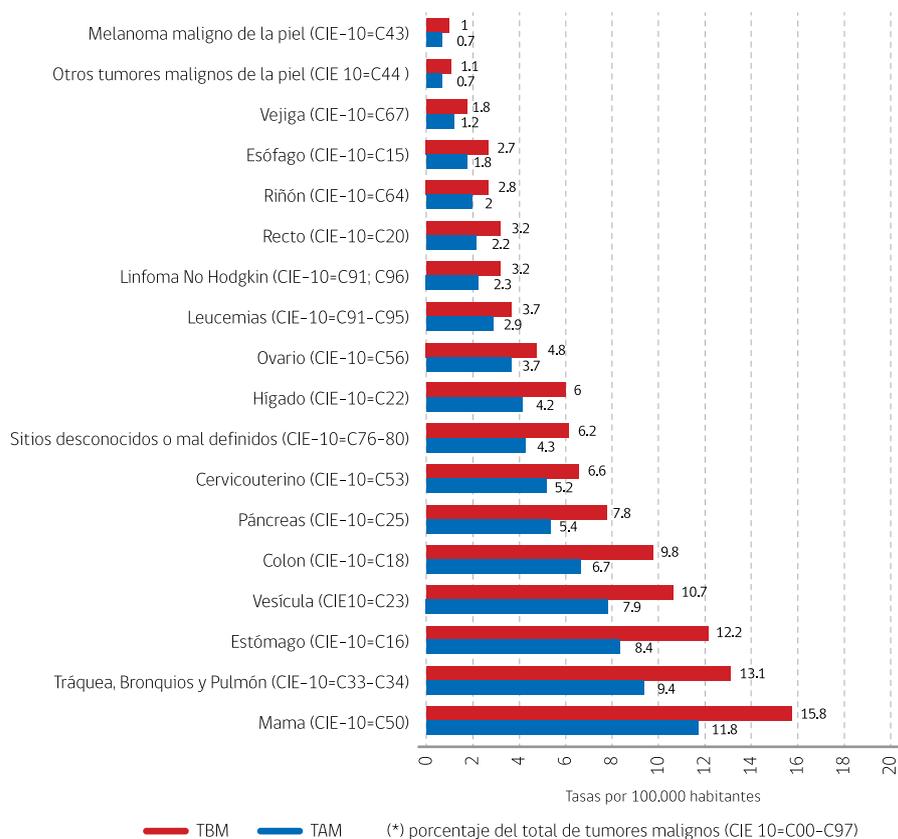


Fuente: Departamento de Epidemiología con datos DEIS, Ministerio de Salud de Chile.

## MORTALIDAD POR CÁNCER EN MUJERES

En mujeres la primera causa de muerte por cáncer corresponde a cáncer de mama, con 11,8 muertes por 100.000 mujeres. En segundo, tercero y cuarto lugar se ubican cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, cáncer de estómago y cáncer de vesícula con tasas de 9,4; 8,4 y 7,9 muertes por 100.000 mujeres respectivamente.

**GRÁFICO 34:**  
RANKING DE MORTALIDAD SEGÚN LOCALIZACIÓN DEL CÁNCER EN MUJERES. CHILE, PERIODO 2009-2018.  
(TBM Y TAM POR 100 MIL MUJERES)

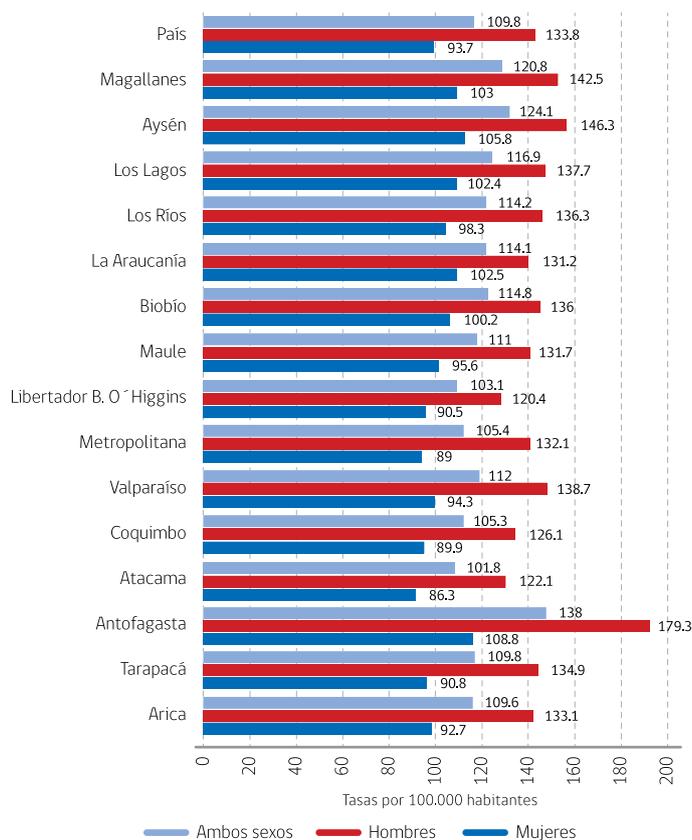


**Fuente:** Departamento de Epidemiología con datos DEIS, Ministerio de Salud de Chile.

### MORTALIDAD POR CÁNCER SEGÚN REGIÓN

En el gráfico 35 se puede observar la tasa estandarizada de mortalidad por cáncer en las distintas regiones del país durante la década, siendo la región de Antofagasta La que obtuvo la mayor tasa, superando la tasa de mortalidad del país considerando hombres y ambos sexos en forma conjunta.

**GRÁFICO 35:**  
TASA ESTANDARIZADA DE MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS (CIE 10=C00-C97, EXCEPTO C44) SEGÚN REGIÓN Y SEXO. CHILE, PERIODO 2009-2018

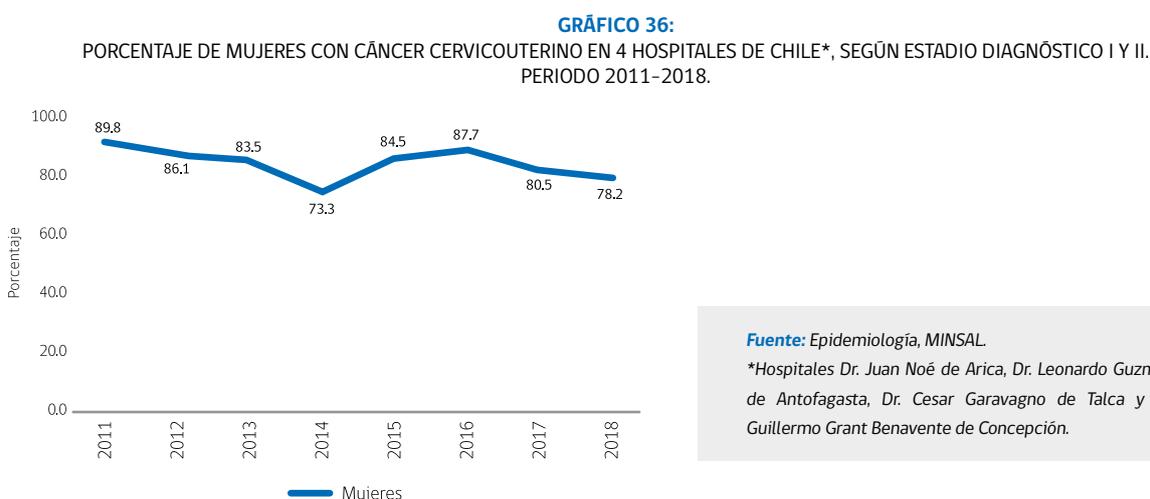


Fuente: Departamento Epidemiología con datos DEIS.

Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fortalecer la detección precoz de cáncer en grupos de riesgos específicos	Porcentaje de personas beneficiarias con cánceres seleccionados diagnosticados en etapa I y II, en regiones seleccionadas.	Lograr un aumento progresivo de 10% en relación con la línea base en la detección precoz de etapas iniciales de cáncer cervicouterino, mama, vesícula, colorrectal y gástrico.	<b>No evaluable</b>

## CÁNCER CERVICOUTERINO

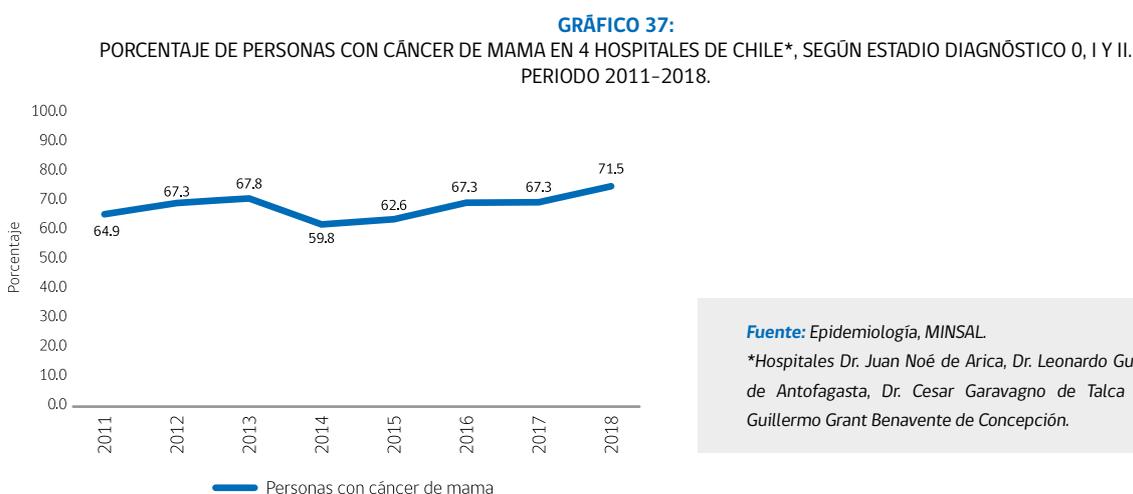
La detección precoz de pacientes con Cáncer Cervicouterino en etapa I y II osciló entre 73,3 y 89,8% entre 2011 y 2018, alcanzando este último año un 78,2% (Gráfico 36). Si bien se han realizado esfuerzos para mejorar este indicador, no han sido suficientes, por lo que se debe poner énfasis en la priorización de capacitación, capacidad de oferta y acceso a detección precoz; siendo esta última la medida preventiva más eficaz contra el cáncer cervicouterino y de más rápida disponibilidad a nivel nacional. Cabe destacar que no se tiene conocimiento de la línea base por lo que la comparación se realizó considerando la década año a año.



## CÁNCER DE MAMA

A diferencia del resto de cánceres; las mujeres diagnosticadas con Cáncer de Mama en estadios 0, I y II, han aumentado, llegando a diagnosticarse el 71,5% de los casos en 2018; sin embargo, se debe insistir en la promoción del tamizaje, ya que este cáncer es el responsable de la primera causa de mortalidad en mujeres en Chile y en el ingreso a tamizaje en edades más tempranas, pues este cáncer cuando se presenta en mujeres jóvenes lo hace con mayor agresividad.

Aunque los pacientes jóvenes componen una pequeña proporción de los diagnósticos de cáncer de mama, se ha demostrado que estos pacientes tienen una enfermedad más agresiva que los pacientes mayores.

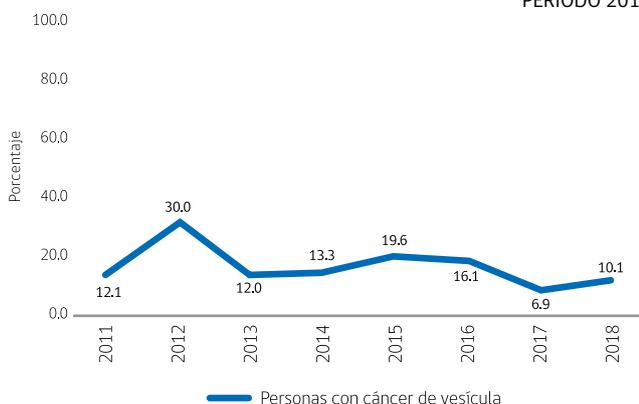


## CÁNCER DE VESÍCULA

En relación al cáncer de vesícula, es el que presenta menor porcentaje de detección en estadios tempranos, llegando a diagnosticarse sólo el 10% de los casos en estadios I y II en el 2018. La pesquisa precoz de este cáncer es un desafío para la salud pública; pues, en mujeres es el tercer cáncer con mayor incidencia en Chile y el cuarto en mortalidad en el mismo sexo.

**GRÁFICO 38:**

PORCENTAJE DE PERSONAS CON CÁNCER DE VESÍCULA EN 4 HOSPITALES DE CHILE\*, SEGÚN ESTADIO DIAGNÓSTICO I Y II. PERIODO 2011-2018.



**Fuente:** Epidemiología, MINSAL.

\*Hospitales Dr. Juan Noé de Arica, Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta, Dr. Cesar Garavagno de Talca y Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción.

## CÁNCER COLORRECTAL Y CÁNCER GÁSTRICO

Los cánceres Colorrectal y Gástrico de igual forma que el Cáncer de Vesícula tienen una baja pesquisa en estadios tempranos, oscilando entre 24,3 y 28,7% (Colorrectal) y entre 17,4 y 25,5% respectivamente (Gástrico).

**GRÁFICO 38A:**

PORCENTAJE DE PERSONAS CON CÁNCER COLORRECTAL EN 4 HOSPITALES DE CHILE\*, SEGÚN ESTADIO DIAGNÓSTICO I Y II. PERIODO 2011-2018.

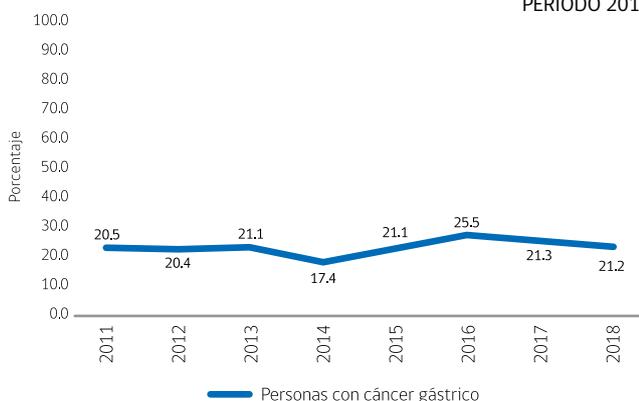


**Fuente:** Epidemiología, MINSAL.

\*Hospitales Dr. Juan Noé de Arica, Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta, Dr. Cesar Garavagno de Talca y Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción.

**GRÁFICO 38B:**

PORCENTAJE DE PERSONAS CON CÁNCER GÁSTRICO EN 4 HOSPITALES DE CHILE\*, SEGÚN ESTADIO DE DIAGNÓSTICO I Y II. PERIODO 2011-2018.



**Fuente:** Epidemiología, MINSAL.

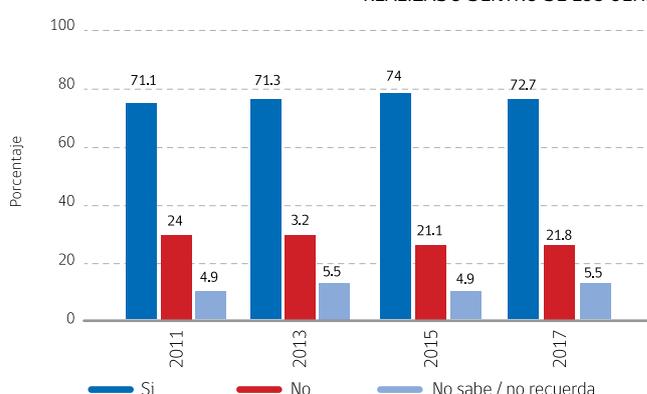
\*Hospitales Dr. Juan Noé de Arica, Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta, Dr. Cesar Garavagno de Talca y Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción.

Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fortalecer la detección precoz de cáncer en grupos de riesgos específicos	Porcentaje de mujeres entre 25 y 64 años, que cuentan con prueba de Papanicolau (PAP) realizada dentro de los últimos 3 años.	Lograr que el 80% de las mujeres entre 25 y 64 años de edad realicen su prueba de Papanicolau (PAP) cada tres años.	<b>Avance Discreto</b>
	Porcentaje de mujeres entre 50 y 59 años, que cuentan con mamografía realizada dentro de los últimos 3 años.	Lograr que el 75% de las mujeres entre 50 y 59 años de edad realicen su mamografía de control cada tres años.	<b>Avance Importante</b>

Entre 2011 y 2017 se produjo un aumento de las mujeres que cuentan con examen Papanicolau (PAP) realizado dentro de los últimos tres años de un 71,1 a 72,7% (Gráfico 39). Durante 2015 este porcentaje llegó hasta 74%. A pesar de este aumento porcentual entre el inicio y el final del periodo analizado, no es suficiente para cumplir la meta propuesta, establecida en 80%.

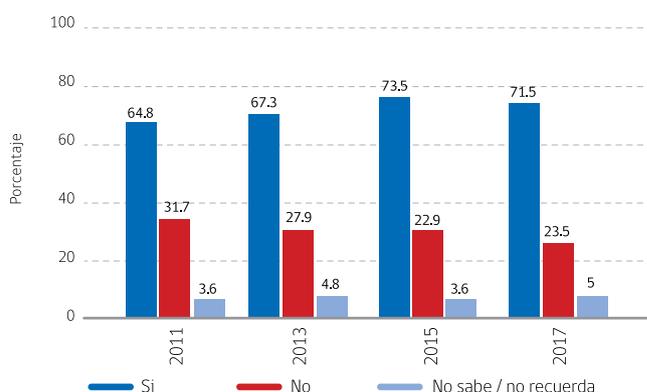
El porcentaje de mujeres con edad entre 50 y 59 años que cuentan con mamografía realizada dentro de los últimos tres años aumentó de 64,8% en el 2011 a 71,5% en el 2017 (Gráfico 40). Si bien este aumento no logra cumplir la meta, establecida en 75%, es un avance significativo que representa el beneficio en salud obtenido gracias a la incorporación del examen de medicina preventiva en Programa Garantía explícita en Salud (GES), al Programa Imágenes Diagnósticas de División de Atención Primaria (DIVAP) y al seguimiento realizado por los Servicios de Salud y Ministerio de Salud.

**GRÁFICO 39:**  
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENTRE 25 Y 64 AÑOS CON EXAMEN PAPANICOLAU (PAP) REALIZADO DENTRO DE LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS EN CHILE



Fuente: CASEN 2011, 2013, 2015 y 2017.

**GRÁFICO 40:**  
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES ENTRE 50 Y 59 AÑOS CON EXAMEN MAMOGRAFÍA REALIZADA DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS EN CHILE



Fuente: CASEN 2011, 2013, 2015 y 2017.

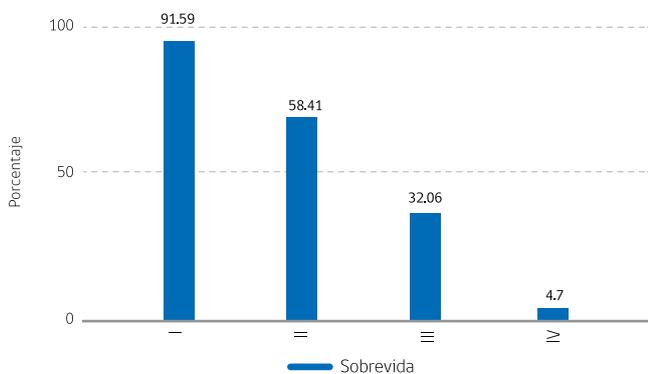
Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fortalecer la detección precoz de cáncer en grupos de riesgos específicos	Porcentaje de personas beneficiarias con cánceres seleccionados diagnosticados en etapa I y II, en regiones seleccionadas.	Lograr un aumento progresivo de 10% en relación con la línea base en la detección precoz de etapas iniciales de cáncer cervicouterino, mama, vesícula, colorrectal y gástrico.	<b>No evaluable</b>

Con respecto a la meta propuesta, correspondiente a lograr aumentar la sobrevida en 10% en relación con la línea base de los cánceres cervicouterino, mama, vesícula, colorrectal y gástrico, es fundamental definir cuál fue la línea base utilizada para cada uno de los cánceres mencionados; en dicho caso, no es posible realizar la comparación con el periodo anterior.

Para cáncer cervicouterino la sobrevida en estadio I supera el 90% y en el caso del cáncer de mama llega a 98,2%. A través de estos resultados, se destaca la importancia del diagnóstico precoz en la sobrevida de pacientes con cáncer.

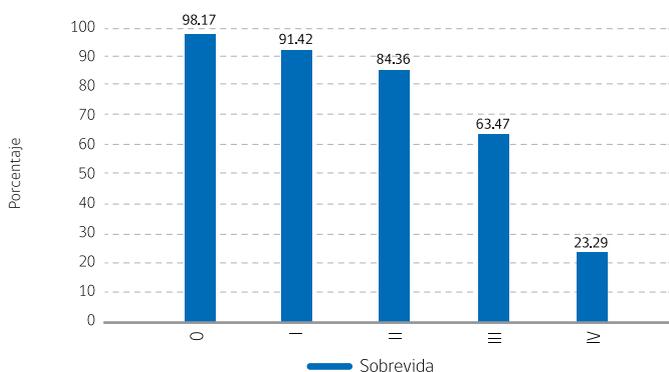
El cáncer de mama presenta el porcentaje de sobrevida más alto en estadio IV de los cinco cánceres analizados, llegando a 23,3%.

**GRÁFICO 41:**  
SOBREVIDA DE PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO EN 4 HOSPITALES DE CHILE\*, SEGÚN ESTADIO DIAGNÓSTICO. PERIODO 2011-2018



**Fuente:** Epidemiología, MINSAL.  
\*Hospitales Dr. Juan Noé de Arica, Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta, Dr. Cesar Garavagno de Talca y Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción.

**GRÁFICO 42:**  
SOBREVIDA DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN 4 HOSPITALES DE CHILE\*, SEGÚN ESTADIO DIAGNÓSTICO. PERIODO 2011-2018



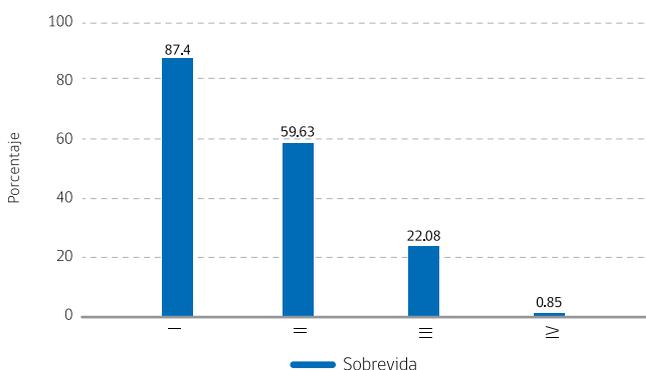
**Fuente:** Epidemiología, MINSAL.  
\*Hospitales Dr. Juan Noé de Arica, Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta, Dr. Cesar Garavagno de Talca y Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción.

En el caso del cáncer de vesícula, la sobrevida en estadio I llega a 87,4% sin embargo, la sobrevida entre el estadio II y III desciende de 59,6 a 22,1% respectivamente.

Con respecto al cáncer Colorrectal, la sobrevida en estadio I, II, III y IV fue de 79,5%, 66,3%, 54,2% y 9,3% respectivamente.

Finalmente, la sobrevida del cáncer Gástrico en estadio I es 73,5%, siendo la más baja en este estadio de los cinco cánceres seleccionados, esta tendencia también se observa en el estadio II y III, con 38,4% y 23,1 respectivamente.

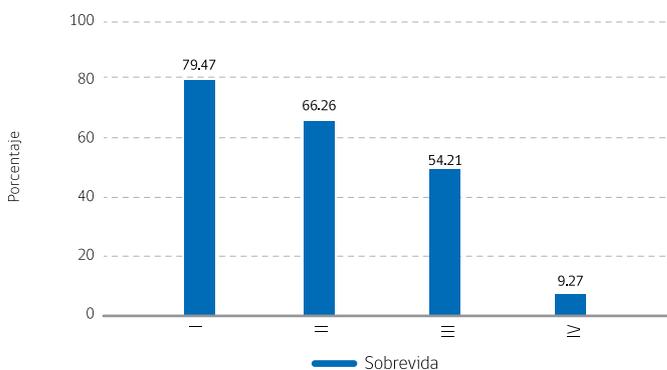
**GRÁFICO 43:**  
SOBREVIDA DE PACIENTES CON CÁNCER DE VESÍCULA EN 4 HOSPITALES DE CHILE\*, SEGÚN ESTADIO DIAGNÓSTICO.  
PERIODO 2011-2018



**Fuente:** Epidemiología, MINSAL.

\*Hospitales Dr. Juan Noé de Arica, Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta, Dr. Cesar Garavagno de Talca y Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción.

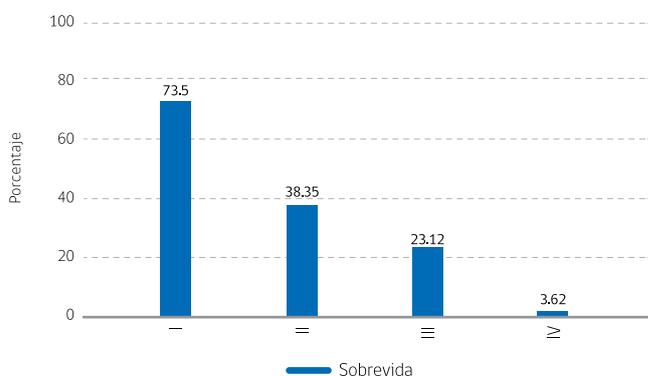
**GRÁFICO 44:**  
SOBREVIDA DE PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL EN 4 HOSPITALES DE CHILE\*, SEGÚN ESTADIO DIAGNÓSTICO.  
PERIODO 2011-2018



**Fuente:** Epidemiología, MINSAL.

\*Hospitales Dr. Juan Noé de Arica, Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta, Dr. Cesar Garavagno de Talca y Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción.

**GRÁFICO 45:**  
SOBREVIDA DE PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO EN 4 HOSPITALES DE CHILE\*, SEGÚN ESTADIO DIAGNÓSTICO.  
PERIODO 2011-2018



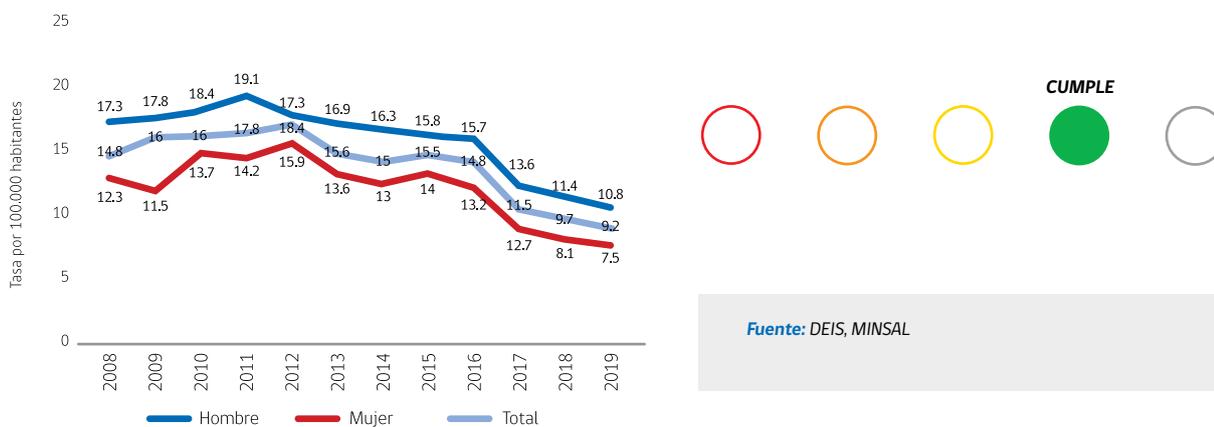
**Fuente:** Epidemiología, MINSAL.

\*Hospitales Dr. Juan Noé de Arica, Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta, Dr. Cesar Garavagno de Talca y Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción.

# DIABETES MELLITUS

**OBJETIVO DE IMPACTO:**  
**Disminuir la mortalidad prematura por diabetes mellitus.**

**GRÁFICO 46:**  
 TASA DE MORTALIDAD PREMATURA POR DIABETES MELLITUS EN PERSONAS DE 30 A 69 AÑOS



En Chile, la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ha ido aumentando en las últimas décadas, llegando al 12.3% de la población de 15 años y más, 1.707.000 personas, cifra que llega al 30,6% de las personas de 65 años y más y al 24% de las personas con nivel educacional menor a 8 años.

Aunque se observó un aumento significativo del número absoluto de personas con obesidad y con diabetes, en la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 la cobertura efectiva de la DM2 aumentó de un 34 a un 55%. Esto, sumado a las mejoras de control de la presión arterial que se duplicaron en cuanto a cobertura efectiva, comorbilidad muy frecuente en personas con diabetes (más de 60%), explican en parte la reducción de la mortalidad prematura. Asimismo, la cobertura de estatinas en esta población, que de acuerdo a Margozzini y Passi es de 33% aproximadamente.

Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Tasa de mortalidad prematura por Diabetes Mellitus (30 - 69 años)	16,1*100.000 habitantes	15,9*100.000 habitantes	14,2*100.000 habitantes	9,2*100.000 habitantes

Al respecto, durante la última década se han implementado estrategias poblacionales e individuales.

## ESTRATEGIAS POBLACIONALES

- Sistema Elige Vivir Sano:** posee cuatro pilares fundamentales: alimentación saludable, actividad física, vida al aire libre y vida en familia. Desde el punto de vista de salud poblacional, su foco es la prevención de obesidad con fin la promoción del derecho a una vida saludable y creación de oportunidades para acceso a alimentación saludable y actividad física. Actualmente es dependiente del Ministerio de desarrollo social, con gran trabajo intersectorial con MINSAL.

- Aumento del impuesto a las bebidas endulzadas con azúcar a partir del año 2014 de 13 a 18%.
- Ley 20.606 respecto a la rotulación de productos envasados que contengan exceso de nutrientes críticos. Protección a la lactancia materna.

## ESTRATEGIAS INDIVIDUALES

- La detección y tratamiento oportuno de la diabetes contribuye a reducir las complicaciones invalidantes de la enfermedad. En este contexto, es importante recordar que el **Examen de Medicina Preventiva (EMP)** permite detectar personas con factores de riesgo o enfermedades como la diabetes, en una etapa temprana y potencialmente reversible. Se realiza para adultos y personas mayores (**EMPA y EMPAM**).
- En el sistema público, las personas de 15 años y más con diagnóstico de DM2 se atienden en el Programa de **Salud Cardiovascular (PSCV)**. En este contexto se actualizó el Consenso de Riesgo cardiovascular el 2014, en el cual se estipula que las personas con DM2 son de alto riesgo cardiovascular. Además, se actualizó la guía clínica de DM2 al 2017 y las orientaciones del programa de salud cardiovascular, haciendo énfasis en la relevancia del control de esta patología y prevención de complicaciones. Además, se incluyó la cobertura efectiva tanto de DM como de HTA en las metas sanitarias y IAAPS.
- **Fondo de Farmacia (FOFAR) 2014** que entrega recursos para el tratamiento farmacológico a las APS para personas con HTA, DM y dislipidemia, definidos en el arsenal básico del Servicio de Salud. En relación a diabetes, incluye metformina, glibenclamida, atorvastatina y antihipertensivos, para el control del colesterol e hipertensión u albuminuria.
- **Programa Elige Vida Sana (ex Vida Sana):** busca disminuir la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles como HTA y DM2, incluyendo personas desde los 6 meses a 64 años de edad inscritas en centros de APS, que cumplan con criterios de inclusión establecidos por el programa.
- **Plan de acción de ACV:** Las personas con diabetes tienen 2 a 4 veces más riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares como infarto agudo al miocardio (IAM) o ataque cerebrovascular (ACV).
- **Alianza por un Chile sin Diabetes:** equipo intersectorial conformado por actores claves en torno a la promoción de salud, prevención y tratamiento oportuno de diabetes en Chile, de la cual MINSAL es miembro colaborador.
- **Otros documentos**, puestos a disposición de la Red a través de <https://redcronicas.minsal.cl>
  - Guía de práctica clínica de DM2 2017 GES, que incluye un algoritmo de tratamiento.
  - OT manejo pie diabético.
  - Protocolo de uso de glibenclamida
  - Recomendaciones de actividad física para personas con comorbilidad. 2017.
  - Compendio de Obesidad 2016.
  - Compendio de Diabetes 2017.
  - “Consenso Chileno en Economía de la Salud, Políticas Públicas y Acceso en Diabetes”, elaborado por

Alianza por un Chile sin diabetes.

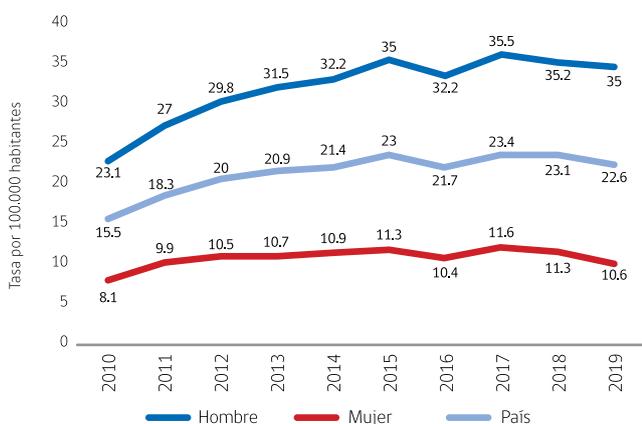
- Documentos complementarios de complicaciones
- **Hospital digital:** dentro de esta estrategia de Gobierno se incorporó una célula de diabetes. El objetivo inicial es lograr la compensación de las personas muy descompensadas del programa de salud cardiovascular de la atención primaria de salud (HbA1c mayor a 9%), que corresponde al 17,7% de las personas con DM2 del programa a diciembre de 2018. Actualmente se encuentra presente en 27 servicios de salud, siendo los que realizan mayor número de interconsultas el Servicio de Salud de Antofagasta y Servicio de Salud Metropolitano Oriente.
- **Estrategia HEARTS** para el control de la HTA, en proceso de implementación nivel nacional, <https://redcronicas.minsal.cl/temas-de-salud/salud-cardiovascular-2/hearts/>.
- **Campañas comunicacionales para la comunidad.**

Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Reducir las complicaciones en personas con diabetes mellitus	Tasa de egresos hospitalarios por amputaciones relacionadas a diabetes mellitus (pie diabético).	Lograr que se reduzcan en 10% los egresos hospitalarios por amputaciones relacionadas a diabetes mellitus (pie diabético).	<b>Retroceso</b>

Este indicador se encuentra en estado de retroceso, ya que se esperaba disminuir la tasa de personas con amputaciones relacionadas a diabetes mellitus y se observa una tendencia al aumento, siendo llamativo que en hombres es mayor que en mujeres, variando en mujeres en 2 puntos porcentuales y en hombres en más de 10 puntos porcentuales.

Según grupo de edad, son los hombres de 30 a 35 años los que aumentaron el número de hospitalizaciones por amputación de extremidades inferiores.

**GRÁFICO 47:**  
TASA DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR AMPUTACIONES RELACIONADAS A DIABETES MELLITUS (PIE DIABÉTICO)



Fuente: DEIS, MINSAL

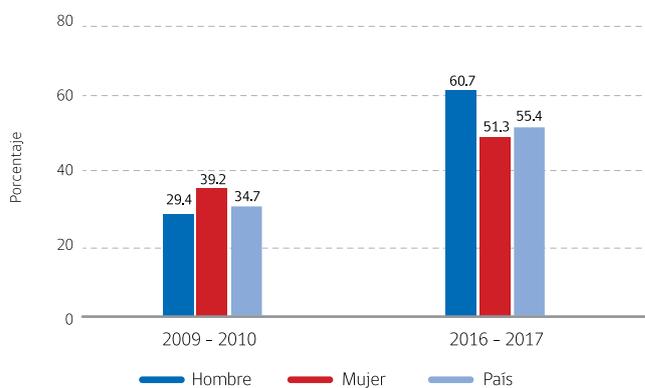
Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Incrementar la proporción de personas con DM2 controlada.	Cobertura efectiva del tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2).	Lograr que el 41% de las personas con diabetes mellitus se encuentren compensadas.	<b>Cumple</b>

En Chile, la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ha ido aumentando en las últimas décadas, llegando al 12,3% de la población de 15 años y más, 1.707.000 personas, cifra que llega al 30,6% de las personas de 65 años y más y al 24% de las personas con nivel educacional menor a 8 años.

A pesar del aumento significativo de número absoluto de personas con obesidad y con diabetes, de acuerdo a la ENS 2016-2017 la cobertura efectiva de la DM2 aumento de un 34 a 55%. Esto, sumado a las mejoras de control de la presión arterial que se duplicaron en cuanto a cobertura efectiva, comorbilidad muy frecuente en personas con diabetes, explican en parte la reducción de la mortalidad prematura.

Llama la atención que la cobertura efectiva a nivel del programa de salud cardiovascular es inferior a lo reportado por la ENS a nivel poblacional.

**GRÁFICO 48:**  
PORCENTAJE DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS QUE SE ENCUENTREN COMPENSADAS



Fuente: Departamento de epidemiología, MINSAL

## ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

### OBJETIVO DE IMPACTO: Reducir la progresión de Enfermedad Renal Crónica (ERC).

**TABLA 16:**  
NÚMERO DE PERSONAS EN HEMODIÁLISIS SEGÚN TIPO DE PRESTADOR

Año	Prestador Público	Prestador Privado	Total
2015	1.645	16.388	18.033
2016	1.777	17.167	18.944
2017	1.928	17.978	19.906
2018	1.960	18.913	20.823
2019	1.949	19.887	21.836
2020	2.106	20.060	22.166



Fuente: Dpto. GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas.

Para este objetivo, el indicador es la tasa de incidencia de tratamiento de sustitución renal (hemodiálisis crónica) en menores de 65 años. La meta establecida a cumplir para el término de la década era disminuir de 8,2 a 6,8 por cada 100.000 habitantes los nuevos casos proyectados de tratados con hemodiálisis.

Cabe señalar que desde el Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas de la División de Gestión de la Red Asistencial proporcionaron información del total de personas que se encuentran en hemodiálisis según tipo de prestador a contar del año 2015, no obstante, la información no se encuentra desagregada por grupo etario por lo que no es posible realizar el cálculo de la tasa según la metodología expuesta en la ficha del indicador motivo por el cuál el indicador es no evaluable.

Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Tasa de incidencia de tratamiento de sustitución renal (hemodiálisis crónica) en menores de 65 años.	8,2*100.000 habitantes	6,8*100.000 habitantes	No disponible	No disponible

Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar la detección precoz de ERC en pacientes de alto riesgo.	Cobertura de exámenes de diagnóstico de enfermedad renal crónica (ERC) (VFG y RAC) en el sector público.	Lograr que el 80% de las personas con diabetes se realicen examen diagnóstico de enfermedad renal crónica.	<b>No evaluable</b>

El indicador para este resultado esperado es la cobertura de examen diagnóstico de ERC en los pacientes que se controlan en el Programa de Salud Cardiovascular en el sector público de salud. La información disponible para el cálculo de los indicadores tiene como sesgo que contempla únicamente a usuarios que se atienden en centros de atención primaria de la red pública de salud y que se encuentran bajo control en el PSCV.

Respecto a la meta planteada “lograr que el 80% de las personas con diabetes se realicen examen diagnóstico de enfermedad renal crónica”, no es evaluable su cumplimiento. A pesar de ello, se aprecia un incremento el registro de personas que se realizan examen RAC y/o VFG, alcanzando el 54,7% de pacientes con diabetes y RAC vigente, y el 68,5% de pacientes con diabetes y VFG vigente, en el año 2019.

TABLA 17:

COBERTURA DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) (VFG Y RAC) EN EL SECTOR PÚBLICO

Fuente	Descripción	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
REM P04, sección A	Personas DM en PSCV	Sin dato	618.166	662.121	704.484	753.760	801.317	855.135	889.383	920.704
REM P04, sección C	Con RAC vigente	Sin dato	Sin dato	Sin dato	118.248	195.253	291.162	429.318	461.982	503.685
	% con RAC vigente	Sin dato	Sin dato	Sin dato	16,8%	25,9%	36,3%	50,2%	51,9%	54,7%
REM P04, sección C	con VFG vigente	Sin dato	Sin dato	Sin dato	298.677	397.775	475.589	550.945	570.128	631.080
	% con VFG vigente	Sin dato	Sin dato	Sin dato	42,4%	52,8%	59,4%	64,4%	64,1%	68,5%

Fuente: Elaboración Departamento de Enfermedades No Transmisibles, DIPRECE con datos DEIS.

Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar la cobertura de tratamiento de nefroprevención en pacientes diagnosticados con ERC	Cobertura de tratamiento con IECA o ARA II en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) etapas 1-4 en programa salud cardiovascular.	Lograr que el 90% de las personas en programas de salud cardiovascular y que padecen enfermedad renal crónica en las etapas 1 a 4 reciban tratamiento.	No evaluable

Para este resultado, el indicador está relacionado con la cobertura de tratamiento con IECA o ARA II en pacientes que ya tienen la patología en etapas 1 a 4 y que se controlen en el programa de salud cardiovascular.

Respecto al indicador “lograr que el 90% de las personas en programas de salud cardiovascular y que padecen enfermedad renal crónica en las etapas 1 y 4 reciban tratamiento”, no fue posible establecer estado de avance porque el dato disponible incluye a todas las personas con DM bajo control, no sólo las que tienen ERC y no diferencia etapa de la ERC. Sin embargo, se aprecia un incremento de las personas con diabetes, en tratamiento con IECA o ARA II, alcanzando el 49,1% en el año 2019.

TABLA 18:

COBERTURA DE TRATAMIENTO CON IECA O ARA II EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) ETAPAS 1-4 EN PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR

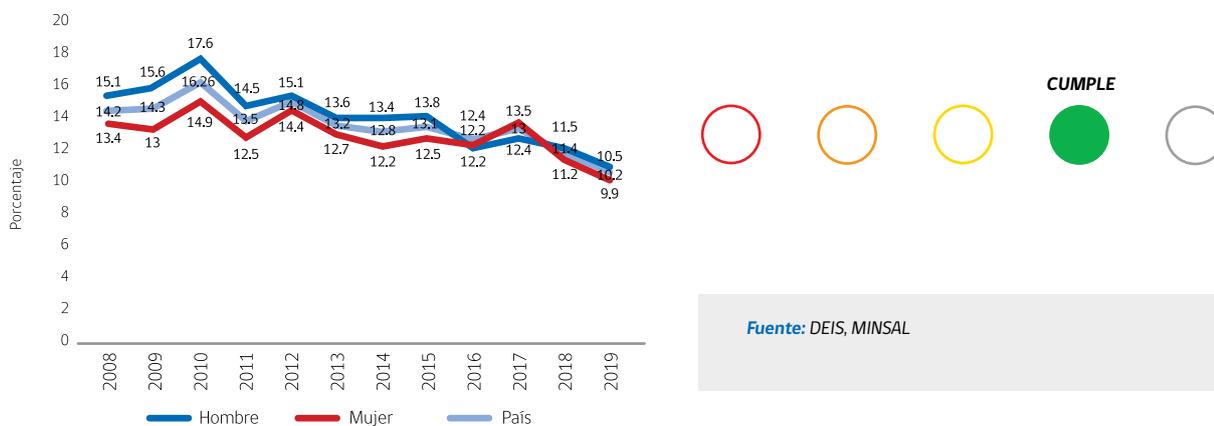
Fuente	Descripción	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
REM P04, sección A	Personas DM en PSCV	Sin dato	618.166	662.121	704.484	753.760	801.317	855.135	889.383	920.704
REM P04, sección C	En tratamiento con IECA o ARA II	Sin dato	Sin dato	Sin dato	247.627	311.307	352.826	414.311	426.348	451.690
	% con IECA o ARA II	Sin dato	Sin dato	Sin dato	35,2%	41,3%	44,0%	48,4%	47,9%	49,1%

Fuente: Elaboración Departamento de Enfermedades No Transmisibles, DIPRECE con datos DEIS.

## ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS

**OBJETIVO DE IMPACTO:**  
**Disminuir la mortalidad por enfermedades respiratorias crónicas.**

**GRÁFICO 49:**  
 TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS \*AÑO 2019  
 EN PROCESO DE VALIDACIÓN DE DATOS



Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades respiratorias	16,2 * 100000 habitantes	12,7 * 100000 habitantes	12,9 * 100000 habitantes	10,20 * 100000 habitantes

La meta establecida para la década se cumplió, aunque se desconoce la información del año 2020, pero por el efecto que ha generado pandemia, relacionado con la reorientación de la atención a actividades relacionadas directamente con COVID y el impacto en la compensación de las personas, se presume que podría existir algún retroceso.

La sobrevida en personas con enfermedades respiratorias crónicas, como asma y EPOC, está dada por la reducción de los factores de riesgo, principalmente el tabaquismo, así como el diagnóstico oportuno y el tratamiento correcto de la persona, además de la educación en la prevención secundaria y terciaria, para prevenir y detectar precozmente las exacerbaciones para lo que se han implementado estrategias de política pública a nivel nacional.

### LEYES Y PROGRAMAS PARA LA REDUCCIÓN DEL TABAQUISMO

El tabaquismo se debe intervenir desde la promoción, prevención y la cesación del hábito tabáquico. Al respecto, Chile ratificó el Convenio Marco, primer tratado que da una respuesta a la epidemia del tabaco, en el año 2005. A partir de ello, se promulgaron las leyes 20.105 (año 2006) y 20.660 (año 2013). Esta última, que fue desarrollada durante la década de la presente Estrategia Nacional de Salud, incorporó la prohibición de fumar en espacios cerrados, prohibición de publicidad de productos de tabaco, establecimiento de entre dos y seis advertencias sanitarias para los envases de productos de tabaco, incorporación de inspectores municipales para fiscalización y aumento de sanciones.

Desde APS se ha impulsado la realización de consejería breve para el cese de hábito tabáquico, la que puede ser realizada en cualquier atención.

A pesar de las estrategias implementadas y de la reducción de la prevalencia de fumadores, se mantiene como un problema prioritario, dada la magnitud y las consecuencias que genera a nivel global en la salud de las personas.

## **GES**

Las enfermedades respiratorias crónicas, EPOC y asma, están incluidas en el régimen de GES, por lo que tienen garantizado el acceso, la oportunidad, la protección financiera y la calidad de la atención. Además, el Decreto GES, que contiene las prestaciones específicas que garantiza, relacionado con atenciones, procedimientos y medicamentos, se actualiza cada 3 años.

Asociados al GES, cada patología cuenta con una Guía de Práctica Clínica, actualizada entre los años 2019 y 2020 para EPOC, y asma, desarrollada en 2013 y se espera que su actualización inicie el 2021. Estas contemplan la mejor evidencia científica disponible, para orientar a los equipos de salud respecto al manejo de las personas con estas patologías, en los diferentes niveles de atención y en sistema público y privado.

## **PROGRAMA ERA**

Este se desarrolla en todos los centros de Atención Primaria de Salud, y tiene como propósito “otorgar atención de salud oportuna, humanizada y de calidad a la población con enfermedades respiratorias agudas y crónicas, conforme a las guías y normas ministeriales existentes”. Considera actividades de promoción, prevención, pesquisa precoz, diagnóstico oportuno, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de los usuarios, además de la coordinación con nivel secundario.

## **PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA AMBULATORIA**

Este programa tiene como propósito “aumentar la sobrevivencia de pacientes con insuficiencia respiratoria crónica o que requieren la administración de oxígeno en forma transitoria o permanente, facilitando su reinserción familiar, escolar y laboral, mejorando su calidad de vida relacionada a salud junto con liberar camas hospitalarias”. Provee de oxígeno a los usuarios con insuficiencia respiratoria crónica, según indicación del médico broncopulmonar o internista capacitado.

## **CAPACITACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD**

Existen programas de capacitación al recurso humano de APS, cuyas orientaciones son entregadas desde MINSAL, y son ejecutados tanto a nivel de servicios de salud (programa de desarrollo recurso humano y plan anual de capacitaciones) como de comunas (plan comunal de capacitación). Sumado a ello, hubo disponibilidad de un programa de apoyo radiológico, el que consideraba recursos para capacitación en espirometría, para el diagnóstico de las enfermedades crónicas, sin embargo, dado el aumento de costos y de demanda, no se ha llevado a cabo como corresponde, lo que ha ido en desmedro de las capacitaciones en espirometría.

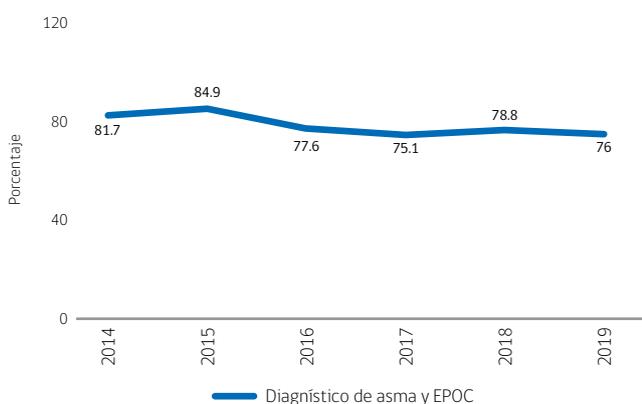
Estas estrategias buscan mantener capacitado al equipo respiratorio, considerando el manejo de infecciones respiratorias en el niño (IRA) y de patologías respiratorias del adulto (ERA), rehabilitación pulmonar, exámenes funcionales respiratorios, capacitación en educación para la salud y formación en salud familiar y comunitaria.

Al respecto, se recomienda a nivel general:

- Considerar indicador que contemple la reducción de factores de riesgo, principalmente la cesación tabáquica.
- Considerar indicador de vacunación para influenza y neumococo en personas con problemas respiratorios crónicos.
- Considerar la reducción de la mortalidad y la mortalidad prematura como indicadores por separado, como se realiza en otras enfermedades crónicas no transmisibles.
- Evaluar la incorporación de indicadores de reducción de incidencia y prevalencia de enfermedades respiratorias crónicas.

Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar la detección precoz y calidad de la atención de personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas	Porcentaje de pacientes con diagnóstico de asma y EPOC, que mejoran su puntaje de calidad de vida a los 12 meses de su ingreso a los programas respiratorios con respecto a lo evaluado a su ingreso.	Lograr que el 70% de los pacientes ingresados al programa respiratorio con diagnóstico de asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica mejoren su puntaje de calidad de vida a los 12 meses respecto de lo evaluado a su ingreso.	<b>Cumple</b>
	Porcentaje de población inscrita validada, menor de 20 años, registradas como bajo control en sala IRA con diagnóstico confirmado de asma.	Lograr que el 5% de la población menor de 20 años registrada bajo control en sala de infección respiratoria aguda cuente con diagnóstico de asma confirmado.	<b>No evaluable</b>
	Porcentaje de población inscrita validada de 20 años y más, registradas como bajo control en sala ERA con diagnóstico funcional (espirometría vigente) confirmado de asma o EPOC.	Lograr que el 5% de la población de 20 años y más, registradas como bajo control en sala ERA con diagnóstico funcional (espirometría vigente) confirmado de asma o EPOC.	<b>No evaluable</b>

**GRÁFICO 50:**  
 PORCENTAJE DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ASMA Y EPOC, QUE MEJORAN SU PUNTAJE DE CALIDAD DE VIDA A LOS 12 MESES DE SU INGRESO A LOS PROGRAMAS RESPIRATORIOS



Fuente: DEIS, MINSAL

Este indicador se calcula desde el año 2014 en adelante, debido a que previamente se cambió la forma de registro. Se observa una disminución entre los años 2015 y 2017, lo que se podría relacionar que cada vez menos personas mejoran su calidad de vida con respecto a lo evaluado al ingreso. Sin embargo, se ha observado también una mayor cobertura en la medición de calidad de vida a la población bajo control por enfermedades respiratorias crónicas, que va desde un 37,7% en 2015, a un 96,9% en 2018. Este resultado releva la importancia de ejecutar acciones relacionadas con mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades respiratorias crónicas.

Por otro lado, el indicador "calidad de vida" no tiene relación directa con el resultado esperado, ya que la calidad de vida es un elemento multifactorial. Se sugiere modificar por un indicador que dé cuenta del nivel de compensación de la patología crónica.

Para los indicadores no evaluables, no ha sido posible disponibilizar resultados de los indicadores dado que se han realizado cambios en la estructura de los datos, tanto de los rangos etarios de la población inscrita validada de FONASA como de la reportabilidad de los datos REM en los distintos años.

Por otra parte, al igual que en otros indicadores se presentan sesgos dado que corresponden sólo a población que se atiende en el sector público de salud. Los equipos técnicos señalan, además, que ambos indicadores tienen errores en su diseño y sería más correcto plantearlos de la siguiente forma:

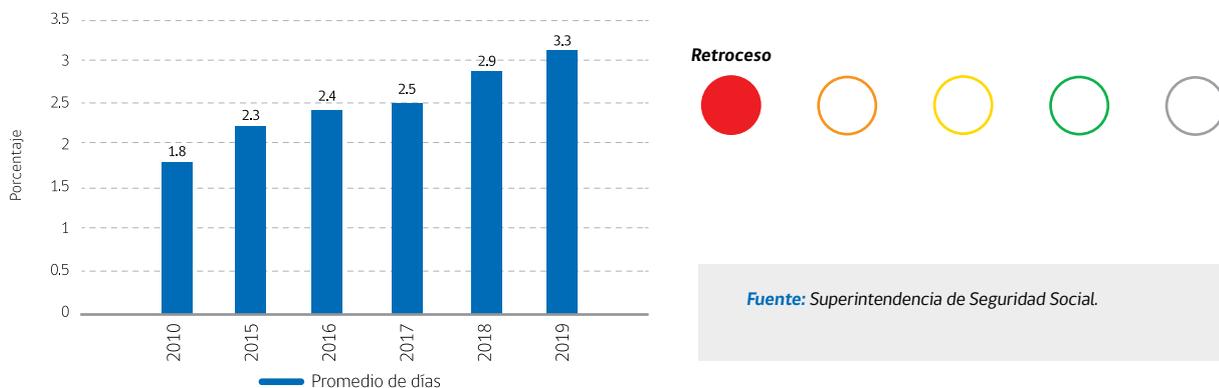
- **Aumentar** en x% la población inscrita validada menor de 20 años bajo control, con diagnóstico de Asma, en las salas IRA.
- **Aumentar** en x% la población inscrita validada de 20 años y más bajo control, con diagnóstico de Asma, en las salas ERA.
- **Aumentar** en x% la población inscrita validada con diagnóstico de EPOC en las salas ERA.

Cabe señalar que el documento "Análisis Crítico: Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Respiratorias Crónicas", se describen estadísticas de las Salas IRA y ERA que permiten la comparabilidad de los datos, dando cuenta de las limitaciones tanto por la estructura de la población inscrita validada como del Registro de Estadística Mensual (REM).

# SALUD MENTAL

## OBJETIVO DE IMPACTO: Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.

**GRÁFICO 51:**  
PROMEDIO DE DÍAS PAGADOS POR LICENCIA MÉDICA CURATIVA POR CAUSAS ASOCIADAS A TRASTORNOS MENTALES, CHILE AÑOS 2010 AL 2019.



Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Promedio de días pagados por cotizante de licencias médicas curativas por causas asociadas a trastornos mentales	1,8	1,53	1,02	3,3
Porcentaje de personas con discapacidad por trastorno mental con dificultades para su cuidado personal	36,2%	30%	Sin dato	Sin dato

Se propone una disminución del promedio de días pagados por cotizante de licencias médicas curativas por causas asociadas a trastornos mentales, como una medición de disminución de la discapacidad, sin embargo, la emisión de licencias médicas con diagnóstico de enfermedad mental no necesariamente refleja discapacidad asociada. De hecho, desde el estallido social se ha visto un aumento progresivo de las licencias con diagnóstico de trastorno mental, de las cuales un porcentaje importante cumple un rol social, no terapéutico, dando solución a dificultades para la delegación del cuidado de hijos, conciliación del trabajo y la familia o el mantener un ingreso económico estable. Por tanto, el retroceso de ese indicador no es una medida adecuada para evaluar si la discapacidad de origen mental ha aumentado o disminuido en los últimos años.

Este objetivo de impacto cuenta con dos indicadores para su medición y si bien técnicamente es correcto, en el sentido de que refleja el fin último de la mayoría de las intervenciones en salud, como objetivo de impacto de la Estrategia sectorial de la década presenta algunos problemas dado que, principalmente se encuentra influido por el contexto social y por políticas extrasectoriales, por lo que no es posible relacionar las políticas implementadas por el sector salud con los resultados. Por otra parte, se requiere que el indicador capte la complejidad de los cambios poblacionales.

Respecto del indicador asociado a las personas con discapacidad por trastorno mental con dificultades para su cuidado personal lamentablemente no hay datos disponibles para su medición dado que no se encuentran definidos ni los criterios ni la escala que se requiere para su evaluación.

Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar el acceso a tratamiento de personas con trastornos mentales	Porcentaje de la población con esquizofrenia en tratamiento.	Lograr que el 30% de las personas que tengan esquizofrenia, reciban tratamiento.	<b>No evaluable</b>
	Porcentaje de la población con trastorno hiperactivo en tratamiento	Lograr que el 20% de niños o adolescentes inscritos en consultorio que tengan trastornos hiperactivos, reciban tratamiento.	<b>No evaluable</b>
	Porcentaje de la población con trastorno bipolar en tratamiento	12% de las personas beneficiarias del fondo nacional de salud (FONASA) que tengan trastorno bipolar se mantengan en tratamiento.	<b>No evaluable</b>
	Porcentaje de la población con depresión en tratamiento.	50% de las personas inscritas en consultorio que tengan depresión reciban tratamiento.	<b>No evaluable</b>
Mejorar la calidad del tratamiento en personas con trastornos mentales	Porcentaje de pacientes con depresión que egresan de tratamiento por alta clínica.	Aumentar a un 23% el número de personas bajo control por depresión.	<b>No evaluable</b>
	Porcentaje de personas con trastorno afectivo bipolar que egresan por abandono del programa de salud mental.	Disminuir en 30% el número de personas que abandonan el tratamiento por trastorno bipolar.	<b>No evaluable</b>
	Porcentaje de personas con esquizofrenia que egresan por abandono del programa de salud mental	Disminuir en 35% el número de personas que abandonan el tratamiento de esquizofrenia.	<b>No evaluable</b>
Promover la inclusión social de las personas con discapacidad de origen mental	Porcentaje de personas con diagnóstico de primer episodio de esquizofrenia que realizan alguna actividad regular.	Aumentar en 30% el número de personas con esquizofrenia que se mantienen en tratamiento.	<b>No evaluable</b>

Los resultados esperado no cuentan con datos disponibles para su evaluación debido a las limitaciones que presentan las fuentes de información planteadas para ellos, entre las que se deben considerar las siguientes dificultades:

- No se cuenta con el dato del total de personas cursando esas enfermedades (si bien se podría estimar utilizando las prevalencias de encuestas poblacionales y aplicándolas a la población nacional), pero además al no ser rutificados los registros sólo se puede conocer la cantidad de atenciones que brinda la red, no así la cantidad de personas en tratamiento.

- SIGGES provee un acercamiento a los datos de esquizofrenia, bipolaridad y depresión, trastornos GES. Sin embargo, no existe una obligatoriedad en relación a que las personas tengan casos abiertos a través de GES por lo que podría existir un subregistro.
- En relación al trastorno hiperactivo no existen otras mediciones que puedan dar cuenta de la cantidad de personas en tratamiento.
- El dato REM tiene dificultades debido a que corresponde sólo a un segmento de la población y su registro además no siempre es fiable por la falta de claridad en los registros de abandono.



## DISCAPACIDAD

**OBJETIVO DE IMPACTO:**  
**Disminuir la media de discapacidad.**



Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Promedio de puntaje de discapacidad	26	23,4	No disponible	No disponible

El cambio en la concepción de la discapacidad y su comprensión como un fenómeno resultante de la interacción negativa entre un individuo con una condición de salud y el contexto en que se desenvuelve, permite advertir que lograr la disminución de la discapacidad, como objetivo de impacto, requiere de una respuesta global y coordinada de parte del Estado.

Cuando la comprensión de la discapacidad se aleja de un atributo propio de la persona y su condición de salud exclusivamente, se hace evidente que las acciones de salud en forma exclusiva son insuficientes para lograr la disminución de su prevalencia. Esta nueva comprensión de la discapacidad pone en evidencia la imposibilidad de alcanzar el objetivo de impacto inicialmente propuesto en el año 2011, pues las acciones relativas al quehacer propio del sector salud, a saber: promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno, rehabilitación y acceso a ayudas técnicas de salud son uno de los múltiples factores que contribuyen a la disminución de la media de discapacidad, pero insuficientes por sí mismas para lograrlo.

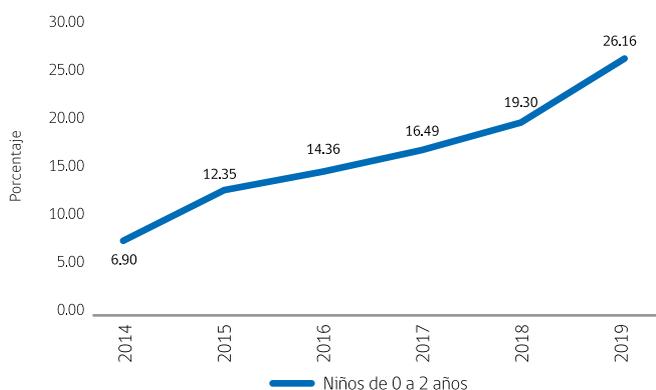
Junto a lo anterior y desde lo metodológico, la evaluación del objetivo de impacto no puede ser realizada con el mismo instrumento aplicado para establecer su línea base, pues el cambio conceptual se ha asociado con una nueva metodología de cálculo, basada en la Encuesta Modelo de Discapacidad de la OMS.

Para subsanar esta dificultad y en miras al próximo Plan de Salud, se introdujo la medición de capacidad, en la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, como un proxy del funcionamiento para medir desde el contexto Salud. Los primeros resultados serán la línea base para la formulación de indicadores de la siguiente estrategia y plan de acción del Plan Nacional de Rehabilitación 2021-2030.

Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar la cobertura de atención en rehabilitación de personas con discapacidad	Porcentaje de niños entre 0 a 2 años diagnosticados por Otorrino con déficit sensorial auditivo que ingresan a rehabilitación inicial.	Lograr que 80% de los niños entre 0 y 2 años con diagnóstico de déficit sensorial auditivo ingresen a rehabilitación.	<b>Avance Discreto</b>
	Porcentaje de personas con déficit visual que son ingresadas al nivel primario de atención para rehabilitación.	Lograr que el 10% de las personas con déficit visual ingresen al nivel primario de atención para rehabilitación.	<b>Retroceso</b>
	Porcentaje de usuarios con diagnóstico de ataque cerebro vascular (ACV) egresados de rehabilitación del nivel hospitalario, referidos al nivel primario de salud, que son ingresados a rehabilitación en atención primaria de salud (APS).	Lograr que 70% de las personas con diagnóstico de ataque cerebrovascular que egresan de rehabilitación nivel hospital y que son derivados a su consultorio ingresen a rehabilitación.	<b>Cumple</b>

**GRÁFICO 52:**

**PORCENTAJE DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS CON DIAGNOSTICADOS POR OTORRINO CON DÉFICIT SENSORIAL AUDITIVO QUE INGRESAN A REHABILITACIÓN**



Fuente: Departamento de Rehabilitación y Discapacidad, DIPRECE.

Para el logro de este indicador se pueden destacar las siguientes acciones:

- En el año 2007 se incorpora a las Garantías Explícitas en Salud el problema de salud N°59 Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro y el año 2013 el problema de salud N°77 Tratamiento de Hipoacusia moderada en menores de 2 años, ampliado hasta los menores de 4 años en el año 2016. Estos problemas de salud garantizan la rehabilitación y el acceso a audífonos e implantes cocleares.
- Se avanzó en la implementación del tamizaje auditivo universal en Establecimientos de Alta Complejidad.
- Existen seis establecimientos públicos que realizan implantes cocleares y que cuentan con los recursos humanos y equipamiento correspondiente (implante, tratamiento y rehabilitación).
- Los datos muestran que las garantías cumplidas son bajas considerando lo que técnicamente se debiera cumplir en cada problema de salud. Dentro de los tres a seis meses desde el diagnóstico los niños y niñas deben acceder a audífonos en el hospital que le corresponde por territorio y en el caso de no responder a este tratamiento, se realiza implante coclear en los centros de referencia GES.

Respecto de las personas con déficit visual, han empeorado los resultados en comparación con la línea base. Para la construcción del futuro plan nacional de salud, es necesario tener las siguientes consideraciones:

- Se cuenta con registros de este indicador desde el año 2014 en REM A28, desde esa fecha es posible realizar monitoreo.
- El año 2016, la prevalencia de enfermedades visuales en Chile es de un 22% y de años vividos con discapacidad es de un 6.9% (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>, Global Health Data 2016).
- Respecto a las condiciones de salud que generan ceguera y que requieren rehabilitación, los años vividos con discapacidad (YLDs) fluctúa entre 1,55 y 0,04% (Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington). Esta información permite comprender que la cobertura que refleja el registro REM en atención primaria sea baja versus otras condiciones de salud.

GRÁFICO 53:

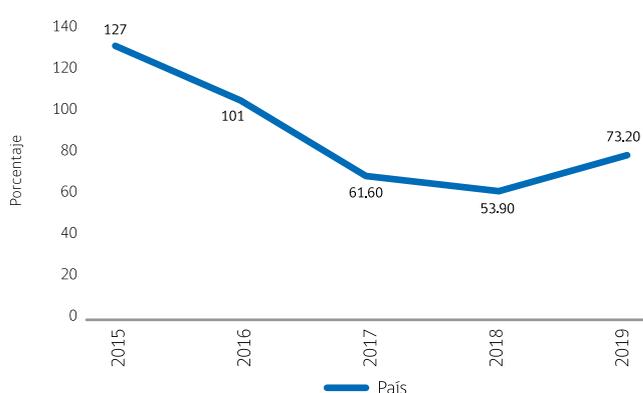
PORCENTAJE DE PERSONAS CON DÉFICIT VISUAL QUE SON INGRESADAS AL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN PARA REHABILITACIÓN



Fuente: Departamento de Rehabilitación y Discapacidad, DIPRECE.

GRÁFICO 54:

PORCENTAJE DE USUARIOS CON DIAGNÓSTICO DE ATAQUE CEREBRO VASCULAR (ACV) EGRESADOS DE REHABILITACIÓN NIVEL HOSPITAL Y QUE SON DERIVADOS A SU CONSULTORIO INGRESAN A REHABILITACIÓN



Fuente: Departamento de Rehabilitación y Discapacidad, DIPRECE.

El estado de avance de este indicador es "Cumple", aunque al observar los datos da la impresión que ha retrocedido, ello se explica por otras variables relacionadas con la data de la información.

- Se cuenta con registros de este indicador desde el año 2015, cuando se inició el registro en Registro Estadístico Mensual (REM) A28. La data desde hospitales ha mejorado progresivamente, mostrando mayor coherencia entre los años 2017 y 2019.

- El objetivo de este indicador es medir el proceso de continuidad en la atención de una de las condiciones de salud que presenta una alta carga de discapacidad.
- Para fomentar la continuidad de la atención y el registro, se incorpora en el COMGES 2 (Compromiso de Gestión) del año 2016, la trazabilidad del usuario con ACV. Esto permite conocer todo el proceso de atención de la persona identificando las brechas y realizando acciones para disminuirlas o mitigarlas.
- Se ha trabajado en el aumento de la oferta de atención de Médicos Fisiatras y su incorporación a la Unidad de Pacientes Críticos, promoviendo una atención oportuna, intensiva y multidisciplinaria que tienda a prevenir complicaciones secundarias, discapacidad y dependencia.

Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fortalecer la prevención de discapacidad en la población	Porcentaje de cuidadores de personas en situación de discapacidad (PSD) que participan en las actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales de la red de rehabilitación de atención primaria de salud (APS).	Lograr que el 70% o más de cuidadores de personas en situación de discapacidad (PSD) participen de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales de la red de rehabilitación.	<b>No evaluable</b>

El indicador para este resultado es no evaluable dado que se presentan problemas metodológicos con su registro y cálculo, sin embargo, se cuenta con registros de este indicador desde el año 2017 en REM A28, desde esa fecha es posible realizar monitoreo, sin embargo, la tributación de actividades para fortalecer habilidades y destrezas se considera por cada actividad que se realiza sin diferenciar que es el mismo receptor.

**TABLA 19:**  
PORCENTAJE DE CUIDADORES DE PCD DE LA RED DE REHABILITACIÓN DE APS PARTICIPAN EN ACTIVIDADES DE FORTALECIMIENTO Y DESTREZAS PERSONALES

Periodo	País (%)
2017	338,8
2018	187,4
2019	467,2

*Fuente:* Departamento de Rehabilitación y Discapacidad, DIPRECE.

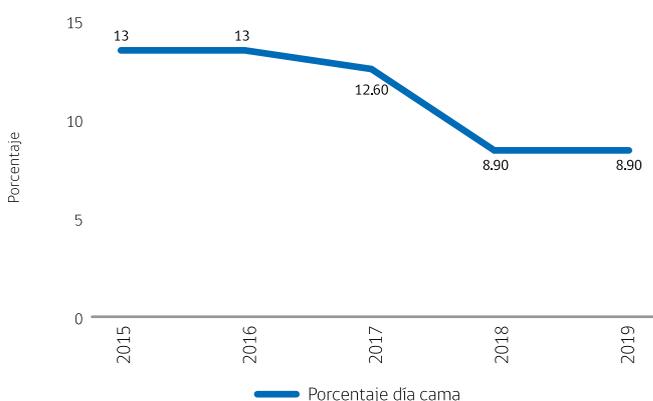
Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fortalecer la calidad de la atención de personas con discapacidad	Porcentaje de día-cama de rehabilitación integral en unidades de paciente crítico (UPC).	Lograr que el 70% de los días cama en UPC sean días cama de rehabilitación integral.	<b>Retroceso</b>
	Porcentaje de cumplimiento de las actividades de difusión de las guías de práctica clínica (GPC) para los problemas relevantes relacionados con discapacidad y rehabilitación del plan nacional de salud (PNS) 2010-2020 realizadas por los Servicios de Salud.	Lograr que se realice un 90% de actividades de difusión de las guías de práctica clínica (GPC) para los problemas relevantes relacionados con discapacidad y rehabilitación del plan nacional de salud (PNS) 2010-2020.	<b>Cumple</b>

Para el cumplimiento de este resultado esperado se construyeron dos indicadores uno relacionado con la difusión de las guías de práctica clínica que se cumple y otro relacionado con el tiempo utilizado en camas de rehabilitación integral.

Este indicador ha empeorado respecto de la línea base y se debe tener en cuenta las siguientes observaciones:

- Se ha instalado el modelo de atención precoz, intensiva y multidisciplinaria en las Unidades de Paciente Crítico, que permite disminuir la discapacidad y los días de estadía en las UPC, como así mismo las complicaciones, secuelas y discapacidad.
- Desde el año 2015 se cuenta con Programa de Prestaciones Valoradas para “Días cama integral de Rehabilitación en Alta y mediana complejidad” teniendo presupuesto el año 2014 y 2015 en 14 servicios de salud. Esta cifra se mantuvo el año 2016 puesto que no tuvo presupuesto de expansión, continuando hasta la fecha.
- Es necesario mencionar que existe estrategias locales hospitalarias que cuentan con Médico Fisiatra, instalando servicios de rehabilitación en forma parcial sin contar con recursos asociados.

**GRÁFICO 55:**  
PORCENTAJE DE DÍA-CAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL EN UNIDADES DE PACIENTE CRÍTICO (UPC)



**Fuente:** Departamento de Rehabilitación y Discapacidad, DIPRECE.

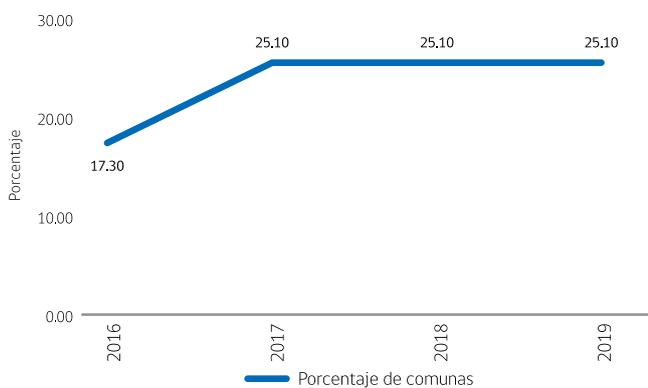
Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Contribuir a la inclusión de las personas con discapacidad	Porcentaje de comunas que incluyen el componente de discapacidad y rehabilitación en su plan de desarrollo comunal (PLADECO) por región.	Lograr que el 80% de las comunas incluyan el componente de discapacidad y rehabilitación en su PLADECO por Región.	<b>Avance discreto</b>
	Porcentaje de usuarios entre 20 y 60 años de la red de rehabilitación de atención primaria con Plan de Tratamiento Integral (PTI) Laboral que cumplan los objetivos de habilitación para el trabajo.	Lograr que el 80% de los usuarios entre 20 y 60 años de la red de rehabilitación de atención primaria con Plan de Tratamiento Integral (PTI) Laboral cumplan los objetivos de habilitación para el trabajo.	<b>Avance Importante</b>

Este indicador se encuentra en estado de Avance Discreto ya que esta lejos aún de la meta del 80% propuesta para la década, ha sido difícil de incluir debido a las áreas priorizadas en los Planes de Desarrollo Comunal, se ha instado a través de las SEREMIS la inclusión de la temática de discapacidad en los Planes de Salud Comunal.

Se cuenta con registros de este indicador desde el año 2016 en REM A28 y se observa un estado de avance importante.

**GRÁFICO 56:**

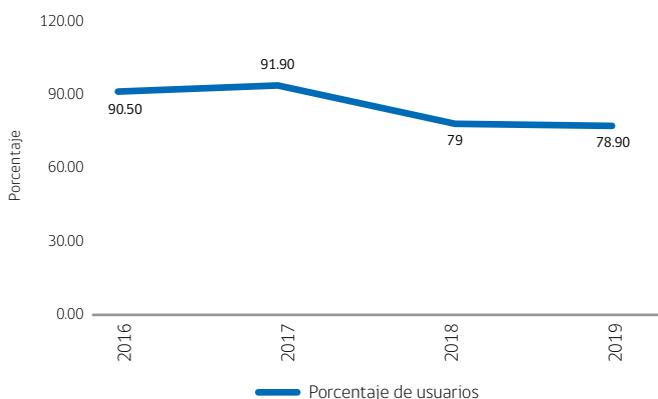
**PORCENTAJE DE COMUNAS QUE INCLUYEN EL COMPONENTE DE DISCAPACIDAD Y REHABILITACIÓN EN SU PLADECO POR REGIÓN**



Fuente: Departamento de Rehabilitación y Discapacidad, DIPRECE.

**GRÁFICO 57:**

**PORCENTAJE DE USUARIOS ENTRE 20 Y 60 AÑOS DE LA RED DE REHABILITACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA CON PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL (PTI) LABORAL QUE CUMPLAN LOS OBJETIVOS DE HABILITACIÓN PARA EL TRABAJO**



Fuente: Departamento de Rehabilitación y Discapacidad, DIPRECE.

## SALUD BUCAL

### OBJETIVO DE IMPACTO:

**Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.**



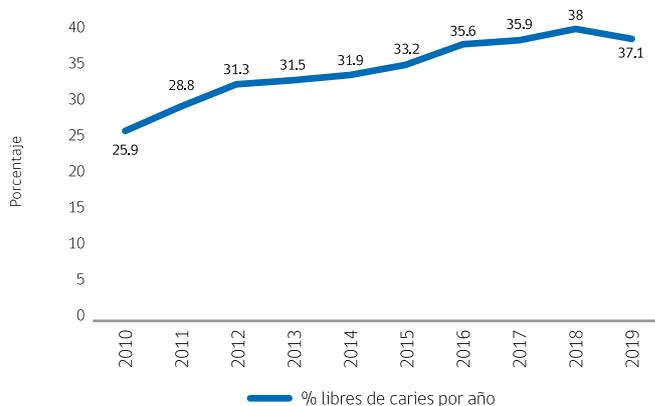
La medición de los indicadores de las metas de impacto se debe realizar a través de un estudio epidemiológico nacional que permita evaluar el estado de salud bucal de los niños, niñas y adolescentes, lamentablemente no se ha logrado la priorización de este estudio para ser realizado, por lo que no es posible medir estas metas. Solo se cuenta con los datos provenientes de registros REM, que recogen información de las personas que reciben atención en la red pública de salud.

Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Prevalencia de libres de caries en menores de 6 años	29,6%	40%	No disponible	No disponible
Promedio de dientes dañados por caries en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal	2,2	1,9	No disponible	No disponible

Según los datos obtenidos de los REM, la tendencia de la prevalencia de niñas y niños de 6 años libres de caries muestra un aumento sostenido, con una mejora del indicador aproximada del 43% entre los años 2010 y 2019. Así mismo, la tendencia del índice COPD (para piezas dentarias permanentes C: Caries, O: Obturada, P: Perdida, D: Diente) en adolescentes de 12 años muestra una reducción sostenida con una mejora del indicador aproximada del 45% en el periodo.

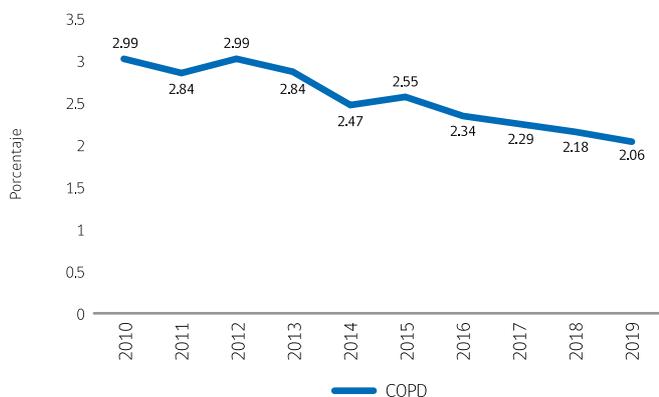
**GRÁFICO 58:**

TENDENCIA DE LA PREVALENCIA DE NIÑOS Y NIÑAS DE 6 AÑOS LIBRES DE CARIES SEGÚN REM, 2010 - 2019



Fuente: DEIS, MINSAL

**GRÁFICO 59:**  
TENDENCIA DE COPD EN ADOLESCENTES DE 12 AÑOS SEGÚN REM, 2010 - 2019



Fuente: DEIS, MINSAL

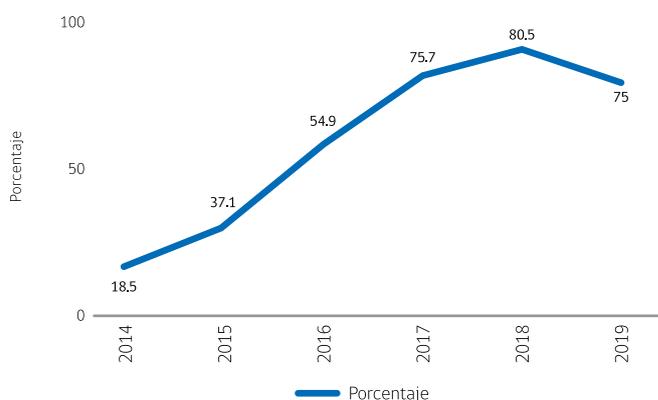
Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Aumentar la implementación de las estrategias del Modelo de Intervención de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades Bucales en Párvulos y Escolares	Porcentaje de niños y niñas de 2 a 5 años matriculados en establecimientos de educación parvularia (JUNJI, INTEGRÁ y municipales), que reciben 2 aplicaciones de flúor barniz al año.	Lograr que 80% de niños y niñas de 2 a 5 años matriculados en establecimientos de educación parvularia (JUNJI, INTEGRÁ y municipales) reciban 2 aplicaciones de flúor barniz al año.	<b>Avance importante</b>
	Porcentaje de establecimientos de APS (CESFAM, EMENC, CGU, CGR) con equipos de salud capacitados (en forma acumulada) en componente de salud bucal en control sano.	Lograr que 80% de los centros de atención primaria de salud (CESFAM, EMENC, CGU, CGR) cuenten con equipos de salud capacitados (en forma acumulada) en componente de salud bucal en control de niño sano.	<b>Avance discreto</b>
	Porcentaje de niños y niñas de 2 a 5 años matriculados en establecimientos de educación parvularia (JUNJI, INTEGRÁ y municipales), que reciben set de higiene oral anualmente.	Lograr que 80% de los centros de atención primaria de salud (CESFAM, EMENC, CGU, CGR) cuenten con equipos de salud capacitados (en forma acumulada) en componente de salud bucal en control de niño sano.	<b>Cumple</b>

Las estrategias de prevención de enfermedades bucales dirigidas a niños y niñas que asisten a establecimientos de educación parvularia se coordinan a través de la Mesa Nacional Intersectorial de Salud Bucal en la que participan representantes de las instituciones de educación y salud. La implementación ha sido progresiva, condicionada por la disponibilidad de recursos entregados desde el Ministerio de Salud.

Desde 2015 las estrategias se financian a través del programa Sembrando Sonrisas (PRAPS), lo que ha permitido beneficiar a cerca de 400 mil niños y niñas en todo el país. La matrícula de niños y niñas que asisten a establecimientos de educación parvularia varía año a año. Sin embargo, la cantidad de canastas del programa Sembrando Sonrisas se ha mantenido constante en los últimos años.

GRÁFICO 60:

PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS MATRICULADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACIÓN QUE RECIBEN 2 APLICACIONES DE FLÚOR BARNIZ AL AÑO.

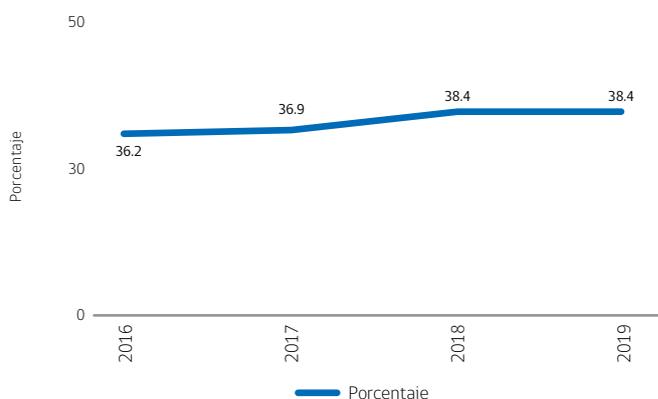


Fuente: Departamento de Salud Bucal, DIPRECE

La aplicación de barniz de flúor considera al menos 2 visitas del equipo de salud a los establecimientos de educación y requiere la presencia de los párvulos en ambos momentos. La asistencia de los niños y niñas varía durante el año, lo que implica desafíos de coordinación entre equipos locales de salud y educación.

GRÁFICO 61:

PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS DE APS (CESFAM, EMENC, CGU, CGR) CON EQUIPOS DE SALUD CAPACITADOS (EN FORMA ACUMULADA) EN COMPONENTE DE SALUD BUCAL EN CONTROL SANO.

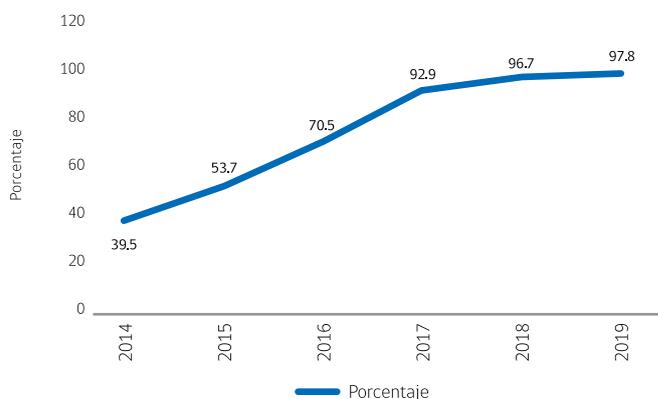


Fuente: Departamento de Salud Bucal, DIPRECE

La capacitación a los equipos de salud en el componente de salud bucal se realiza a través del curso gestionado "Aprendiendo a cuidar la salud bucal" que cuenta con cupos limitados y su despliegue y ejecución depende de la coordinación que realiza DIGEDEP y los Servicios de Salud.

GRÁFICO 62:

PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS MATRICULADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACIÓN PARVULARIA (JUNJI, INTEGRAL Y MUNICIPALES), QUE RECIBEN SET DE HIGIENE ORAL ANUALMENTE.



Fuente: Departamento de Salud Bucal, DIPRECE

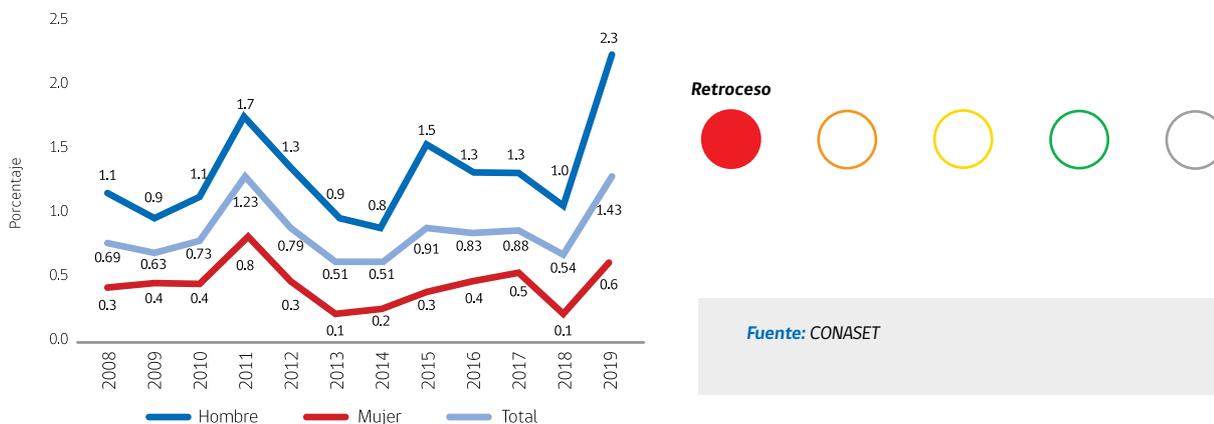
La entrega de set de higiene bucal se realiza al total de niños y niñas matriculados, independientes de la asistencia al momento de la entrega (Gráfico 62).

## ACCIDENTES DE TRÁNSITO

**OBJETIVO DE IMPACTO:**  
Reducir la mortalidad por accidentes de tránsito.

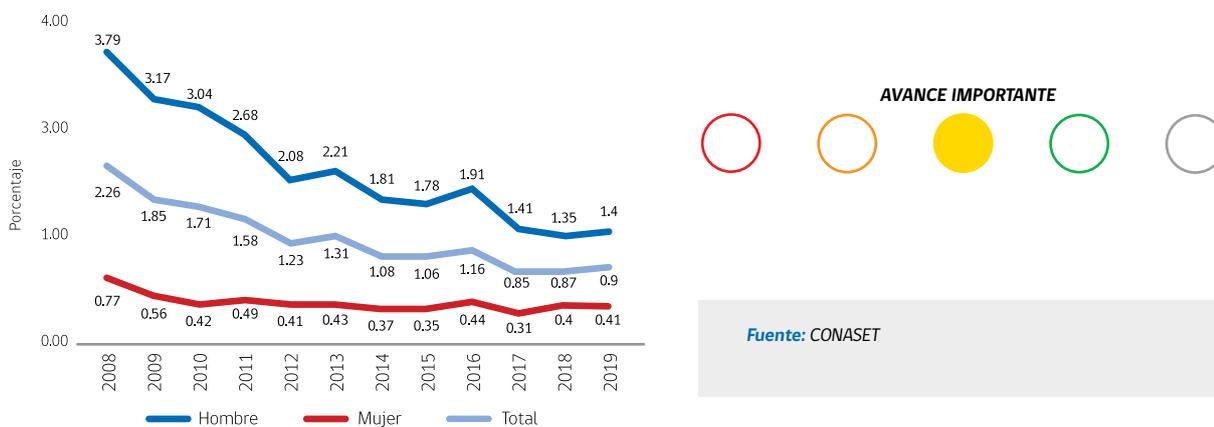
**GRÁFICO 63:**

TASA DE MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO ASOCIADOS A VELOCIDAD IMPRUDENTE (NO ASOCIADA AL CONSUMO DE ALCOHOL)



**GRÁFICO 64:**

TASA DE MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO ASOCIADOS A CONSUMO DE ALCOHOL (CONDUCTOR, PASAJERO, PEATÓN)



Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito asociados a velocidad imprudente (no asociada al consumo de alcohol)	1,23*100.000 habitantes	0,92*100.000 habitantes	0,45*100.000 habitantes	1,43*100.000 habitantes
Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito asociados a consumo de alcohol (conductor, pasajero y peatón)	1,58*100.000 habitantes	0,70*100.000 habitantes	0,84*100.000 habitantes	0,9*100.000 habitantes

La identificación de la causa de los accidentes de tránsito es realizada por carabineros en el lugar del accidente, en variadas ocasiones dicha tipificación tiene pocos elementos para poder distinguir entre velocidad imprudente,

imprudencia del conductor, desobediencia de la señalización y fatiga del conductor como causa del accidente, con la consecuente dificultad para interpretar los datos.

El año 2018 se redujo la velocidad urbana máxima permitida de 60 Km por hora a 50 Km por hora, lo cual no se ve reflejado en las cifras de 2019, comparado con las cifras previas al cambio de normativa, sin embargo, se ve al menos una tendencia a la mantención.

La ley de Tolerancia cero entró en vigencia en el año 2012 redujo los gramos de alcohol permitidos para manejar, luego la ley Emilia que entró en vigencia el año 2014 aumentó la penas a los conductores que en estado de ebriedad provoquen accidentes, estas 2 leyes pudieron haber impactado en las cifras del año 2017 y 2018, lamentablemente no se observa esta tendencia en el año 2019.

Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Disminuir los factores de accidentabilidad atribuibles a condiciones de salud del conductor y/o limitaciones o discapacidades asociadas a ellas	Porcentaje de conductores fiscalizados al azar con alcotest que resultan negativos	Lograr que el 95% de los conductores fiscalizados al azar con alcotest resulten negativos	<b>Cumple</b>
	Porcentaje de siniestros de tránsito por pérdida de control de vehículo	Reducir a 50% los siniestros de tránsito por pérdida de control del vehículo.	<b>Avance discreto</b>
	Porcentaje de siniestros de tránsito por drogas y/o fatiga de la conducción	Reducir a 50% los siniestros de tránsito por drogas y/o fatiga en la conducción	<b>Retroceso</b>

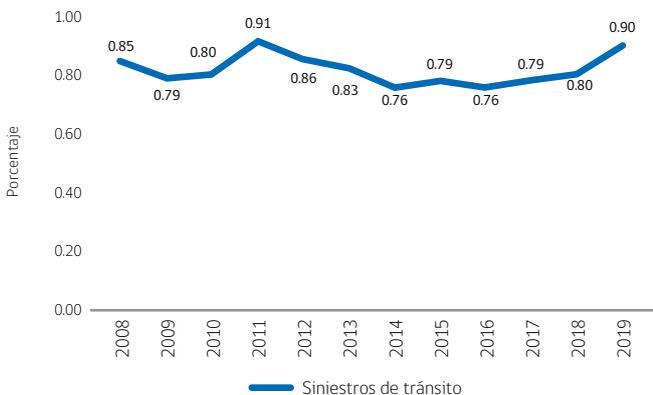
**GRÁFICO 65:**  
PORCENTAJE DE CONDUCTORES FISCALIZADOS AL AZAR CON ALCOTEST QUE RESULTAN NEGATIVOS.



Fuente: SENDA

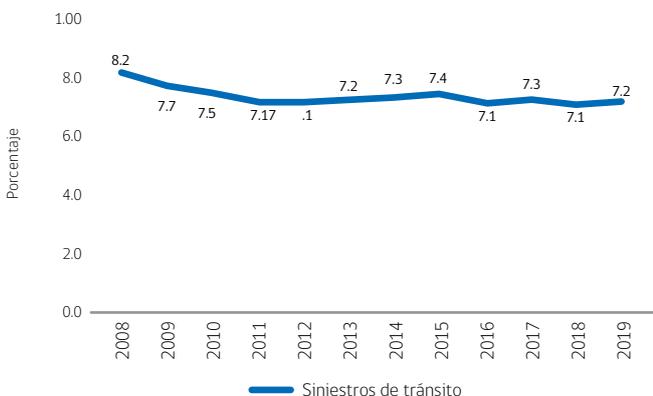
El indicador relativo al porcentaje de conductores con alcotest negativo cumple la meta propuesta para la década y ello puede estar relacionado con la entrada en vigencia de la ley de tolerancia cero.

**GRÁFICO 66:**  
PORCENTAJE DE SINIESTROS DE TRÁNSITO POR DROGAS Y/O FATIGA EN LA CONDUCCIÓN



Fuente: CONASET

**GRÁFICO 67:**  
PORCENTAJE DE SINIESTROS DE TRÁNSITO POR PÉRDIDA DE CONTROL DEL VEHÍCULO



Fuente: CONASET

Este resultado esperado se encuentra compuesto de tres indicadores los que presentan diversos estados de avance, llamando la atención que el indicador relativo al porcentaje de siniestros por droga y/o fatiga en la conducción se encuentra en retroceso y el indicador relativo al porcentaje de siniestros de tránsito por pérdida de control del vehículo se encuentra en estado de avance discreto. Al respecto se debe aclarar que este año entró en vigencia la nueva normativa para el otorgamiento de licencias de conducir (elaborada por Ministerio de Salud y promulgada por el Ministerio de Transporte y Telecomunicaciones), cuyo protocolo permite pesquisar a postulantes a licencias de conducir con patologías que deben mantenerse bajo control para conducir, y ello podría impactar en dichos indicadores en los próximos años.

Resultado esperados	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fortalecer los sistemas de rescate en accidentes de tránsito	Densidad de ambulancias básicas por 50.000 habitantes	Lograr que todos los servicios de salud cuenten con 1 ambulancia básica por 50.000 habitantes	<b>No evaluable</b>
	Densidad de ambulancias avanzadas por 70.000 habitantes	Lograr que todos los servicios de salud cuenten con 1 ambulancia avanzada por 70.000 habitantes	<b>No evaluable</b>

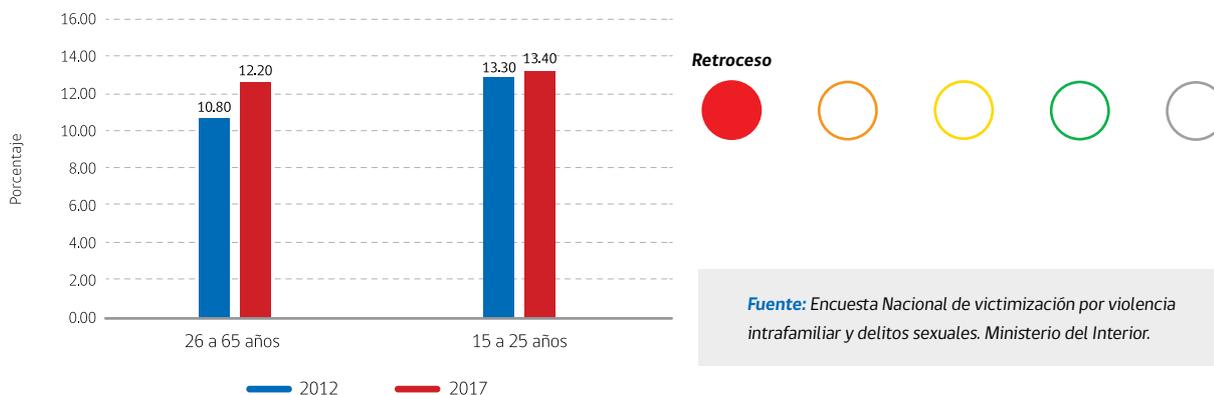
Los indicadores propuestos para este resultado esperado, no fue posible medirlos durante el periodo en evaluación, ya que los datos no se encontraron disponibles y es necesario en la construcción de un futuro plan, considerar la búsqueda de indicadores que sean medibles y comparables en el tiempo, que cuenten con una fuente de dato estable.

## VIOLENCIA DE GÉNERO

### OBJETIVO DE IMPACTO: DISMINUIR LA VIOLENCIA DE GÉNERO A LO LARGO DEL CICLO DE VIDA

GRÁFICO 68:

PORCENTAJE DE MUJERES ENTRE 15 Y 65 AÑOS QUE REPORTAN HABER VIVIDO VIOLENCIA POR PARTE DE LA PAREJA O LA EX PAREJA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES



Este objetivo de impacto se encontraba compuesto por dos indicadores en los que se pretendía evaluar la violencia de género a través de la violencia intrafamiliar que es una de sus expresiones y se diferenciaron por las edades a las que estaba dirigido el indicador. En ambos grupos de edad se observa un retroceso respecto de la línea base según lo reportado en la Encuesta Nacional de victimización por violencia intrafamiliar y delitos sexuales que realiza el Ministerio del Interior.

En ambos grupos se observa que aumento la violencia de género, sin embargo se desconoce el impacto de las acciones del sector en la materia.

Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Porcentaje de mujeres, entre 15 y 25 años, que reportan haber vivido violencia de género por parte de pareja o ex pareja en los últimos 12 meses	13,3%	≤8%	No disponible	13,4%
Porcentaje de mujeres, entre 26 y 65 años, que reportan haber vivido violencia de género por parte de pareja o ex pareja en los últimos 12 meses	10,8%	6,8%	No disponible	12,2%

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar la promoción de la salud y prevención de la violencia de género en distintas etapas del ciclo vital	Porcentaje de personas sensibilizadas en talleres preventivos de violencia de género en relación a la población en control de atención primaria y especialidades en APS.	Aumentar a 40% las personas sensibilizadas en talleres preventivos de violencia de género a lo largo del curso de vida.	<b>Cumple</b>

La meta propuesta para este resultado esperado se logró cumplir durante la década y se espera se mantenga la tendencia al aumento de los talleres preventivos de violencia de género y así continuar aumentando el porcentaje de personas sensibilizadas en la prevención de la violencia de género a lo largo del curso de vida.

**GRÁFICO 69:**

Porcentaje de personas sensibilizadas en talleres preventivos de violencia de género en relación a la población en control de atención primaria y especialidades de APS



Fuente: DEIS, MINSAL

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar la atención de mujeres que vivan o hayan vivido violencia de género	Porcentaje de egresos por abandono del programa atención integral por violencia de género.	Disminuir en 15% los egresos por abandono del programa de atención integral por violencia de género.	<b>Retroceso</b>
	Porcentaje de egresos por alta del programa atención integral por violencia de género.	Aumentar a 40% los egresos por alta del programa de atención integral por violencia de género	<b>Retroceso</b>
	Porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género detectadas en escala EPSA que ingresan al programa de atención integral por violencia de género.	Aumentar a 10% la derivación de gestantes víctimas de violencia de género detectadas en escala EPSA hacia el programa de atención integral por violencia de género.	<b>Cumple</b>

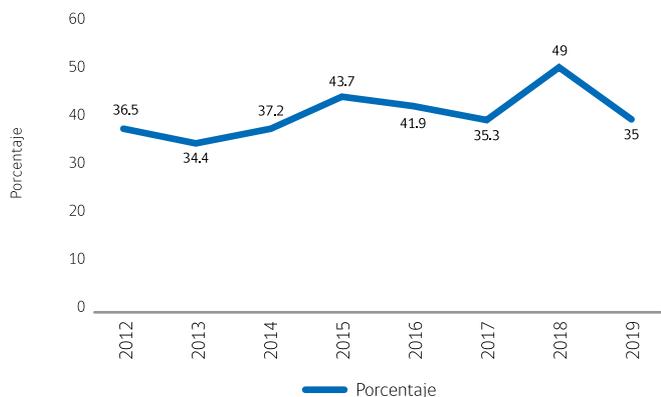
**GRÁFICO 70:**  
PORCENTAJE DE EGRESO POR ABANDONO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL POR VIOLENCIA DE GÉNERO



Fuente: DEIS, MINSAL

El indicador relacionado con los egresos por abandono del programa de atención integral por violencia de género ha sido fluctuante durante la década y al inicio de su medición tuvo una tendencia a la baja, pero luego nuevamente empeoró respecto de la línea base por lo que se encuentra en estado de retroceso.

**GRÁFICO 71:**  
PORCENTAJE DE EGRESOS POR ALTA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL POR VIOLENCIA DE GÉNERO

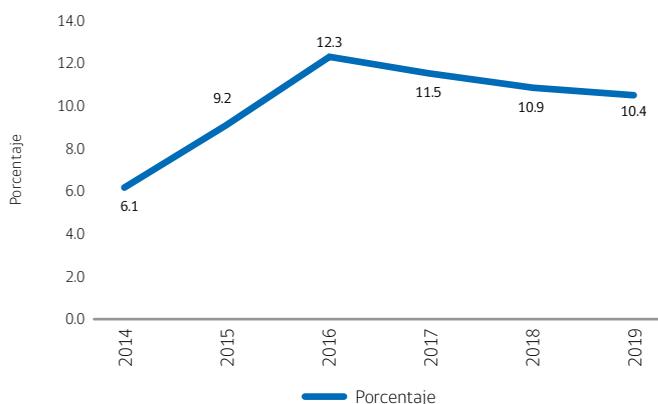


Fuente: DEIS, MINSAL

Al igual que el indicador relativo a los egresos por alta también se encuentra en estado de retroceso, es decir ha empeorado su condición respecto de la línea base, no obstante en la década se observó el año 2018 su mejor desempeño y sería necesario analizar con más antecedentes que otros factores influyen en el mismo.

GRÁFICO 72:

PORCENTAJE DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO DETECTADAS EN ESCALA EPSA QUE INGRESAN AL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL POR VIOLENCIA DE GÉNERO



Fuente: DEIS, MINSAL

El indicador relacionado con el porcentaje de mujeres detectadas en escala EPSA que ingresan al programa de atención integral por violencia de género logró la meta propuesta para la década, contribuyendo a mejorar la oportunidad de atención de las mujeres.



## EJE 3: Hábitos de Vida

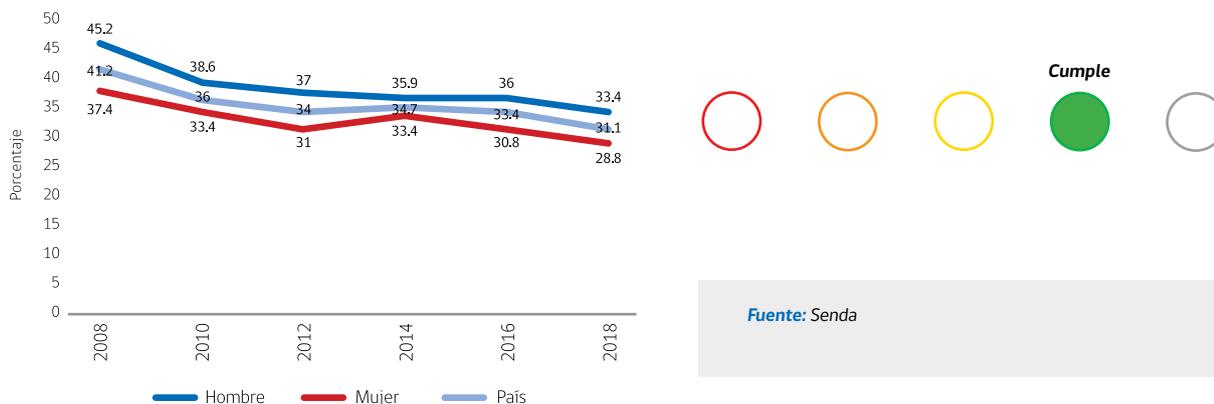
Objetivo de impacto	Indicador de impacto	Línea Base	Meta 2020	Evaluación final de periodo	Estado
Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Prevalencia proyectada de consumo de tabaco último mes en población de 12 a 64 años se reduce en un 5%	36%	34,2%	31%	Cumple
Prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años	Disminuir 10% la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años	15,1%	13,6%	16,2%	Retroceso
Disminuir la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en población de 15 a 24 años	Disminuir 5% la prevalencia de consumo de drogas ilícitas durante último año en población de 15 a 24 años	11%	10,45%	25,7%	Retroceso
Mantener o disminuir la obesidad infantil	Prevalencia de obesidad en menores de 6 años en el sistema público de salud nivel país	9,6%	≤9,6%	12,1%	Retroceso
Aumentar la prevalencia de práctica de actividad física en niños, adolescentes y jóvenes	Aumentar 30% la prevalencia de actividad física suficiente en población entre 15 a 24 años	23,1%	30%	24,1%	Avance Discreto
Aumentar las personas con factores protectores para la salud	Prevalencia de al menos 5 factores protectores en población mayor a 15 años	35,6%	42,7%	37,5%	Avance Discreto
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Prevalencia de uso consistente de condón en población de 15 a 19 años, activos sexualmente	34,9%	42%	37,1%	Avance Discreto

## CONSUMO DE TABACO

### OBJETIVO DE IMPACTO: REDUCIR LA PREVALENCIA PROYECTADA DE CONSUMO DE TABACO

GRÁFICO 73:

PREVALENCIA ESTIMADA DE CONSUMO DE TABACO ÚLTIMO MES EN POBLACIÓN DE 12 A 64 AÑOS.



La meta propuesta para la década de este objetivo de impacto se cumple y ello puede estar influido por varios factores, sin embargo, es necesario continuar haciendo esfuerzos respecto del tema de tabaco.

Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Prevalencia proyectada de consumo de tabaco último mes en población de 12 a 64 años se reduce en un 5%.	36%	34,20%	34,7%	31%

El cumplimiento de la meta al año 2018 podría atribuirse principalmente a los avances en torno a la adecuación de la Ley de Tabaco N° 19.419 al estándar del Convenio Marco para el Control de Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (CMCT OMS) suscrito por Chile el año 2005. Este tratado internacional favoreció las modificaciones de la Ley de Tabaco los años 2006 y 2013 que permitieron establecer desde su última modificación los lugares cerrados de uso público 100% libres de humo de tabaco y la prohibición total de publicidad de los productos, entre otros aspectos relevantes señalados en la estrategia MPOWER de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La iniciativa MPOWER ha permitido también implementar otras medidas a nivel nacional que han demostrado tener la mayor eficacia para la disminución de la prevalencia del consumo de tabaco, entre ellas el aumento de impuestos al tabaco (el último aumento fue realizado el año 2014); potenciar la información a la población sobre los daños asociados al consumo de tabaco mediante las advertencias sanitarias y campañas de comunicación de riesgos para la salud y fiscalizar el cumplimiento de la Ley de tabaco, entre otras.

Además el trabajo permanente coordinado por el Ministerio de Salud e implementado por los y las referentes de tabaco de las SEREMIs de Salud y Servicios de Salud regionales, el trabajo de las organizaciones de la sociedad civil ha sido un gran apoyo en el desarrollo de las modificaciones legislativas durante el 2006 y 2013.

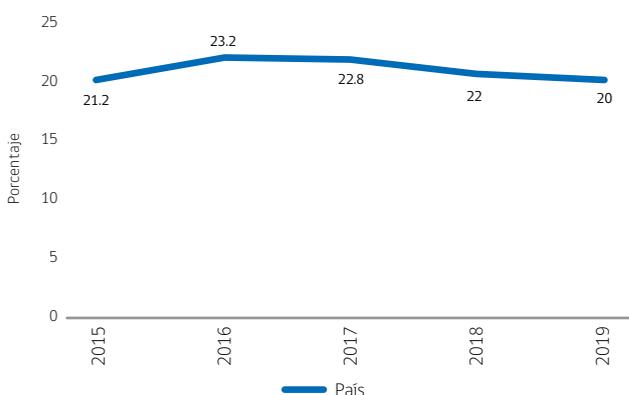
Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Reducir la prevalencia de consumo de tabaco.	Porcentaje de recintos cerrados de uso público (restaurantes código Clasificación Industrial Internacional Uniforme - CIIU 552010) fiscalizados.	Lograr que el 20% de los recintos cerrados de uso público sean fiscalizados.	<b>Cumple</b>

Se cumple la meta de fiscalización del cumplimiento de la Ley de Tabaco, tanto a nivel regional como nacional. El proceso se vio favorecido por ser indicador de cumplimiento y fue impulsado además por la modificación de la Ley el año 2013 que permitió restringir el consumo de tabaco en lugares cerrados de uso público y publicidad de los productos de tabaco, además de contar con mayores recursos para fiscalizar el cumplimiento de la Ley los primeros años de implementación de dichas modificaciones.

Una dificultad relevante detectada en el periodo tiene relación con que si bien el proceso de fiscalización es desarrollado por la autoridad sanitaria, la sanción asociada al incumplimiento de la ley es determinada por los Juzgados de policía local, lo que ha sido una de las dificultades identificadas para el desarrollo de este proceso. Por una parte, están los recursos humanos desplegados para el proceso por parte de salud, pero los resultados expresados en multas o sanciones no se observan.

En relación al porcentaje de fiscalización de locales cerrados de uso público, que durante este periodo se centró en restaurantes, se observa una fluctuación de la acción de fiscalización en el rango de un 20% respecto del total de locales catastrado en el país por cada Seremi de Salud. Esto debido a que en el marco de trabajo se buscaba alcanzar una muestra que diera cuenta del cumplimiento de ley y no centrar a los fiscalizadores exclusivamente en este proceso dado que no existen funcionarios que estén abocado exclusivamente a tabaco en las Seremis de Salud del país. De esta manera se verifica un alto nivel de cumplimiento a la normativa.

**GRÁFICO 74:**  
PORCENTAJE DE RECINTOS CERRADOS DE USO PÚBLICO (RESTAURANTES CÓDIGO CLASIFICACIÓN INDUSTRIAL INTERNACIONAL UNIFORME - CIIU 552010) QUE SON FISCALIZADOS. (2015-2018)



**Fuente:** Elaboración Oficina de Prevención del Consumo de Tabaco, DIPOL.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fomentar el cese del consumo de tabaco en población general.	Porcentaje de atenciones de salud con consejería breve en tabaco en establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS).	Lograr que el 3% de las atenciones de salud en establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS) cuenten con consejería breve en tabaco.	<b>No Evaluable</b>

No fue posible aplicar la fórmula establecida al inicio de la década para calcular el % de las atenciones de salud en establecimientos de atención primaria en las que se aplicó consejería breve anti tabaco puesto que existe una amplia gama de prestaciones relacionadas con detectar, prevenir y abordar el tabaquismo mediante la consejería breve, prestación cuyo registro podría estar duplicado dado el cuantioso número de Registros Estadísticos Mensuales REM relacionados con dicha intervención.

Cabe destacar que la consejería breve anti tabaco es costo-efectiva versus no intervenir <sup>(2)</sup> y Minsal está trabajando activamente para implementar durante el próximo periodo un Programa Nacional integral de tratamiento de tabaquismo para los usuarios de la red asistencial y en la unificación de REM que permitan mejorar el monitoreo y evaluación de los indicadores relacionados con este problema de salud pública.

Por lo anterior, con el fin de valorar los esfuerzos de los equipos profesionales de Atención Primaria a lo largo del país en relación a brindar consejería breve antitabaco en las distintas etapas del ciclo vital a la población beneficiaria, consideramos reportar igualmente los datos REM de las siguientes prestaciones:

- REM-A9. Atención de Salud Odontológica en APS y especialidades Sección B: Otras actividades de Odontología General. Donde se registra el tipo de actividad "consejería breve en tabaco".
- REM-19A. Actividades de Promoción y Prevención de la Salud Sección A: Consejerías. Sección A.1: Consejerías Individuales. Donde se registran actividades asociadas al área temática: tabaquismo
- REM-23. Salas: IRA, ERA y mixtas en APS Sección M: Educación en salas. Sección M.1: Educación individual en sala IRA, ERA Tema: antitabaco.
- REM-23. Salas: IRA, ERA y mixtas en APS Sección M: Educación en Salas. Sección M.2: Educación grupal en sala (agendada Y programada). Donde se aborda el tema: "Antitabaco" en a) pacientes padres o cuidadores b) salas cuna y jardines infantiles c) establecimientos educacionales d) intersector.
- REM-27. Educación para la Salud Sección B: Actividades de Educación para la Salud según personal que las realiza (Sesiones). Donde se registra según "área temática de prevención: educación de grupo anti tabáquica (excluye REM 23)".
- REM-27. Educación para la Salud Sección G: Intervenciones por patrón de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Donde se registra por tipo de intervención:

- Intervención mínima (bajo riesgo) para consumo de tabaco \* actividad que corresponde a una consejería de 3 a 5 minutos.
- Intervención breve (riesgo) para consumo de tabaco \* actividad que corresponde a una consejería o intervención motivacional de 10 a 15 minutos en base a técnica de entrevista motivacional.
- Intervención referencia asistida (perjudicial o dependencia) para consumo de tabaco \* actividad que implica consejería o intervención motivacional de 10 a 15 minutos en base a técnica de entrevista motivacional y derivación al equipo de Salud Mental.
- Otros REM que abordan tabaquismo son:
  - REM-A02. Examen de Medicina Preventiva en mayores de 15 Años Sección C: Resultados de EMP según estado de salud. Donde se detecta el "Estado de salud: tabaquismo" en las personas y cuya guía clínica indica realizar consejería breve durante la aplicación del EMP.
  - REM-A05. Ingresos y egresos por condición y problemas de salud Sección H: Ingresos al PSCV. Donde se registra los ingresos al PSCV (programa de salud cardiovascular) asociados a Tabaquismo.
  - EM-27. Educación para la salud Sección A: Personas que Ingresan a educación grupal según áreas temáticas y edad. Donde se registra en áreas temáticas de prevención: "educación de grupo antitabáquica (excluye REM 23)".

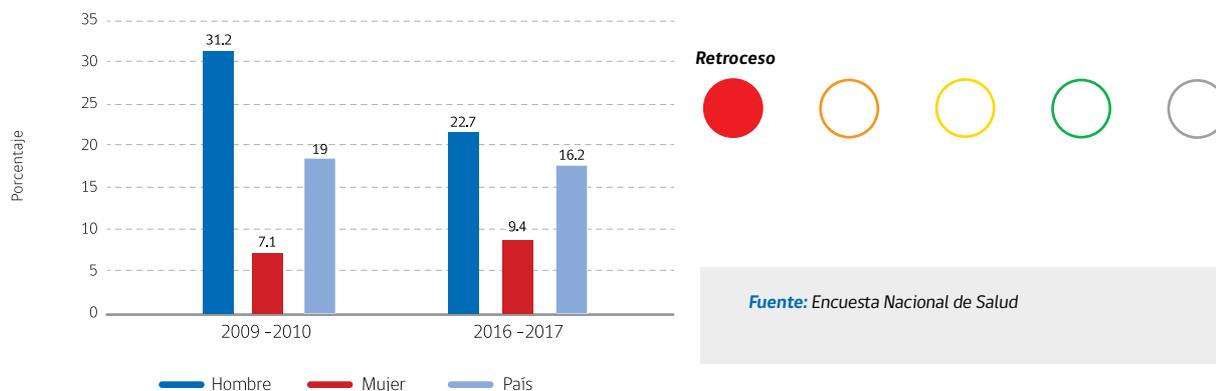
---

<sup>(2)</sup> Chile. Ministerio de Salud. Programa Nacional de tratamiento del tabaquismo para Atención Primaria de Salud. Santiago: MINSAL, 2016 pag. 14.

## CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL

### OBJETIVO DE IMPACTO: PREVALENCIA DE CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL EN POBLACIÓN DE 15 A 24 AÑOS

GRÁFICO 75:  
PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN POBLACIÓN DE 15 A 24 AÑOS



El indicador planteado para este objetivo de impacto se encuentra en estado de retroceso, lo que da cuenta de la importancia de analizar el abordaje que debe tener el tema en el próximo Plan Nacional de Salud.

Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Disminuir 10% la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años.	15,1%	13,6%	16,2%	16,2%

En relación a las interpretaciones posibles de la reducción encontrada, a partir de la Encuesta Nacional de Salud, de acuerdo a la evidencia científica, tal como está expresada, por ejemplo, en la iniciativa SAFER de OMS (3), las intervenciones más costo-efectivas para reducir el consumo de riesgo son: 1) aumentar impuestos y precios, 2) regular la disponibilidad física del alcohol, 3) regular publicidad del alcohol. Luego, hay otras dos medidas que resultan efectivas (aunque en menor medida y con mayores costos): 4) estrategias sobre alcohol y tránsito, 5) detección e intervenciones breves sobre consumo de riesgo.

De estas medidas, desde 2010, Chile ha implementado:

- Aumento de impuestos (reforma tributaria 2014).
- Estrategias sobre alcohol y tránsito (reducción del BAC – blood alcohol concentration – permitido para conducir, 2012; Ley Emilia que aumenta sanciones, 2014).
- Detección e intervenciones breves sobre alcohol (Programa Vida Sana, intervenciones breves sobre alcohol en APS, desde 2011; desde 2015 con cobertura nacional; actualmente con el nombre, Programa

DIR – detección, intervenciones breves y referencia asistida – con cobertura de 1.000.000 de personas en acciones de detección, incluyendo otras drogas).

Si se hubiese producido una reducción en el consumo de alcohol de riesgo, cabría atribuirla a estas tres estrategias. Por cierto, de estas, son parte de la Estrategia Nacional de Salud, directamente la “detección e intervenciones breves”.

Para medir los avances relacionados con este indicador, también está disponible otra base de datos, que es la de los Estudios Nacionales de alcohol y drogas <sup>(4)</sup> que realiza SENDA cada dos años.

Las ventajas de esta base de datos, en comparación con la Encuesta Nacional de Salud, es contar con mediciones cada dos años (2010-2012-2014-2016-2018), lo que permite tener un dato más cercano al 2019 y también evaluar los cambios en las tendencias, desde 2010 en adelante, con 5 hitos al menos. Contar con solo dos valores, el de inicio (2009-2010) y el de término (2016-2017) puede llevar a conclusiones que algunas veces no representan bien el fenómeno y sus cambios.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Aumentar la cobertura de detección del consumo de riesgo de alcohol.	Porcentaje de personas entre 15 y 24 años de edad con aplicación de instrumento de tamizaje para detectar consumo de riesgo de alcohol.	Lograr que al 10% de las personas entre 15 y 24 años de edad, inscritas en centros de salud de atención primaria, se les aplique instrumentos de tamizaje para detectar consumo de riesgo de alcohol.	<b>Avance Importante</b>

En relación con el resultado “Aumentar la cobertura de detección del consumo de riesgo de alcohol”, existe prácticamente cumplimiento de la meta (9,7%, sobre 10% que era el esperado).

El peak se alcanzó en 2015, cuando el Programa Vida Sana se implementó en todos los Servicios de Salud de Chile. Luego comenzó a disminuir, principalmente porque se incorporaron modalidades especiales de detección de consumo de alcohol y drogas en adultos y otra en adolescentes, con instrumentos específicos, diferentes del instrumento de detección de alcohol, eso hizo que disminuyera la cobertura específica de detección de alcohol.

**GRÁFICO 76:**

PORCENTAJE DE PERSONAS INSCRITAS EN CENTROS DE SALUD ENTRE 15 Y 24 AÑOS DE EDAD CON APLICACIÓN DE INSTRUMENTO PARA EL TAMIZAJE DE CONSUMO RIESGOSO DE ALCOHOL.



**Fuente:** Elaboración Departamento de Salud Mental, DIPRECE.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar la cobertura de intervenciones preventivas en consumo de riesgo de alcohol.	Porcentaje de personas entre 15 y 24 años que han sido tamizadas por consumo de riesgoso de alcohol, que reciben intervención breve para reducir el consumo de alcohol de riesgo.	Lograr que el 10% de las personas entre 15 y 24 años de edad, inscritas en centros de salud de atención primaria que han tenido tamizaje, reciban intervención breve para reducir su consumo.	<b>Retroceso</b>

En relación con el resultado “Mejorar la cobertura de intervenciones preventivas en consumo de alcohol de riesgo”, el descenso en el cumplimiento durante los últimos años podría explicarse por:

- Disminución de la detección en hombres (más en mujeres) y en adolescentes (más en adultos), lo que podría incidir en mejor prevalencia de consumo de riesgo y, como consecuencia, en menor proporción de intervenciones breves. Para 2021 se ajustaron las metas del Programa DIR en APS, para asegurar que haya más proporción de hombres y de jóvenes, en la detección, permitiendo identificar más consumidores riesgosos y realizando más intervenciones breves.
- Y al aumento, en los últimos años, de las acciones de detección en el marco del Examen de Medicina Preventiva y del Examen Preventivo del Adolescente, que en ocasiones no asegura la intervención consecuente, por los tiempos acotados de la prestación.

**GRÁFICO 77:**

PORCENTAJE DE PERSONAS INSCRITAS DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD QUE HAN SIDO TAMIZADAS POR CONSUMO RIESGOSO DE ALCOHOL, QUE RECIBEN INTERVENCIÓN BREVE PARA REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL DE RIESGO.



**Fuente:** Elaboración Departamento de Salud Mental, DIPRECE.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fortalecer la política regional intersectorial para el abordaje del consumo de alcohol de riesgo.	Número de SEREMIS que desarrollan al menos dos líneas de acción de la estrategia nacional de alcohol.	Lograr que 7 de las 15 SEREMI de Salud del país desarrollen al menos dos líneas de acción de la Estrategia Nacional de Alcohol.	<b>Cumple</b>

En relación con el resultado esperado “Fortalecer la política regional intersectorial para el abordaje del consumo de alcohol de riesgo”, el cumplimiento es alto, puesto que se logró que el total de regiones (16) desarrollara al menos dos líneas de acción de la Estrategia Nacional de Alcohol, versus 7 que era el indicador definido.

La Estrategia Nacional sobre Alcohol <sup>(5)</sup>, define nueve líneas de acción para reducir las consecuencias sociales y sanitarias del consumo de alcohol de riesgo:

1. Información a la población y control de la publicidad.
2. Disponibilidad de alcohol.
3. Impuestos al alcohol y precios de venta al detalle.
4. Expendio de alcohol y políticas de venta al detalle.
5. Tránsito, accidentes y consumo nocivo de alcohol.
6. Consumo riesgoso de alcohol y atención de salud.
7. Acción comunitaria.
8. Educación, formación de personal y capacitación.
9. Monitoreo y evaluación.

De estas líneas, la tres “impuestos al alcohol y precios de venta al detalle” y la cuatro de “expendio de alcohol y políticas de venta al detalle”, solo tienen expresión nacional posible y no regional. Las otras sí tienen ciertas formas de representación local en la que la SEREMI de salud tiene algún tipo de rol, en algunas oportunidades liderando y coordinando los desarrollos y, en otras, siendo parte de la gestión o implementación de acciones.

Todas las SEREMIS de Salud realizan acciones en la línea 6, “consumo riesgoso de alcohol y atención de salud”, tanto a partir de procesos formales anuales de monitoreo y supervisión de centros de tratamiento en el Convenio SENDA-MINSAL, como en el monitoreo y asistencia técnica del Programa de Detección, Intervenciones Breves y Referencia Asistida (DIR) en atención primaria de Salud, que se implemente en todos los Servicios de Salud y regiones del país.

De la misma manera, en todas las SEREMIS de Salud se han realizado acciones en la línea 9, “monitoreo y evaluación”, a través del desarrollo de procesos de diagnóstico regional sobre alcohol (dirigidos por las SEREMIS o colaborando con iniciativas lideradas por SENDA a nivel regional), y, de procesos de evaluación de centros de tratamiento en el Convenio SENDA-MINSAL, oficialmente realizados de manera anual.

Otras líneas en las que SEREMIS de Salud reportan acciones son la 1, “información a la población”, realizando

campañas de comunicaciones y promoción social, la 5 de “tránsito, accidentes y consumo nocivo de alcohol”, en colaboración con SENDA y, principalmente, en el marco de las Comisiones Regionales de Seguridad de Tránsito (CORESET), y la 8, de “educación, formación de personal y capacitación”, dirigiendo y participando de procesos de capacitación y transferencia técnica a la red de salud y el intersector.

Una línea que presenta muy poco desarrollo y que tiene importancia vital, pues se trata de una de las estrategias más costo-efectivas para reducir el consumo de alcohol, es la 2 “disponibilidad de alcohol”, que trata sobre el trabajo en colaboración con Municipios sobre acciones relacionadas con la regulación de la venta a menores de edad, días y horarios de expendio, densidad de patentes comerciales, etc. Este debiera ser uno de los principales desafíos de la gestión de las SEREMIS de Salud para el próximo periodo.

Otra debilidad que es necesario señalar es la poca regularidad en el mantenimiento de los desarrollos y logros, en desarrollo de política de alcohol, a nivel regional. En este sentido, la rotación de personal en las SEREMIS de Salud, el cambio de funciones y la reasignación a otras prioridades, ponen en riesgo la continuidad de los trabajos desarrollados en SEREMIS de Salud.

---

(3) Organización Mundial de la Salud. Iniciativa SAFER: Un mundo libre de los daños relacionados con el alcohol. Ginebra: OMS, 2019.

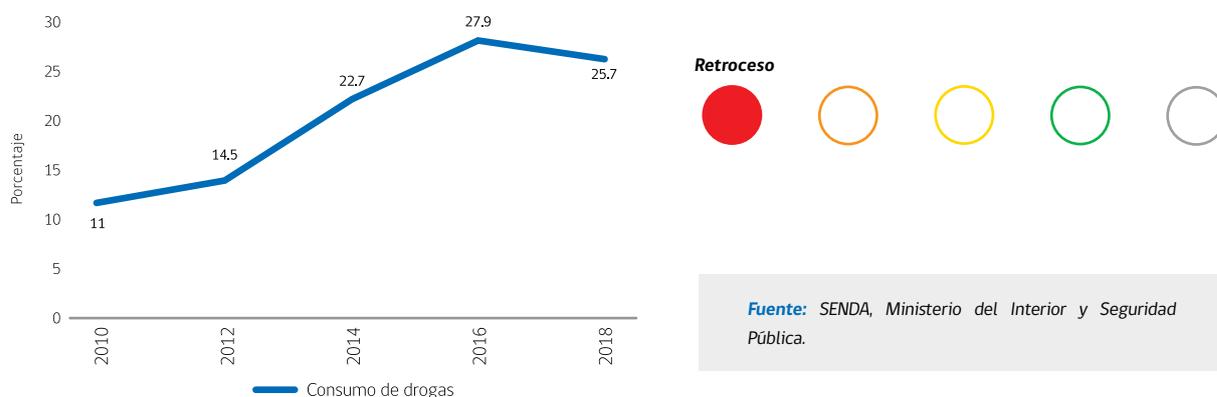
(4) Chile. SENDA. Observatorio de Estudios Nacionales de alcohol y drogas. Santiago: SENDA, 2021 Disponible en: <https://www.senda.gob.cl/observatorio/areas-de-estudio/poblacion-general/>

(5) Chile. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional sobre Alcohol: Reducción del consumo de riesgo y sus consecuencias sociales y sanitarias. Santiago: MINSAL, 2011.

## CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS

**OBJETIVO DE IMPACTO:**  
**DISMINUIR LA PREVALENCIA DE CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS EN POBLACIÓN DE 15 A 24 AÑOS.**

**GRÁFICO 78:**  
 PREVALENCIA DE CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS DURANTE EL ÚLTIMO AÑO EN POBLACIÓN DE 15 A 24 AÑOS.



El objetivo de impacto para el tema consumo de drogas ilícitas se enfocó en disminuir el consumo de estas en la población de 15 a 24 años, sin embargo, no se logró cumplir la meta propuesta para la década y se observó un retroceso en la medición de la prevalencia de consumo de drogas ilícitas.

Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Disminuir 5% la prevalencia de consumo de drogas ilícitas durante último año en población de 15 a 24 años.	11%	10,45%	22,7%	25,7%

Al desglosar las prevalencias de consumo en el último año de marihuana, cocaína y pasta base de cocaína, se aprecia que tanto COC y PBC se mantienen en rangos estables (1,0 y 0,4 respectivamente en 2018). Ambas sustancias con serias consecuencias para la salud de quienes la consumen.

Por otro lado, el consumo de marihuana se mantuvo en alza hasta el 2016 (4,6 en 2010 y 14.5 en 2016) y con una aparente estabilización en 2018 (12,7). Siendo las personas, entre 19 a 25 años quienes refieren mayor prevalencia de consumo en el último año.

En esa misma línea, la percepción de riesgo ante el consumo de marihuana es notablemente más baja en comparación a otras sustancias. Así mismo, la proporción de personas que declara que le ofrecieron marihuana en el último año también ha crecido en la última década (10,3 en 2010 y 21,4 en 2018).

Por lo anteriormente expuesto, el alza de prevalencia de consumo de drogas ilícitas podría explicarse en gran parte al consumo de marihuana, su baja percepción de riesgo y su alta oferta.

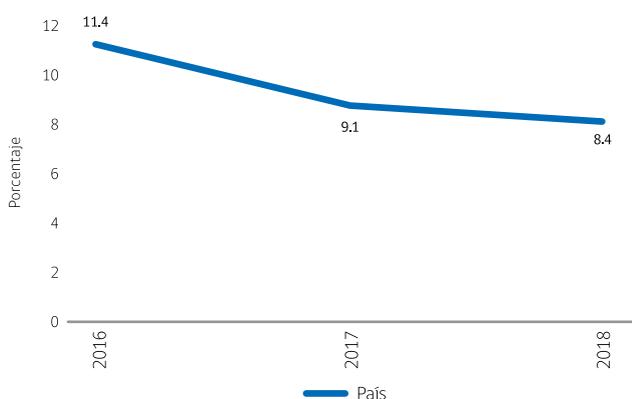
Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar la cobertura de intervenciones preventivas en consumo de drogas.	Porcentaje de personas inscritas de 15 a 24 años de edad con consumo riesgoso de drogas con intervención motivacional.	Lograr que el 50% de las personas entre 15 y 24 años, inscritas en centros de salud de atención primaria, que consumen drogas y han tenido tamizaje, reciban intervención motivacional para reducir su consumo.	<b>Retroceso</b>

El programa que incorpora la intervención motivacional se encuentra en todos los Servicios de Salud, pero solo en el 50% de las comunas. Por lo que se requiere aumentar la cobertura de este programa.

Por otra parte, se requiere continuar integrando la estrategia de Intervenciones Breves al resto de las prestaciones de la red de salud, fortalecer la aplicación del cuestionario ASSIST en el EMP y continuar capacitando y entrenando a profesionales y técnicos de APS.

**GRÁFICO 79:**

PORCENTAJE DE PERSONAS INSCRITAS DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD CON CONSUMO RIESGOSO DE DROGAS CON INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL.



Fuente: Departamento de Salud Mental, DIPRECE.

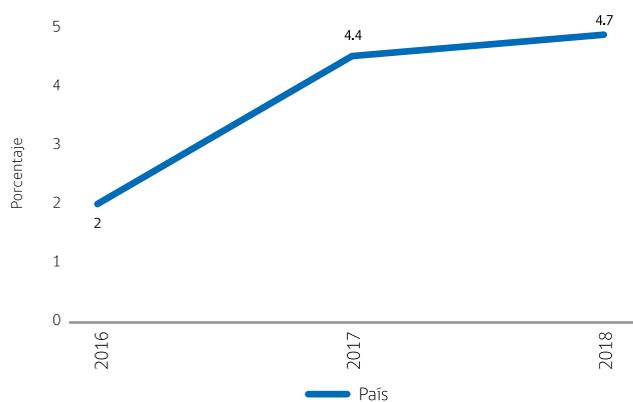
Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar la cobertura de detección para el consumo de drogas.	Porcentaje de personas de 15 a 24 años, inscritas, con aplicación de instrumento de tamizaje de consumo de drogas.	Lograr que al 10% de las personas entre 15 y 24 años, inscritas en centros de salud de atención primaria, se les aplique instrumentos de tamizaje para detectar consumo de drogas ilícitas.	<b>Avance Discreto</b>

En cuanto al aumento del porcentaje de personas inscritas de 15 a 24 años de edad, con aplicación de instrumento de tamizaje de consumo de drogas, podría explicarse por la implementación del Programa de detección y tratamiento para el consumo de alcohol, drogas y tabaco, donde se les aplican los instrumentos CRAFFT y ASSIST para detectar consumo de drogas.

Por otra parte, se ha incorporado de manera progresiva la pesquisa del consumo de drogas en las prestaciones generales de salud, ha aumentado la cobertura del programa DIR, así como la cobertura de aplicación de instrumentos de tamizajes e intervenciones breves y el tramo etario a intervenir.

**GRÁFICO 80:**

PORCENTAJE DE PERSONAS INSCRITAS DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD, INSCRITAS, CON APLICACIÓN DE INSTRUMENTO DE TAMIZAJE DE CONSUMO DE DROGAS.

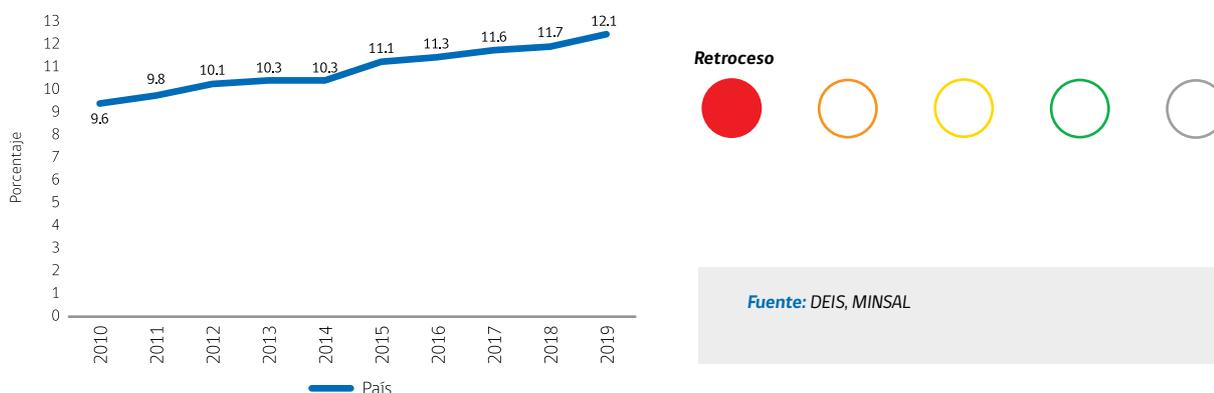


**Fuente:** Departamento de Salud Mental, DIPRECE.

# OBESIDAD INFANTIL

## OBJETIVO DE IMPACTO: MANTENER O DISMINUIR LA OBESIDAD INFANTIL.

**GRÁFICO 81:**  
PREVALENCIA DE OBESIDAD EN MENORES DE 6 AÑOS EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD.



La prevalencia de obesidad en menores de 6 años pertenecientes al sistema de salud público de salud del país ha aumentado en la última década, llegando a una prevalencia de 12,15%, donde la meta era llegar al 2020 a un  $\leq 9,6\%$ . Es más, de acuerdo a proyecciones que hemos realizado junto al DEIS, se estima que, en el año 2030, la prevalencia de obesidad infantil podría alcanzar un 16,31%. De los países de América Latina y el Caribe, nuestro país ocupa el 6º lugar de prevalencia de obesidad en menores de 5 años. (FAO/OPS/WFP/UNICEF, 2018).

Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Prevalencia de obesidad en menores de 6 años en el sistema público de salud nivel País.	9,6%	$\leq 9,6\%$	11,1%	12,1%

Las causas que dan origen a esta situación, no solo en Chile, sino que en gran parte del mundo, están descritas, entre otros reportes, en el informe “Acabar con la obesidad infantil” (6), donde se destacan las desigualdades sociales y económicas que agravan el problema de la malnutrición, y la población que vive en situación de pobreza, los niños y niñas, las mujeres, los miembros de pueblos indígenas y los habitantes rurales; quienes tienden a presentar problemas de malnutrición por exceso. La obesidad en la población infantil deriva de la exposición de los niños/as a un entorno obesogénico y de las respuestas conductuales y biológicas inadecuadas a ese entorno. Estas respuestas varían de una persona a otra y están influenciadas, entre otros aspectos, a factores asociados al desarrollo y al curso de vida (1). Los cambios en el tipo de alimentos y su disponibilidad han contribuido considerablemente a provocar un desequilibrio energético en la población infantil. Los niños/as, hoy en día están más expuestos a alimentos ultraprocesados de alto contenido calórico y bajo valor nutricional que son económicos y fáciles de conseguir (1), factores que están determinando las preferencias y comportamientos alimentarios de las personas. A su vez, las políticas y los reglamentos relativos al comercio y a la actividad agropecuaria establecidos previamente influyen en estos factores (7).

Si bien es cierto, que la meta no se cumplió en el período, este problema de salud pública se recomienda que debe permanecer en la próxima década 2021-2030, dado su alto impacto social y económico para la salud pública nacional. En nuestro país, la carga económica y epidemiológica actual de la obesidad alcanza en promedio 455 mil millones de pesos anuales atribuibles a costos directos de esta enfermedad, lo que corresponde a un 2,4% del gasto total en salud en el año 2016; proyectándose un 3,9% al 2030. Se estima que, de no haber cambios en políticas públicas en esta materia, los gastos en atención de la salud ocasionados por la obesidad aumentarán de un 0,5% (2016) a un 1,5% del PIB al año 2030 (8).

Asimismo, los niños con sobrepeso u obesidad tienen mayores probabilidades de seguir siendo obesos en la edad adulta y de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como diabetes o enfermedades cardiovasculares. El riesgo de la mayoría de las enfermedades no transmisibles resultantes de la obesidad depende en parte de la edad de inicio y de la duración de ésta última.

**GRÁFICO 82:**  
PORCENTAJE DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA AL SEXTO MES DE VIDA



Fuente: DEIS, MINSAL

Un factor protector contra la obesidad infantil corresponde a la Lactancia Materna exclusiva y complementada con otros alimentos hasta los 2 años o más. Dados los grandes beneficios que este alimento otorga en la niñez, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda a los países, alcanzar un 50% de la prevalencia de lactancia materna exclusiva al sexto mes de vida de los niños y niñas al 2025. La prevalencia de este indicador en el año 2019 alcanzó un 61,9%, por lo tanto, la meta ENS se cumplió en esta década, considerando que el objetivo era “lograr que la lactancia materna exclusiva al sexto mes de vida en niños y niñas bajo control llegue al 50%”.

La implementación de políticas públicas relacionadas con la protección y promoción de la lactancia materna podrían contribuir a este aumento de la Lactancia Materna Exclusiva. Políticas tales como la Ley N° 20.545 la cual “Modifica las Normas sobre Protección a la Maternidad e incorpora el Permiso Postnatal Parental”, extendiendo este permiso de doce semanas a continuación del periodo postnatal; además, la Ley N°20.761, extiende el derecho a las madres o padres trabajadores para disponer de al menos una hora diaria para alimentar a sus hijos e hijas menores de dos años (durante la jornada laboral). Así mismo, la Ley N° 20.869 sobre Publicidad de Alimentos promulgada en mayo del 2018, la cual prohíbe la publicidad de fórmulas de inicio y continuación dirigidas a niños y niñas menores de 12 meses; acción que permite regular parte de lo descrito en el Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna, acto que nuestro país adscribió de forma voluntaria en el año 1981.

Otras iniciativas que han contribuido a este indicador, es el Sistema de Protección Social Chile Crece Contigo, el que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal. En este sentido, ha sido pieza clave en compromiso de transmitir conocimientos en el tema de lactancia materna a los usuarios/as y facilitar la entrega de materiales de apoyo a través del Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN). Actualmente a través de la Ley N° 21.155 del 2 de mayo del 2019, la cual “establece las medidas de protección a la lactancia materna y su ejercicio”, se releva el fomento del libre derecho de amamantamiento en toda clase de lugares, promueve el libre y voluntario uso de salas especiales de amamantamiento, impulsa a los empleadores a facilitar en las madres trabajadoras el proceso de extracción y conservación de la leche materna, sanciona el incumplimiento de estas medidas y fomenta el derecho a la información y participación en actividades desarrolladas por los equipos de salud que traten los contenidos del inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

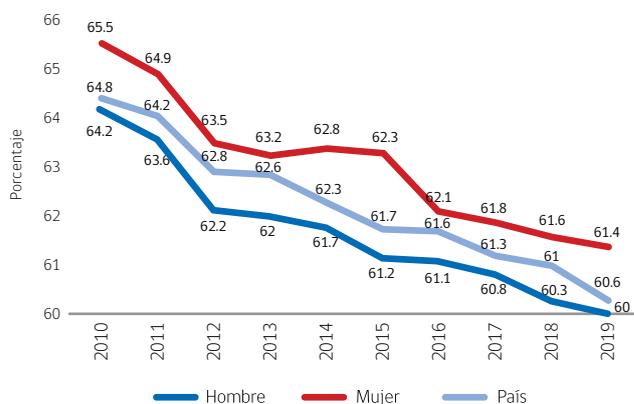
Dentro de la red de salud pública, el Ministerio de Salud ha impulsado el desarrollo de consejería y el consejo breve en lactancia materna en los controles de salud de la gestante y de los niños y niñas, cuya finalidad es promover la lactancia materna a lo largo del curso de vida del lactante; junto a la implementación de las clínicas de lactancia materna, espacio en que los profesionales de la salud tratan de forma oportuna a las madres que presentan problemas agudos asociados al acto de amamantar (dolor de mamas o pezón, grietas, congestión mamaria, etc), mediante la realización de consulta de salud que busca acompañar a las mujeres y sus familias, a solucionar el problema en cuestión, con el objetivo de evitar de forma temprana el cese de lactancia materna. Esta implementación ha incorporado, la capacitación de los profesionales de salud y la entrega de material de apoyo para los equipos.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Aumentar la prevalencia de factores protectores contra la obesidad infantil en menores de 6 años.	Porcentaje de niños y niñas menores de 6 años pertenecientes a establecimientos del sistema público de salud con estado nutricional normal.	Mantener en 64% el porcentaje de niños y niñas menores de 6 años pertenecientes a establecimientos del sistema público de salud con estado nutricional normal.	<b>Retroceso</b>

En relación a la prevalencia de niños y niñas menores de 6 años pertenecientes a establecimientos del sistema público de salud con estado nutricional normal, esta meta no se cumplió en la última década, llegando a un 60% de prevalencia al año 2019, cuya meta era mantenerla en un 64%, situación que podría ser consecuencia del aumento de la malnutrición por exceso en este mismo grupo. Por lo tanto, resulta relevante implementar políticas públicas que apunten a transformar las condiciones estructurales que generan ambientes obesogénicos, mediante acciones intersectoriales con enfoque en determinantes sociales y equidad, a fin de aumentar la disponibilidad y acceso a una alimentación saludable y a la práctica regular de actividad física.

**GRÁFICO 83:**

PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 AÑOS PERTENECIENTES A ESTABLECIMIENTOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD CON ESTADO NUTRICIONAL NORMAL.



Fuente: DEIS, MINSAL

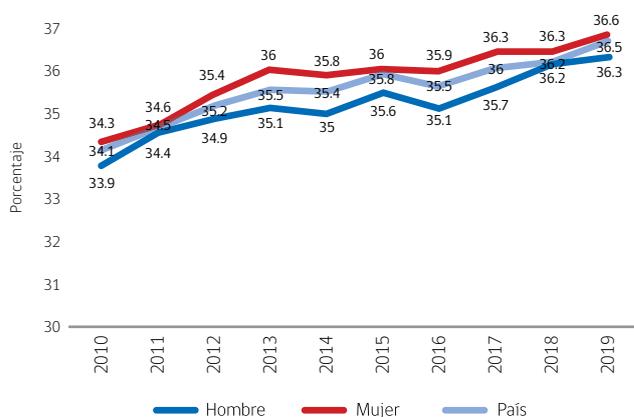
Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Disminuir la prevalencia de factores de riesgo de Obesidad infantil en población menor de 6 años.	Prevalencia de malnutrición por exceso en niños y niñas bajo control entre los 12 y 14 meses de edad.	Disminuir en al menos 1 punto porcentual la prevalencia de malnutrición por exceso en niños y niñas bajo control entre 12 y 24 meses de edad bajo control.	<b>Retroceso</b>

La prevalencia de malnutrición por exceso en niños y niñas bajo control entre los 12 y 24 meses de edad ha aumentado en la última década a un 36,5% de prevalencia, cuando la meta era disminuir en 1 punto porcentual al año 2010 (34,1%), a consecuencia de los factores ya mencionados que ocurren con el aumento de la malnutrición por exceso en toda la infancia. Por lo tanto, la evidencia señala la importancia de establecer prácticas alimentarias saludables desde edades tempranas, las que tienen un rol preventivo en la obesidad (9).

Las intervenciones en salud desde temprana edad hasta la edad preescolar, tienen mayor costo efectividad a largo plazo (9).

**GRÁFICO 84:**

PREVALENCIA DE MALNUTRICIÓN POR EXCESO EN NIÑOS Y NIÑAS BAJO CONTROL ENTRE LOS 12 Y 24 MESES DE EDAD

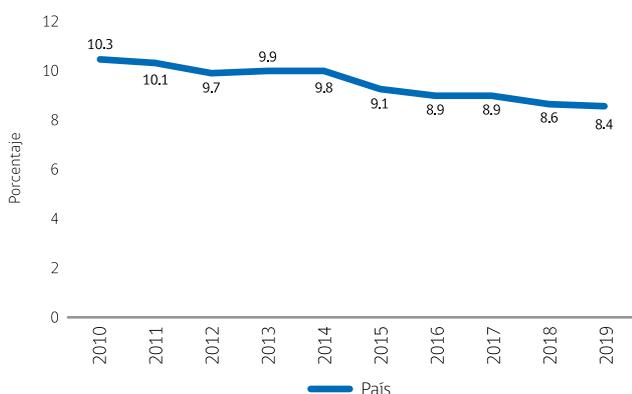


Fuente: DEIS, MINSAL

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Disminuir la prevalencia de factores de riesgo de Obesidad infantil en población menor de 6 años.	Porcentaje de recién nacidos con peso >4.000 grs. En el sistema público de salud.	Lograr que no más del 9% de los recién nacidos tengan peso mayor a 4.000 grs. al nacer.	<b>Cumple</b>

La prevalencia de recién nacidos con peso > 4.000 grs. en el sistema público de salud ha disminuido durante la última década a una prevalencia de 8,4%, considerando que la meta era lograr mantenerla en un 9%. Es necesario considerar que una de las causas asociadas a la macrosomía (> 4.000 grs), corresponde a la condición de malnutrición por exceso en las mujeres gestantes, aumento excesivo de peso durante el embarazo y diabetes gestacional. Por lo que el control y pesquisa oportuna, influyen en este resultado. Además, es esencial fomentar el conocimiento de la importancia de comportamientos saludables en adolescentes y mujeres en edad fértil y en las primeras etapas de la gestación. De acuerdo a lo señalado, la nutrición en los primeros 1000 días de vida (desde la concepción hasta los dos años) de los niños y niñas, definirá la salud nutricional de gran parte de su vida futura. Por lo tanto, la evaluación nutricional materna y el aumento de peso durante la gestación son determinantes en el peso de nacimiento de los niños/as (10).

**GRÁFICO 85:**  
PORCENTAJE DE RECIÉN NACIDOS CON PESO > 4.000 GRS. EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD.



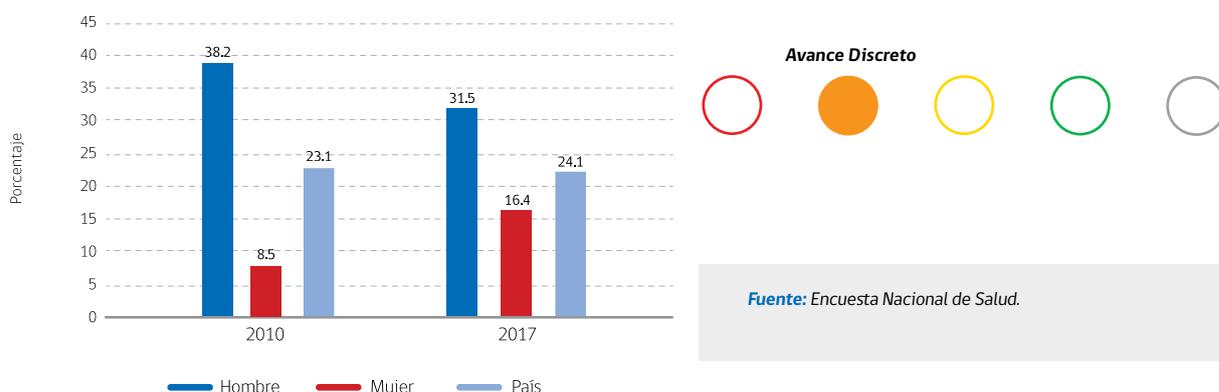
Fuente: DEIS, MINSAL

- (6) Organización Mundial de la Salud. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. Ginebra: OMS, 2016.
- (7) Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. 53.º Consejo Directivo, 66.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, DC, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014. Washington: OPS; 2014. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=26986&Itemid=270&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26986&Itemid=270&lang=es).
- (8) Cuadrado, C. The Health And Economic Burden of Obesity In Chile - An Epidemiological And Economic Simulation Model. ABSTRACT ONLY| VOLUME 19, ISSUE 7, PA584, NOVEMBER 01, 2016.
- (9) Martin J, Chater A, Lorencatto F. Effective behaviour change techniques in the prevention and management of childhood obesity. Int J Obes (Lond). 2013 Oct;37(10):1287-94. doi: 10.1038/ijo.2013.107. Epub 2013 Jun 12. PMID: 23756676.
- (10) Rosso P. A new chart to monitor weight gain during pregnancy. Am J Clin Nutr. 1985 Mar;41(3):644-52. doi: 10.1093/ajcn/41.3.644. PMID: 3976565.

## ACTIVIDAD FÍSICA

### OBJETIVO DE IMPACTO: AUMENTAR LA PREVALENCIA DE PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS, ADOLESCENTES Y JÓVENES

GRÁFICO 81:  
PREVALENCIA DE ACTIVIDAD FÍSICA SUFICIENTE EN POBLACIÓN ENTRE 15 A 24 AÑOS



El tema actividad física fue evaluado a través de la prevalencia en población de 15 a 24 años, y según se observa en la medición no se logró la meta planteada y aumento un 1% respecto de su línea base presentando un estado de avance discreto.

Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Aumentar 30% la prevalencia de actividad física suficiente en población entre 15 a 24 años.	23,1%	30%	24,1%	24,1%

En el grupo de 15-24 años la prevalencia de inactividad física aumentó de un 20,4% a un 30,1% en la ENS 2016-17. Chile ha aumentado sus indicadores de inactividad física, sin presentar cambios en el sedentarismo de tiempo libre y con una reducción de la población que realiza actividad física general de forma intensa. Esta situación es similar a lo descrito por investigaciones internacionales, que posicionan a nuestro país y a la región de Latinoamérica y el Caribe como las zonas con mayor prevalencia de inactividad física en comparación a otras regiones del mundo.

Asimismo, es importante indicar que la tendencia ascendente de inactividad física en el grupo etario identificado es preocupante pues este grupo cuenta con espacios protegidos para el desarrollo de actividad física, como lo son las horas de educación física al interior de los establecimientos educacionales, en donde la brecha de género es significativamente preocupante. Es urgente como MINSAL el poder establecer un trabajo intersectorial de fondo con MINEDUC-MINDEP-MIDESOF a fin de poder proteger los 60 minutos diarios recomendados para el grupo etario con enfoque de género.

El desafío es a nivel mundial y el contexto de pandemia por COVID-19 aumento las brechas entre zonas con acceso a tener libre movimiento y las que están en cuarentena o con confinamientos preventivos.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fomentar la realización de actividad física en la población.	Porcentaje de comunas que participan del programa de promoción de la salud que incorporan y mantienen el componente de actividad física en sus PCPS.	Lograr que todas las comunas del país participen del programa de promoción de la salud y mantengan el componente.	<b>Cumple</b>

Es un indicador clave para resguardar el factor protector en los tres entornos a intervenir (comunal, educacional y laboral) históricamente no ha existido problema en la programación del componente de actividad física en los Planes Trienales de Promoción de la Salud (PTPS), actual PCPS.

**TABLA 20:**  
PORCENTAJE DE COMUNAS QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD QUE INCORPORAN Y MANTIENEN EL COMPONENTE DE ACTIVIDAD FÍSICA EN SUS PCPS.

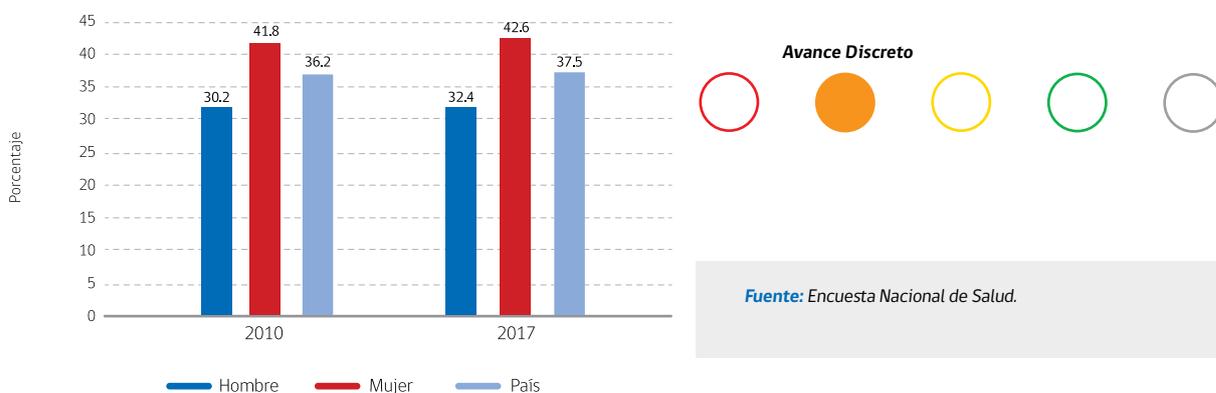
Periodo	País (%)
2010-2019	100.0

*Fuente:* Departamento de Promoción de Salud y Participación Ciudadana, DIPOL.

## FACTORES PROTECTORES

### OBJETIVO DE IMPACTO: AUMENTAR LAS PERSONAS CON FACTORES PROTECTORES PARA LA SALUD.

**GRÁFICO 87:**  
PREVALENCIA DE AL MENOS 5 FACTORES PROTECTORES EN POBLACIÓN MAYOR A 15 AÑOS



La prevalencia de 5 factores protectores para el año 2016-17 fue de 37,5% aumentando 1,3 puntos porcentuales de lo observado el 2009, diferencia que no es estadísticamente significativa. Las mujeres muestran una prevalencia más alta que los hombres alcanzando 42,6%, en tanto los hombres un 32,4%. Para ambos sexos no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambas mediciones.

Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Prevalencia de al menos 5 factores protectores en población mayor a 15 años.	35,6%	42,7%	14,7%	37,5%

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar la promoción de salud en comunas.	Porcentaje de comunas que incorporan la promoción de la salud en alguno de sus instrumentos de planificación local.	Lograr que el 50% de las comunas del país incorporen la promoción de la salud en algunos de sus instrumentos de planificación local.	<b>Cumple</b>

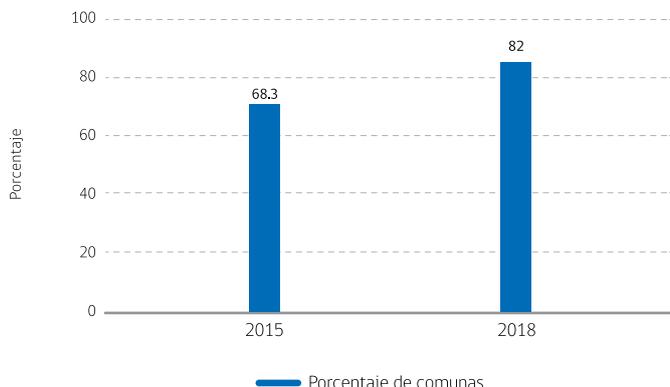
Respecto a este indicador la meta consistió en que al menos el 50 % de las comunas incorporen la promoción de la salud en sus instrumentos de planificación local. Esta meta ha sido cumplida. La información ha sido recogida con corte a diciembre 2015, y diciembre 2018. La medición se ha realizado trienalmente en concordancia con la recepción de información que entregan las comunas en el contexto de los cierres técnicos de los planes trienales de promoción de la salud.

Una próxima medición podrá concretarse cuando los planes trienales actualmente vigentes entreguen sus

cierres técnicos con la descripción de su ejecución a diciembre del 2021. Por esta misma razón, no se cuenta aún con la medición respecto al impacto de la pandemia en la temática.

**GRÁFICO 88:**

PORCENTAJE DE COMUNAS DEL PAÍS QUE INCORPORAN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ALGUNOS DE SUS INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN LOCAL (PLADECO, PADEM, PLANES REGULADORES, PLAN DE SALUD COMUNAL).



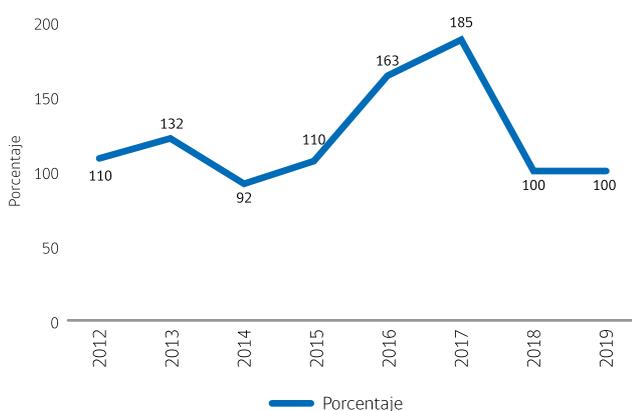
**Fuente:** Departamento de Promoción de Salud y Participación Ciudadana, DIPOL.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fomentar la Promoción y Prevención en Lugares de Trabajo.	Porcentaje de lugares de trabajo programados que estén comprometidos con la salud de los trabajadores.	Lograr que el 90% de los lugares de trabajo programados se comprometan con la salud de sus trabajadores.	<b>Cumple</b>

Respecto a este indicador, la meta consistió en lograr que el 90% de los lugares de trabajo programados se comprometan con la salud de sus trabajadores. Esta meta se cumplió en todas las regiones del país durante los años que estuvo vigente la meta de Desempeño Colectivo para la Estrategia Lugares de Trabajo Promotores de la Salud. Dicha meta comenzó el año 2012 y se sostuvo hasta el 2018. Bajo el alero de ésta, las regiones anualmente planificaban un número determinado de lugares de trabajo para intervenir con la estrategia.

**GRÁFICO 89:**

PORCENTAJE DE LUGARES DE TRABAJO PROGRAMADOS QUE ESTÉN COMPROMETIDOS CON LA SALUD DE LOS TRABAJADORES.



**Fuente:** Departamento de Promoción de Salud y Participación Ciudadana, DIPOL.

El mayor aumento de lugares de trabajo comprometidos ocurrió a partir del año 2014 al 2018 dado que después de algunos años de difusión de la estrategia, aumento la demanda espontanea de organizaciones laborales que postularon al sistema de reconocimiento. De hecho, en algunas regiones hubo años donde el porcentaje de

intervenidos sobrepasó el número inicialmente programado. Por otra parte, a partir del año 2017, las seremis focalizaron sus esfuerzos de acompañamiento y asesoría para cerrar los procesos, apoyando la implementación de los planes de mejora, en vez de seguir abriendo procesos nuevos. Por esta razón, durante los años 2017 y 2018 disminuyen los lugares de trabajo que ingresan a etapa de compromiso, pasando la gran parte de las organizaciones a la etapa de reconocimiento.

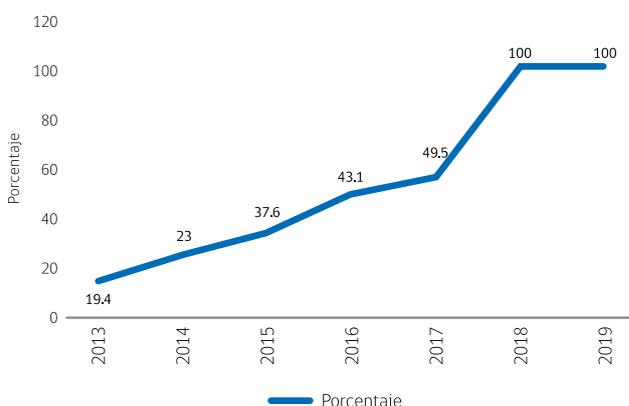
Durante el año 2020 la estrategia se ve fuertemente afectada ya que por una parte las organizaciones laborales deben modificar sus prioridades y readaptarse para seguir funcionando, e incluso algunas dejaron de funcionar. De esta manera las postulaciones fueron mínimas durante el 2020 y todos los reconocimientos que debiesen haberse concretado durante el 2020, se reprogramaron para el 2021.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fomentar la Promoción y Prevención en Lugares de Trabajo.	Porcentaje de lugares de trabajo comprometidos con la salud de los trabajadores que cuentan con "reconocimiento como lugares de trabajo saludables".	Lograr que el 50% de los lugares de trabajo comprometidos con la salud de los trabajadores cuenten con el reconocimiento de "lugares de trabajo saludables".	<b>Cumple</b>

La etapa de reconocimiento inicia uno o dos años después de la etapa de compromiso. Por esta razón, se puede observar que los primeros reconocimientos empiezan a concretarse desde el año 2013, tendiendo un aumento progresivo durante los años siguientes. El mayor aumento de reconocimientos se produce a partir del año 2017, ya que como se señaló en la explicación del indicador n°2, las SEREMIS redirigieron sus esfuerzos de acompañamiento y asesoría para cerrar los procesos ya iniciados en los lugares de trabajo, pasando la gran parte de las organizaciones a la etapa de reconocimiento.

Como se señaló anteriormente, durante el año 2020 las postulaciones para el ingreso de nuevas organizaciones laborales fueron mínimas y todos los reconocimientos que debiesen haberse ejecutado durante el 2020 se reprogramaron para este año 2021.

**GRÁFICO 90:**  
PORCENTAJE DE LUGARES DE TRABAJO COMPROMETIDOS CON LA SALUD DE LOS TRABAJADORES CUENTEN CON EL RECONOCIMIENTO DE "LUGARES DE TRABAJO SALUDABLES".

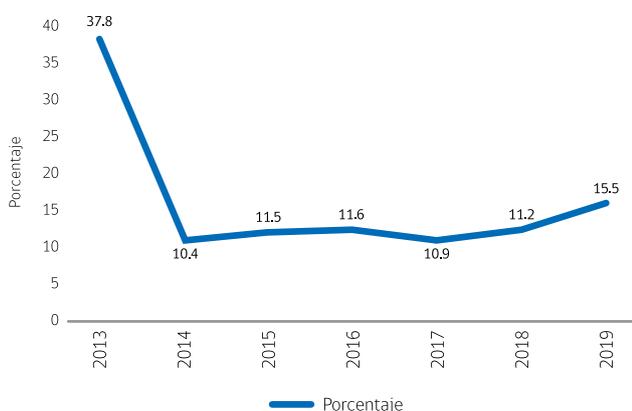


**Fuente:** Departamento de Promoción de Salud y Participación Ciudadana, DIPOL.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fomentar la Prevención de Salud en Atención Primaria.	Porcentaje de personas inscritas de 35 a 44 años con examen de medicina preventiva.	Lograr que el 19% de personas entre 35 y 44 años inscritas en atención primaria de salud tengan examen de medicina preventiva vigente.	<b>Retroceso</b>

Este indicador se encuentra en retroceso ya que según el último dato del año 2019, el porcentaje de personas inscritas entre 35 y 44 años con examen de medicina preventiva alcanzó un 15,5%, no alcanzando la meta del 19%. Es necesario potenciar esta estrategia preventiva angular de la APS a modo de aumentar la pesquisa oportuna de desviaciones de salud.

**GRÁFICO 91:**  
PORCENTAJE DE PERSONAS INSCRITAS DE 35 A 44 AÑOS CON EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA.



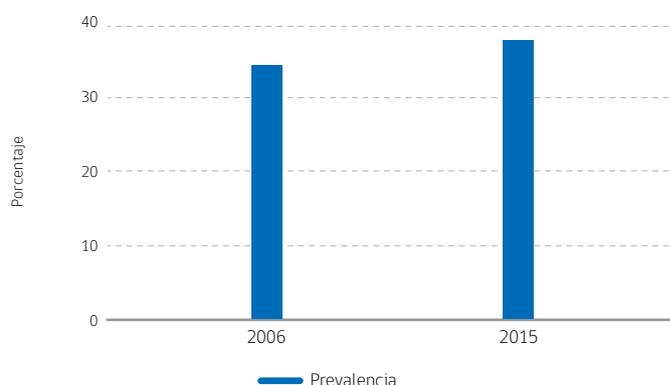
Fuente: DEIS, MINSAL.

## CONDUCTA SEXUAL SEGURA

### OBJETIVO DE IMPACTO: AUMENTAR LA PREVALENCIA DE CONDUCTA SEXUAL SEGURA EN ADOLESCENTES.

GRÁFICO 92:

PREVALENCIA DE USO CONSISTENTE DE CONDÓN (SIEMPRE) EN POBLACIÓN DE 15 A 19 AÑOS.



Fuente: Encuesta ENCAVI.

La prevalencia de 5 factores protectores para el año 2016-17 fue de 37,5% aumentando 1,3 puntos porcentuales de lo observado el 2009, diferencia que no es estadísticamente significativa. Las mujeres muestran una prevalencia más alta que los hombres alcanzando 42,6%, en tanto los hombres un 32,4%. Para ambos sexos no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambas mediciones.

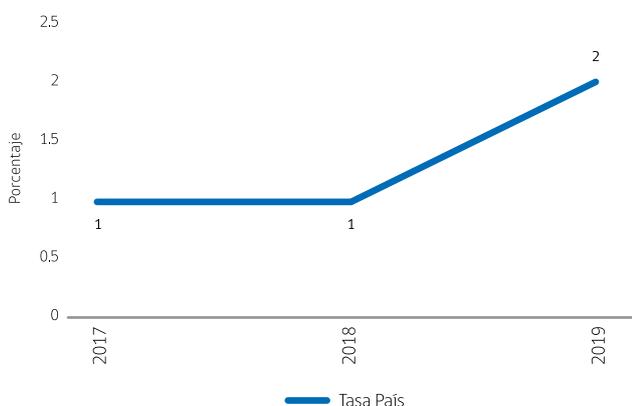
Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Prevalencia de uso consistente de condón en población de 15 a 19 años, activos sexualmente.	34,9%	42%	48,1%	37,1%

La promoción del sexo seguro y el uso consistente del condón es una política pública que se dirige a toda la población, pero en especial hacia los adolescentes y jóvenes. Para ello existe una oferta bien delimitada en la red pública de salud, de diversas estrategias que contribuyen a aumentar el conocimiento sobre sexualidad responsable, sexo seguro e iniciación sexual protegida. No obstante, esta oferta sólo está disponible para las y los adolescentes usuarios de la red, lo que plantea un desafío importante respecto de cómo extendemos estas políticas a los adolescentes no pertenecientes al sistema público, a fin de conseguir impactos poblacionales, como es el caso de la meta comprometida. Desde las SEREMI de Salud se realizan algunas acciones preventivas y promocionales destinadas a jóvenes, pero su nivel de impacto aún es muy bajo. Al año 2015 existe un avance discreto para este objetivo de impacto.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fortalecer la promoción de sexo seguro y prevención del VIH e ITS.	Tasa de consejería individual en los espacios amigables en adolescentes de 15 a 19 años bajo control.	Realizar 1 consejería por persona.	<b>Cumple</b>
	Tasa de entrega de preservativos en consejería individual en los espacios amigables en adolescentes de 15 a 19 años.	Entregar 2 preservativos por adolescente que accede a consejería individual en los espacios amigables de la atención primaria de salud.	<b>Avance Discreto</b>

**GRÁFICO 93:**

TASA DE CONSEJERÍA INDIVIDUAL EN LOS ESPACIOS AMIGABLES EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS BAJO CONTROL.



Fuente: DEIS, MINSAL

**GRÁFICO 94:**

TASA DE ENTREGA DE PRESERVATIVOS POR ADOLESCENTE QUE ACCEDE A CONSEJERÍA INDIVIDUAL EN LOS ESPACIOS AMIGABLES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.



Fuente: DEIS, MINSAL

Este indicador mide el acceso a consejería y entrega de condones en los espacios amigables. Estos han tenido un incremento en el tiempo, permitiendo el acceso a más jóvenes cada año.

Antes de 2019 no había diferenciación en las consejerías con entrega de PSV en Espacios Amigables, por edad, por eso se decidió usar el total de consejerías con entrega de PSV de 10 a 19 años (en Espacios Amigables).

A la fecha se dispone de 364 espacios Amigables, 100 de los cuales fueron incrementados para este año, cuya principal característica es encontrarse dentro de los Establecimientos Educativos, de manera exclusiva, realizando acciones de prevención y promoción en salud, con equipo profesional compuesto por Matrona, un profesional psicosocial y nutricionista.

Dado el contexto de pandemia y el cierre de Establecimientos Educativos, la estrategia propuesta para estos 100 nuevos Espacios, no pudo ser desarrollada.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Población informada sobre salud sexual y salud reproductiva.	Numero de campañas comunicacionales de alcance nacional con contenidos de salud sexual y salud reproductiva.	Realizar 2 campañas comunicacionales de alcance nacional con contenidos de salud sexual y reproductiva.	<b>Avance Discreto</b>

Este indicador buscaba que se llevaran a cabo 2 campañas comunicacionales de alcance nacional con contenidos de salud sexual y reproductiva al año, durante la década no presentó mayor avance y se mantuvo en una campaña comunicacional anual.

**TABLA 21:**  
NÚMERO DE CAMPAÑAS COMUNICACIONALES DE ALCANCE NACIONAL CON CONTENIDOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

Periodo	País (%)
2010	1
2011	1
2012	1
2013	1
2014	0
2015	1
2016	1
2017	1
2018	1

**Fuente:** Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS, DIPRECE.



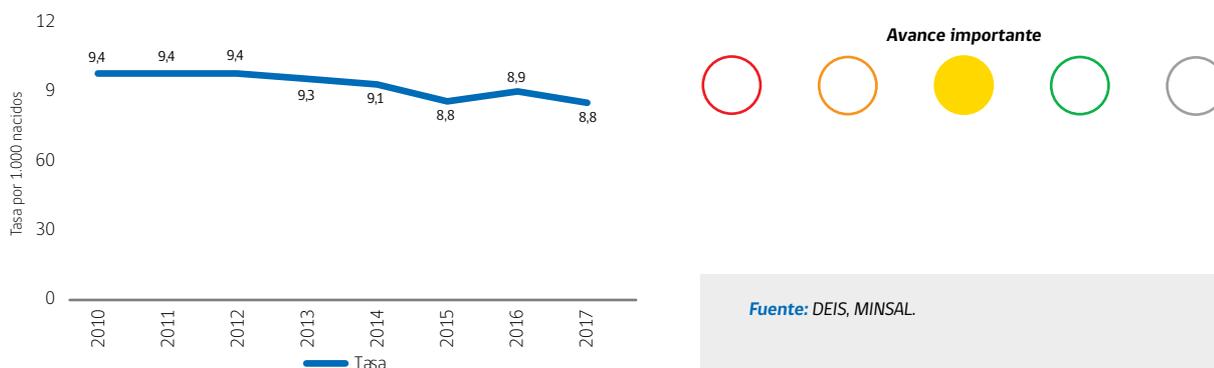
## EJE 4: CURSO DE VIDA

Objetivo de impacto	Indicador de impacto	Línea Base	Meta 2020	Evaluación final de periodo	Estado
Disminuir la mortalidad perinatal	Tasa de mortalidad perinatal	9,4 por 1.000 nacidos	8,7 por 1.000 nacidos	8,8 por 1.000 nacidos	Avance Importante
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevalencia de rezago en población menor de 5 años	16,4%	13,9%	18,3%	Retroceso
Disminuir la mortalidad por suicidio en adolescentes	Tasa de mortalidad por suicidio en población de 10 a 19 años	7,1 x 100.000	6,0 x 100.000 habitantes	3,8 x 100.000 habitantes	Cumple
Disminuir el embarazo adolescente	Tasa de fecundidad de mujeres de 10 a 19 años (desagregación por edad)	28,9 x 100.000 habitantes	26 x 100.000 habitantes	11,7 x 100.000 habitantes	Cumple
Disminuir la mortalidad por accidentes del trabajo	Tasa trienal de mortalidad por accidentes del trabajo	7,6 x 100.000 habitantes	4,6 x 100.000 habitantes	4,73 x 100.000 habitantes	Avance Importante
Mejorar las condiciones de salud y seguridad de la población trabajadora	Porcentaje de población trabajadora formal evaluada en riesgos psicosociales	7,7%	30%	11,6%	Avance Discreto
Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Porcentaje de mujeres climatéricas bajo control, con Menopause Rating Scale (MRS) aplicado, con puntaje menor a 15 puntos	46,1%	41,5%	40,5%	Cumple
Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Media de puntaje de discapacidad en población de 65 a 80 años	35,3 puntos	32 puntos	No disponible	No evaluable

## SALUD PERINATAL

### OBJETIVO DE IMPACTO: DISMINUIR LA MORTALIDAD PERINATAL.

GRÁFICO 95:  
TASA DE MORTALIDAD PERINATAL



Respecto al indicador del objetivo de impacto, existen altas probabilidades de que se logre (8,7 al 2020) toda vez que la tendencia estima que se debiese estar antes de la pandemia en un valor menor a la meta planteada. Si bien datos preliminares plantean que no existen variaciones respecto al número de defunciones fetales respecto del año 2019, hipotéticamente si puede presentar un retroceso puntual en el año 2020, dado la disminución de controles prenatales presenciales y efectos en gestantes de la primera mitad de la gestación por la pandemia de covid-19.

Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Tasa de mortalidad perinatal.	9,4 por 1.000 nacidos	8,7 por 1.000 nacidos	9,4 por 1.000 nacidos	8,8 1.000 nacidos

Respecto de la meta planteada, ésta se mantendrá sin que se logre, dado que en estrategias claves tales como la implementación del tamizaje de estreptococo grupo B y el control preconcepcional durante la década, no se logró generar un mecanismo que financiara desde nivel central la intervención (En 2020 se logro la inclusión del control preconcepcional en el per-capita). Esto probablemente se verá profundizado dado que el control preconcepcional durante la pandemia fue despriorizado como actividad presencial y a pesar de la priorización del control prenatal, este tuvo una caída en la presencialidad cercano a un 30%.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Implementar control pre concepcional en mujeres en edad fértil.	Porcentaje de controles pre concepcionales realizados sobre los controles de salud sexual y reproductiva en mujeres.	Lograr que al menos 5% de las mujeres se realicen un control preconcepcional (antes del embarazo).	<b>Avance Discreto</b>

Los controles preconcepcionales hasta el año 2019 se mantuvieron representando cerca del 1% del total de acciones de salud sexual y reproductiva realizadas en la atención primaria de salud. Predominantemente estas están relacionadas con demanda espontánea dado que al no presentar financiamiento dirigido, no se pudo intencionar un aumento en la programación en esta prestación. En el mismo tenor de lo explicado con anterioridad, se presume que durante 2020 este porcentaje sufrirá una disminución ante su despriorización dado el actual contexto de emergencia sanitaria (11).

**GRÁFICO 96:**

PORCENTAJE DE CONTROLES PRECONCEPCIONALES REALIZADOS SOBRE LOS CONTROLES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN MUJERES



Fuente: DEIS, MINSAL.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención.	Porcentaje de gestantes bajo control entre las 35 y 37 semanas con estudio de Estreptococo B.	Lograr que todas las mujeres embarazadas con factores de riesgo sean derivadas en forma oportuna del nivel primario a un centro de especialidad del nivel secundario u hospital.	<b>No evaluable</b>

Este es un indicador sin información. No obstante, a finales del año 2020 se logró la inclusión de este indicador en los registros estadísticos mensuales para el año 2021.

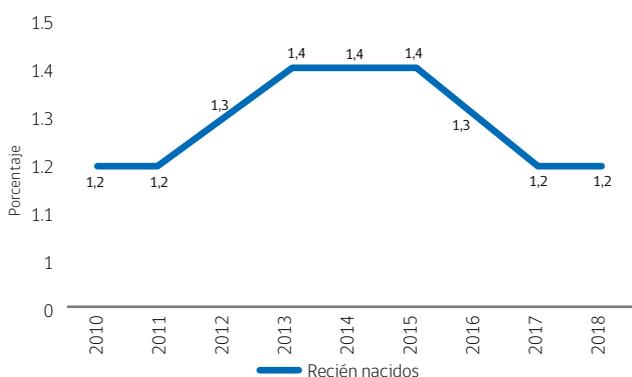
Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención.	Porcentaje de gestantes con factores de riesgo de parto prematuro que ingresan al nivel secundario.	Lograr que todas las mujeres embarazadas con factores de riesgo sean derivadas en forma oportuna del nivel primario a un centro de especialidad del nivel secundario u hospital.	<b>No evaluable</b>

Respecto a este indicador, el dato no pudo ser obtenido durante la década. Es desafío a futuro contar con mayor información para la correcta toma de decisiones.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fortalecer la cobertura y calidad de la Atención de la gestante en atención de especialidad abierta y atención cerrada.	Porcentaje de recién nacidos con peso al nacer menor de 1.500 grs.	Reducir la cantidad de recién nacidos con un peso menor a 1.500 gramos.	<b>Avance Discreto</b>

El porcentaje de recién nacidos con un peso al nacer menor de 1500 grs. fluctuó entre el 1,2 al 1,4% del total de nacidos vivos. Se presume que la estabilidad de este indicador sufra un aumento desde el año 2020 y durante la década futura, dado lo que la literatura científica ha comenzando a reportar que el parto prematuro puede ser un efecto perinatal vinculado a la actual emergencia sanitaria. Datos preliminares del año 2020 describen que de un total de 195.998 nacidos vivos, el 1,18% fueron nacidos vivos con un peso al nacer menor de 1.500 grs.

**GRÁFICO 97:**  
PORCENTAJE DE RECIÉN NACIDOS CON PESO AL NACER MENOR DE 1.500 GRs.

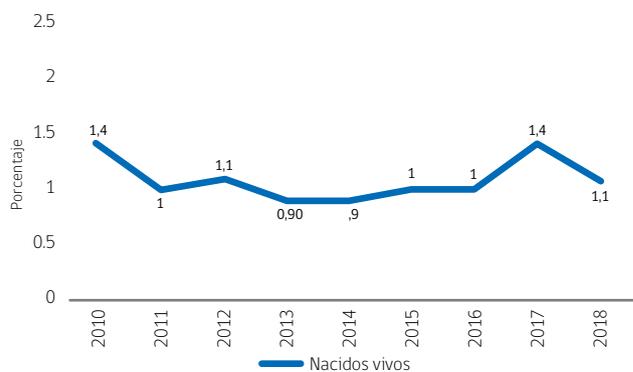


Fuente: DEIS, MINSAL

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fortalecer la cobertura y calidad de la Atención de la gestante en atención de especialidad abierta y atención cerrada.	Porcentaje de nacidos vivos con puntaje APGAR bajo (menor de 6 a los 5 minutos).	Reducir la cantidad de recién nacidos con APGAR menor a 6 a los 5 minutos.	<b>Avance Importante</b>

Según los datos disponibles, el porcentaje de nacidos vivos con puntaje APGAR bajo presenta una importante disminución durante la década, indicador que puede ser una señal positiva indirecta respecto del abordaje de la atención del trabajo de parto y parto. Se sugiere considerar para la próxima década la inclusión del reporte y registro en función del número de casos de encefalopatía hipóxico isquémica severa, dado que posee una mayor estandarización en su operacionalización y relevancia clínica para las unidades de Neonatología.

**GRÁFICO 98:**  
 PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS CON PUNTAJE APGAR BAJO (MENOR DE 6 A LOS 5 MINUTOS).



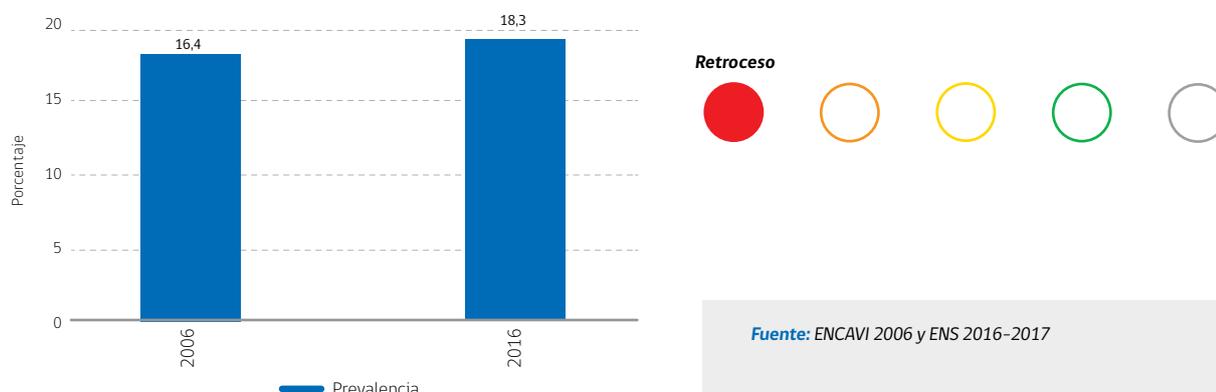
Fuente: DEIS, MINSAL.

(11) Chile. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas continuidad de atención en salud sexual y reproductiva en el contexto de Pandemia Covid-19. Santiago: MINSAL, 2020.

## ALTERACIONES EN EL DESARROLLO INFANTIL

### OBJETIVO DE IMPACTO: DISMINUIR LAS ALTERACIONES EN EL DESARROLLO INFANTIL.

**GRÁFICO 99:**  
PREVALENCIA DE REZAGO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS. CHILE, 2006 Y 2016



La línea base establecida para este objetivo de impacto es una prevalencia de rezago de 16,4% en los niños y niñas menores de 5 años. Esta definición se realiza en base a los resultados de las evaluaciones del desarrollo psicomotor realizadas en el contexto de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI), del año 2006. La comparación y monitoreo de mitad de periodo se realizó utilizando la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017.

Como se observa en el gráfico 99, al comparar estas dos encuestas poblacionales, la prevalencia de rezago aumenta en 1,9 puntos porcentuales entre ambos periodos, presentando un retroceso en el indicador planteado.

Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Prevalencia de rezago en población menor de 5 años.	16,4%	13,9%	18,3%	18,3%

Sin embargo, es necesario precisar que ambas encuestas presentan diferencias metodológicas que dificultan su comparación. Por otra parte, al evaluar otras categorías diagnósticas, se observa una disminución de 13,5% a un 9,9% de niños y niñas con resultados de retraso del desarrollo funcional. La importancia de lo anterior radica en que, si bien la categoría rezago aumenta, existe una disminución estadísticamente significativa entre los años 2006 y 2016 -2017 para niños y niñas menores de 5 años con retraso del desarrollo funcional, esta disminución se observa especialmente en el grupo de 3 años a 3 años 11 meses.

**GRÁFICO 100:**  
PREVALENCIA DE DESARROLLO FUNCIONAL NORMAL, REZAGO Y RETRASO TOTAL Y POR TRAMOS DE EDAD.



**Fuente:** Segunda entrega de resultados Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.

Lamentablemente las encuestas poblacionales se han realizado sin una continuidad que permita evaluar un comportamiento del indicador durante el período, por lo que se realiza una descripción de datos extraídos desde el REM A03 a modo de proxy, sin embargo, es necesario señalar que este dato sólo tiene relación con lo realizado en los establecimientos del sector público. En el gráfico 101 se muestra la proporción de evaluaciones con resultado “Rezago” del total de primeras evaluaciones realizadas en el sistema público en un año, donde se puede observar un aumento del indicador, desde el año 2019 al 2020, de 4,7% a 5,3% puntos porcentuales.

**GRÁFICO 101:**  
EVALUACIONES DEL DSM CON RESULTADO “REZAGO”. CHILE, 2011-2019.



**Fuente:** DEIS, MINSAL

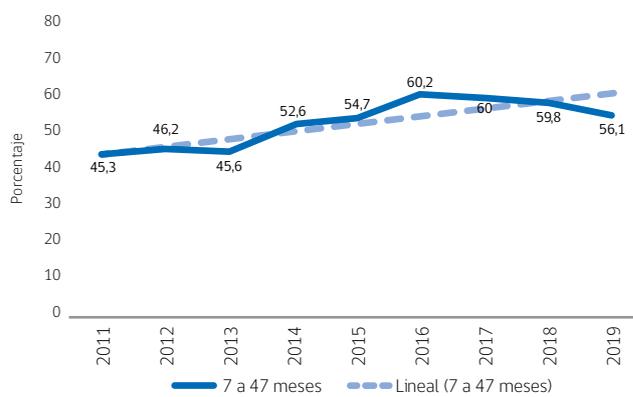
Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fortalecer la prevención de alteraciones del desarrollo en la primera infancia.	Porcentaje de niños y niñas bajo control en sector público de salud con instrumento aplicado para la evaluación del desarrollo psicomotor a los 8 meses.	Aumentar a 95% la cantidad de niños y niñas bajo control a los que se les ha aplicado evaluación de desarrollo psicomotor a los 8 meses.	<b>No evaluable</b>
	Porcentaje de niños y niñas bajo control en sector público de salud con instrumento aplicado para la evaluación del desarrollo psicomotor a los 18 meses.	Aumentar a 94% la cantidad de niños y niñas bajo control a los que se les ha aplicado evaluación de desarrollo psicomotor a los 18 meses.	<b>No evaluable</b>
	Porcentaje de niños y niñas bajo control en sector público de salud con instrumento aplicado para la evaluación del desarrollo psicomotor a los 36 meses.	Aumentar a 70% la cantidad de niños y niñas bajo control a los que se les ha aplicado evaluación de desarrollo psicomotor a los 36 meses.	<b>No evaluable</b>
	Porcentaje de recuperación de niños y niñas diagnosticados con rezago del desarrollo psicomotor.	Aumentar la cantidad de niños con déficit que se han recuperado a un 80%.	<b>No evaluable</b>
	Porcentaje de recuperación de niños y niñas diagnosticados con déficit.	Aumentar la cantidad de niños con déficit que se han recuperado a un 90%.	<b>No evaluable</b>

Los indicadores para este resultado esperado son no evaluables ya que presentan varias dificultades para realizar su medición dado que provienen de la fuente de dato REM. Entre ellas se encuentran que: se considera total de pautas aplicadas y se desconoce el total de niñas y niños evaluados, se refiere a tramos de edad y no a la que se específica en el indicador.

Por otra parte el indicador relacionado con déficit tiene una dificultad metodológica ya que el diagnóstico de déficit del desarrollo no corresponde a algún diagnóstico formal o validado por los instrumentos que se utilizan actualmente en el Sistema Público de Salud.

De los datos obtenidos se puede observar a modo de proxy en el gráfico 102 una tendencia al aumento de la recuperación de niños y niñas con diagnóstico de Rezago

**GRÁFICO 102:**  
ESTIMACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS RECUPERADOS DE "REZAGO". CHILE, 2011-2019

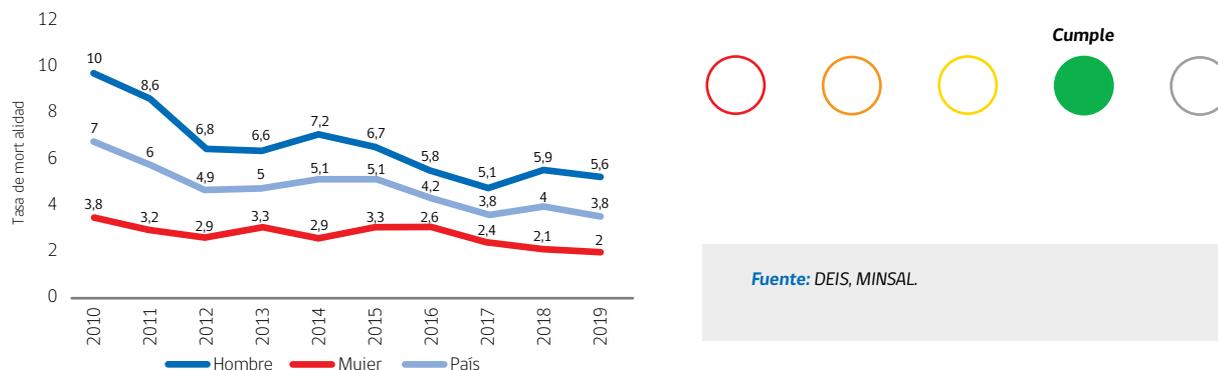


Fuente: REM-DEIS, MINSAL.

## SUICIDIO ADOLESCENTE

**OBJETIVO DE IMPACTO:  
DISMINUIR LA MORTALIDAD POR SUICIDIO EN ADOLESCENTES.**

**GRÁFICO 103:**  
TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO EN POBLACIÓN DE 10 A 19 AÑOS.



El objetivo de impacto de disminuir la mortalidad por suicidio en adolescentes se cumplió durante la década.

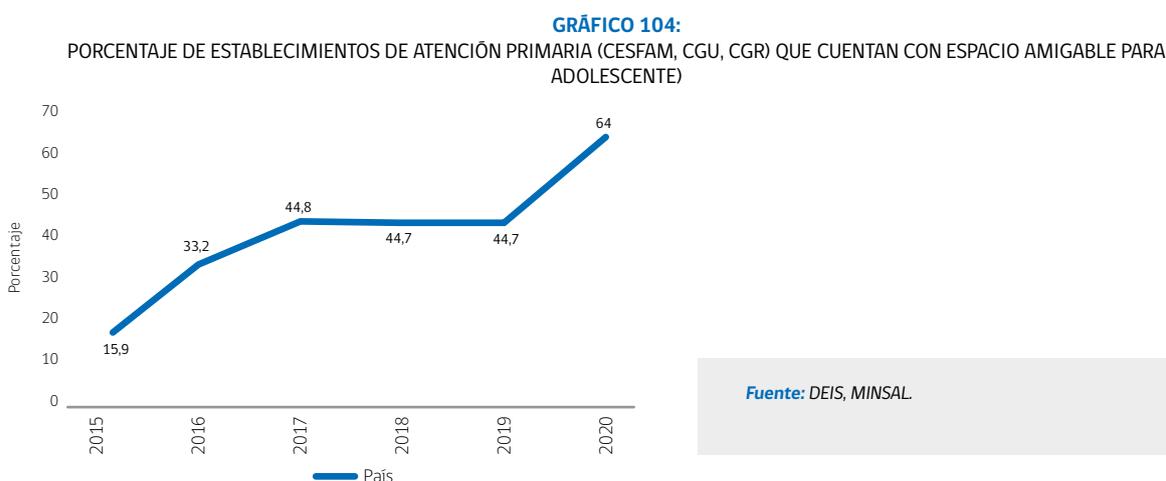
Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Tasa de mortalidad por suicidio en población de 10 a 19 años.	7,1 x 100.000	6,0 x 100.000 habitantes	5,1 x 100.000 habitantes	3,8 x 100.000 habitantes

Si bien los factores o causas asociadas al fenómeno del suicidio son múltiples, se debe destacar que existen intervenciones que contribuyen a la disminución y actual estabilización de la tasa general y en ambos sexos, a saber:

- Mayor concientización de la ciudadanía acerca del suicidio, señales de alerta y donde buscar ayuda.
- Importante trabajo ha realizado las SEREMIS de Salud en esta línea.
- Generación de campañas en medios de comunicación respecto a violencia en las relaciones de pareja adolescente y ciberacoso y sus consecuencias.
- Fortalecimiento de las instancias de detección del riesgo suicida en Atención Primaria y Establecimientos Educativos, fundamentales para un abordaje oportuno.
- Desarrollo de políticas públicas para la prevención de la violencia, acoso escolar y discriminación a grupos específicos.
- Implementación de líneas de ayuda remota para la atención por riesgo suicida, como son Salud Responde y Todo Mejora. Esta última específica para adolescentes.
- Fortalecimiento de los protocolos de actuación en la red pública de salud para el abordaje oportuno de casos de riesgo suicida.
- Implementación de sistemas de vigilancia de los intentos de suicidio, alimentados por las notificaciones de intentos de las urgencias del país. Sistemas, que, a pesar de que se han implementado de manera heterogénea y muchas veces rudimentaria en el país, han permitido el análisis de perfiles de riesgo y el seguimiento para la correcta gestión de casos.

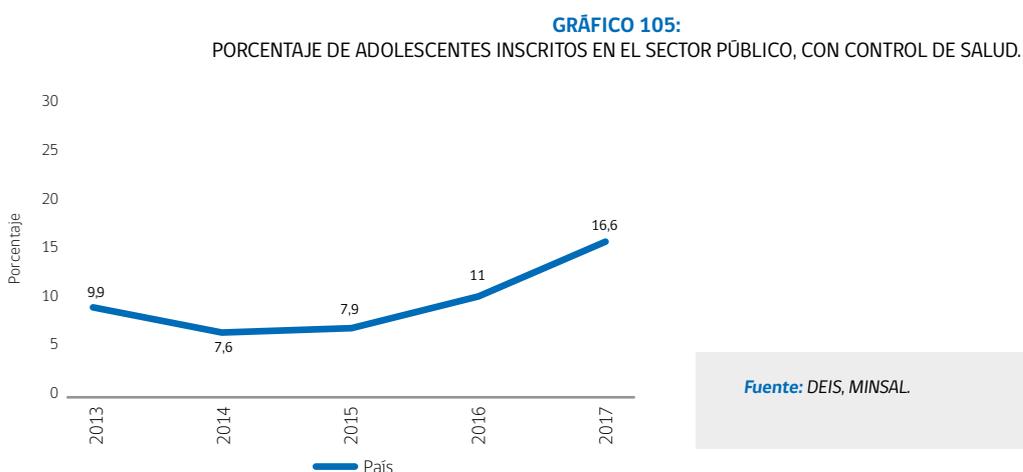
Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar los niveles de cobertura y calidad de la atención del control de salud integral del adolescente.	Porcentaje de establecimientos de atención primaria (CESFAM, CGU, CGR) que cuentan con al menos 1 espacio amigable (EA) para adolescentes.	Lograr que todos los establecimientos de atención primaria de salud tengan un espacio amigable para adolescente.	<b>Avance Importante</b>

Según la información de los registros DEIS, ha existido un aumento en el nivel de cobertura y calidad de la atención del control de salud integral del adolescente, el cual se debe a la correcta ejecución de los fondos presupuestarios para la implementación en CESFAM, CGU, CGR. Esto permitió la contratación de profesionales destinados a la atención de adolescentes, conforme los espacios amigables aumentaban.



Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar los niveles de cobertura y calidad de la atención del control de salud integral del adolescente.	Porcentaje de adolescentes inscritos en el sector público, con control de salud.	Aumentar en 30% los y las adolescentes inscritos en sector público con control de salud integral.	<b>Avance Discreto</b>

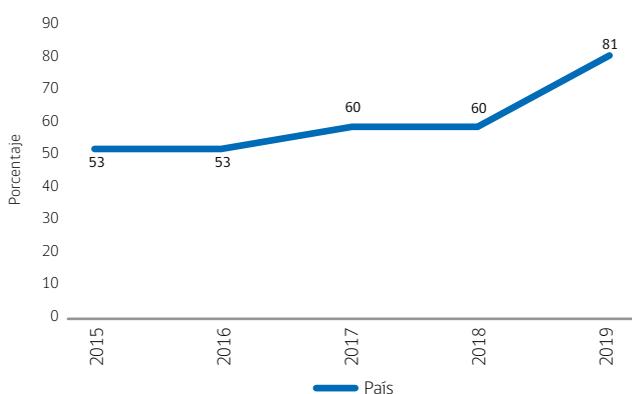
El aumento en el número de controles de adolescentes, puede deberse a la difusión a nivel local por parte de los servicios y SEREMI, respecto a la existencia de un espacio para la atención integral de adolescentes y sus prestaciones.



Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fomentar la vigilancia del intento suicida en adolescentes.	Porcentaje de SEREMIS con sistema de vigilancia de suicidio implementados.	Implementar sistemas de vigilancia en todas las SEREMI del país.	<b>Avance importante</b>

La implementación de los sistemas de vigilancia en las SEREMIS de Salud fue una de las líneas prioritarias a desarrollar dentro de las demás líneas del Programa Nacional de Prevención de Suicidio. A pesar de las brechas de horas profesionales en las SEREMIS de Salud, en muchos casos sin contraparte en Departamento de Epidemiología en las regiones, se logró avanzar en la implementación de sistemas, que, aunque rudimentarios, permitieron recabar información relevante para identificar perfiles de riesgo y focalizar las estrategias de intervención en algunas poblaciones, como fue en estudiantes en general, en adolescentes de programas SENAME o en mujeres víctimas de violencia. También se avanzó en la gestión de casos notificados en coordinación con los Servicios de Salud y la implementación de protocolos para la oportuna atención.

**GRÁFICO 106:**  
PORCENTAJE DE SEREMIS CON SISTEMA DE VIGILANCIA DE SUICIDIO IMPLEMENTADOS.



**Fuente:** Departamento de Salud Mental, DIPRECE.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fomentar la vigilancia del intento suicida en adolescentes.	Porcentaje de profesionales de centros de salud APS capacitados en detección del riesgo suicida.	Capacitación a 20% de los profesionales de salud de la atención primaria en detección del riesgo suicida.	<b>Retroceso</b>

El indicador planteado para este resultado esperado no cumplió la meta propuesta para la década y se encuentra en estado de retroceso, es decir, en peor condición que la línea base. Es importante que se analicen e identifiquen las causas para subsanarlas en un futuro plan de salud.

**GRÁFICO 107:**  
PORCENTAJE DE PROFESIONALES DE CENTROS DE SALUD APS CAPACITADOS EN DETECCIÓN DEL RIESGO SUICIDA.

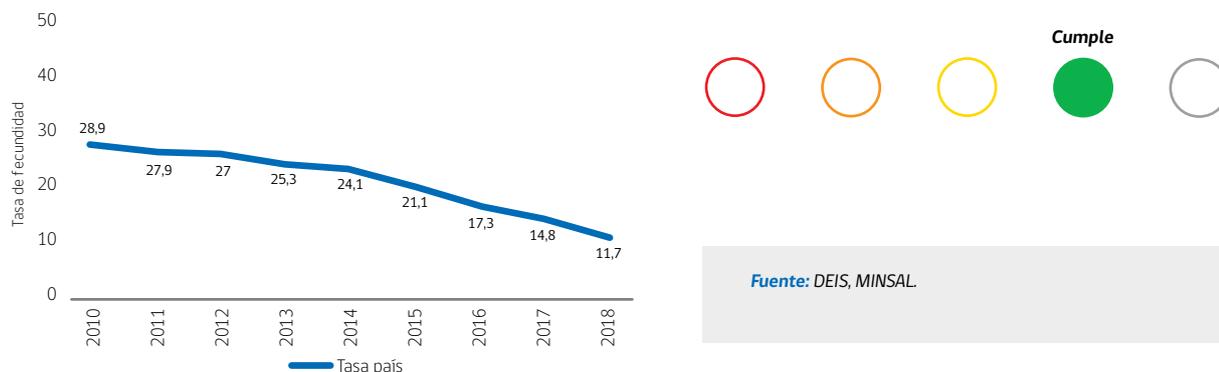


Fuente: Departamento de Salud Mental, DIPRECE.

## EMBARAZO ADOLESCENTE

### OBJETIVO DE IMPACTO: DISMINUIR EL EMBARAZO ADOLESCENTE.

GRÁFICO 108:  
TASA DE FECUNDIDAD DE MUJERES DE 10 A 19 AÑOS.



El indicador propuesto para evaluar el tema embarazo adolescente cumplió con la meta definida para la década, y es necesario dar cuenta de las intervenciones que se realiza el sector salud para contribuir a estos resultados.

Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Tasa de fecundidad de mujeres de 10 a 19 años (desagregación por edad).	28,9 x 100.000	26 x 100.000 habitantes	24,1 x 100.000 habitantes	11,7 x 100.000 habitantes

A continuación, se indican intervenciones que se han realizado para contribuir al logro de la meta de disminuir el embarazo adolescente:

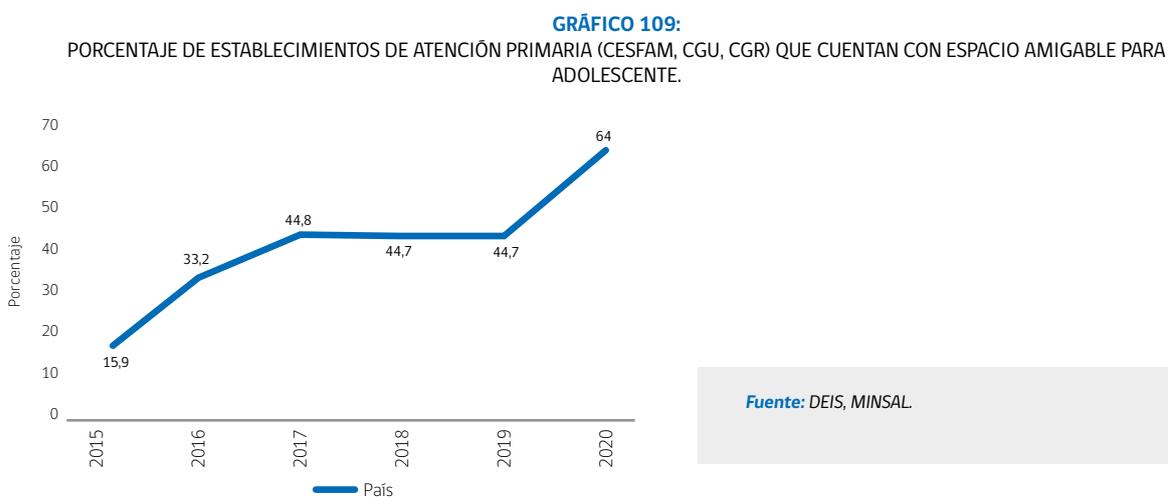
- Acceso a servicios de salud sexual reproductiva, disponibles en los Espacios Amigables para la atención de adolescentes, instalados en todo el territorio.
- Aumento en el acceso de adolescentes de 10 a 19 años a métodos de regulación de fertilidad, con una población bajo control a diciembre 2018 de 220.730 adolescentes, lo que equivale a 14,5% del total de población en control.
- Disponibilidad y acceso a la Píldora de Anticoncepción de Emergencia y acceso a consejerías en salud sexual y reproductiva en el marco del cumplimiento de la Ley N° 20.418.
- Disponibilidad de métodos anticonceptivos gratuitos de larga duración para adolescentes, en Atención Primaria de Salud (implantes y dispositivos intrauterinos).
- Entrega de preservativos y consejerías para prevención de embarazo adolescente e Infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA.
- Chile asume el año 2010 la responsabilidad en la línea de trabajo de "Participación ciudadana del grupo de adolescentes y jóvenes", en el contexto del Plan Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente no Deseado (PLANEA), mandatado por la REMSAA 2017 (Reunión de Ministros de Salud del Área Andina), desarrollando y propiciando desde esa fecha, estrategias y espacios participativos para un involucramiento

efectivo de los y las adolescentes en las acciones orientadas a la disminución del embarazo adolescente. Lo anterior se traduce en la creación del Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes el año 2010 vía resolución Exenta N° 65, y actualizado el año 2020 en la Resolución Exenta N° 01.

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, basadas en evidencia científica, para la reducción del embarazo en adolescentes son: educación sexual integral, servicios de salud sexual y reproductiva accesibles, disposición y acceso a métodos anticonceptivos. De éstas, MINSAL ha adoptado las que competen al sector, además de reconocer que estas intervenciones no deben desarrollarse de manera aislada.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fortalecer la Cobertura y Calidad de los servicios de salud amigables para adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva.	Porcentaje de establecimientos de APS (CESFAM, CGU, CGR) que cuentan con al menos 1 espacio amigable (EA) para adolescente.	Lograr que todos los establecimientos de atención primaria de salud tengan un espacio amigable para adolescente.	<b>Avance importante</b>

La implementación de Espacios Amigables (EA) en establecimientos de Atención Primaria del país, se incorpora como meta en la Estrategia Nacional de Salud (ENS) 2011-2020 "Contar con un Espacio Amigable para Adolescentes (EA) en el 100 % de los Centros de Salud Primaria". Al 2020 se dispone de 364 espacios Amigables, 100 de los cuales fueron aprobados para su implementación durante el 2020. Estos nuevos Espacios Amigables se instalaron en Establecimientos Educativos y en comunas que no contaban hasta ahora con el Programa. Al equipo profesional habitual, se incorporó nutricionista con 8 horas semanales. Dada la situación de pandemia y el cierre temprano de los establecimientos educativos, los nuevos Espacios Amigables no pudieron ser implementados.



El objetivo de la estrategia es mejorar el acceso de los y las adolescentes a la atención de salud integral, principalmente en los ámbitos de salud sexual y reproductiva y salud mental, fortalecer conductas protectoras, potenciar un desarrollo y crecimiento saludable e intervenir oportunamente factores y conductas de riesgo. La contratación de profesionales matrona/ón, enfermera/o y profesional psicosocial ha permitido la realización de las siguientes actividades: acciones clínicas; control de salud integral, atención espontánea y atención programada, priorizándose prestaciones de consejería en temática de salud sexual y reproductiva (prevención

del embarazo, métodos de regulación de la fertilidad, anticoncepción, prevención ITS/VIH/SIDA, entre otros) y consulta de salud mental, intervención motivacional para el consumo de alcohol y drogas.

Las actividades promocionales de educación, modalidad taller se realizan principalmente en coordinación con establecimientos educacionales, abordándose temáticas para el autocuidado y fortalecimiento de factores y conductas protectoras y prevención de conductas de riesgo.

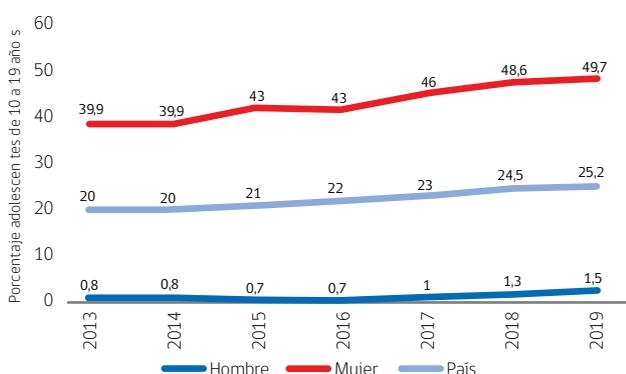
Los Espacios Amigables también promueven la participación juvenil a través de consejos consultivos de adolescentes y jóvenes y la formación de promotores de salud.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fortalecer la Cobertura y Calidad de los servicios de salud amigables para adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva.	Porcentaje de adolescentes (10-19 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de regulación de la fertilidad.	Alcanzar que 41% de los y las adolescentes inscritos en atención primaria de salud y activos sexualmente usen métodos anticonceptivos.	<b>Avance Discreto</b>

Con respecto al control de salud, éste permite pesquisar oportunamente conductas de riesgo y necesidades en salud de adolescentes, alcanzando una cobertura en el año 2019 de 17,38% (328.920) de población inscrita de 10 a 19 años en Atención Primaria (1.891.698).

En relación al indicador “adolescentes (10-19 años) inscritos en centros de salud y sexualmente activos que usan métodos de regulación de fertilidad”, el incremento ha sido sostenido, en cuanto a la cobertura de anticoncepción en población adolescente, destacando sobre todo el caso de las mujeres. En la última década las barreras de acceso han disminuido por la instalación de un modelo de atención integral, con enfoque de derechos, la vigencia de la Ley 20.418, más servicios con énfasis en la salud sexual y reproductiva, los Espacios Amigables y el arsenal de métodos anticonceptivos, varios de ellos de larga duración (implantes subdérmicos, dispositivos intrauterinos), y entrega gratuita para la población beneficiaria (80% del total).

**GRÁFICO 110:**  
PORCENTAJE DE ADOLESCENTES (10-19 AÑOS) INSCRITOS EN CENTROS DE SALUD Y SEXUALMENTE ACTIVOS QUE USAN MÉTODOS DE REGULACIÓN DE FERTILIDAD



Fuente: DEIS, MINSAL

## MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRABAJO

### OBJETIVO DE IMPACTO: DISMINUIR LA MORTALIDAD POR ACCIDENTES DEL TRABAJO.

**TABLA 22:**  
TASA TRIENAL DE ACCIDENTES LABORALES FATALES POR CADA 100.000 PERSONAS OCUPADAS

Trienio	Tasa trienal de accidentes laborales fatales
2010 - 2012	6,62
2013 - 2015	5,75
2016 - 2018	4,73



Fuente: DEIS, MINSAL.

El indicador propuesto para evaluar este objetivo de impacto es la tasa promedio trienal de mortalidad por accidentes del trabajo, considerando en el numerador la base de datos de accidentes fatales y en el denominador la población ocupada según INE (Encuesta de Empleo).

Este se encuentra en estado de avance importante, mostrando una disminución significativa.

Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Tasa trienal de mortalidad por accidentes del trabajo.	7,6 x 100.000 Habitantes	4,6 x 100.000 habitantes	5,7 x 100.000 habitantes	4,73 x 100.000 habitantes

**GRÁFICO 111:**  
TASA ANUAL DE MORTALIDAD POR ACCIDENTES DEL TRABAJO.



Fuente: DEIS, MINSAL.

La meta comprometida fue disminuir 40% la tasa promedio de los últimos 3 años de mortalidad por accidentes de trabajo y, cabe señalar que al observar la tasa anual de mortalidad por accidentes del trabajo de estos años y comparando con los registros del año 2010, presentan una disminución de un 51,5% respecto del año base. Es necesario recordar que los resultados de los años 2018 y 2019 proporcionados por DEIS son parciales dado que se encuentra pendiente los respectivos procesos de validación de estos.

Las tasas de accidentes del trabajo fatales registradas por el DEIS difieren de las cifras entregadas por la

Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) para igual período. Ello podría responder a que las estadísticas MINSAL consideran a los y las trabajadoras desprotegidos y/o antecedentes aportados en el marco de la investigación.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mantener a la población trabajadora, protegida e informada sobre los riesgos inherentes a su actividad laboral.	Porcentaje de fiscalización documental de las empresas adherentes, a los organismos administradores de la Ley 16.744 (incluye comunicación de riesgo) y sus programas preventivos.	Aumentar a 5% la cantidad de empresas (adherentes a organismos administradores de la Ley 16.744) que son fiscalizadas, incluyendo sus programas preventivos y comunicación de riesgo.	<b>Cumple</b>

**TABLA 23:**  
PORCENTAJE DE COBERTURA DE FISCALIZACIÓN DOCUMENTAL A EMPRESAS ADHERENTES A LOS OA DE LA LEY 16.744.

Año	2017	2018	2019	2020
Nº Fiscalizaciones	288	1250	2077	694
%	100%	100%	100%	100%

*Fuente: MIDAS, MINSAL.*

Este indicador busca cumplir con la meta de aumentar a 5% la cantidad de empresas que son fiscalizadas en cuanto a sus programas preventivos y comunicación de riesgo.

Durante el año 2016, el Departamento de Salud Ocupacional en conjunto con TIC del MINSAL a través del Equipo MIDAS, desarrolló un módulo de Fiscalización que interactúa con una Aplicación Móvil para fiscalización en terreno. Por tanto, los reportes de fiscalización Documental relacionados con seguridad y salud en el trabajo y sobre condiciones ambiental básicas en los lugares de trabajo de acuerdo al D.S Nº594, comienzan a partir el año 2017.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mantener a la población trabajadora, protegida e informada sobre los riesgos inherentes a su actividad laboral.	Porcentaje de casos de accidentes laborales graves notificados, según criterio de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), que cuentan con investigación y registro en SINAIISO.	Mantener la investigación y registro de 60% de accidentes laborales graves no fatales notificados.	<b>Cumple</b>

En relación al indicador relacionado con los accidentes laborales graves se observa que desde el año base, hasta el año 2017, la meta propuesta para el registro e investigación en SINAIISO se logra cumplir, logrando aumentar este indicador desde un 74,5% a un 97,1% para el año 2017. Cabe señalar que para los años 2018-2019, No se cuenta con los datos de las investigaciones y registro en SINAIISO, dado que, en junio de 2019, los accidentes

dejaron de registrarse en SINAISO para dar inicio a su registro en MINSATEP de la plataforma Modernización de la Información Digital de la Autoridad Sanitaria (MIDAS).

GRÁFICO 112:

PORCENTAJE DE CASOS DE ACCIDENTES LABORALES GRAVES NOTIFICADOS, SEGÚN CRITERIO DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL (SUSESOS) QUE CUENTAN CON INVESTIGACIÓN Y REGISTRO EN SINAISO.



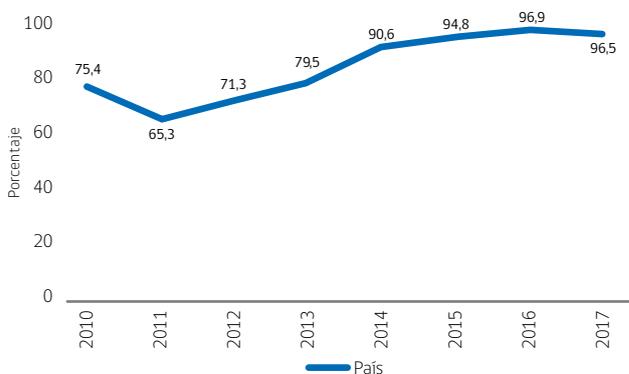
Fuente: DEIS, MINSAL.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mantener a la población trabajadora, protegida e informada sobre los riesgos inherentes a su actividad laboral.	Porcentaje de casos de accidentes laborales fatales notificados, que cuentan con investigación y registro en SINAISO.	Mantener la investigación y registro de 100% de accidentes laborales fatales notificados.	<b>Avance Importante</b>

En relación al indicador relacionado con los accidentes laborales fatales, se observa que desde el año base, hasta el año 2017, la meta propuesta para el registro e investigación en SINAISO presenta un avance importante, logrando aumentar este indicador desde un 75,4% a un 96,5% para el año 2017.

GRÁFICO 113:

PORCENTAJE DE CASOS DE ACCIDENTES LABORALES FATALES NOTIFICADOS, QUE CUENTAN CON INVESTIGACIÓN Y REGISTRO EN SINAISO.



Fuente: DEIS, MINSAL.

Tal como se señaló para los accidentes laborales fatales, para los años 2018-2019, no se cuenta con los datos de las investigaciones y registro en SINAISO, dado que, en junio de 2019, los accidentes dejaron de registrarse en SINAISO para dar inicio a su registro en MINSATEP de la plataforma Modernización de la Información Digital de la Autoridad Sanitaria (MIDAS), ya que actualmente esta información se encuentra en proceso de validación. Respecto del grado de cumplimiento de estos dos indicadores, es necesario señalar que la dificultad para dar

cumplimiento con el 100% de las investigaciones de accidentes laborales graves y/o fatales está vinculado a situaciones tales como la distancia geográfica del lugar de ocurrencia de los accidentes respecto de las oficinas provinciales y regionales, lo que dificulta desplazamiento y por tanto, la investigación de éstos. De esta misma forma, los accidentes de tránsito (trayecto) no siempre pueden ser investigados porque ocurren en la vía pública y la alteración de las condiciones bajo las cuales ocurrió el accidente.

Es necesario señalar que, durante el año 2019, según datos de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO, 2019) la cobertura de la Ley 16.744 se vio incrementada en forma importante, alcanzando un 73% de la fuerza laboral. Esto debido a la incorporación obligatoria de los trabajadores/as independientes a honorarios.

Como indican las cifras, los indicadores de accidentabilidad laboral van en disminución, alcanzando la meta que según la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo se propuso: un 3%.

Con el fin de proteger a los trabajadores y trabajadoras del país, asegurando su salud y la seguridad en el trabajo, el Ministerio de Salud ha desarrollado un trabajo intersectorial permanente con el Ministerio del Trabajo. En este contexto en el año 2016 se firmó el decreto que aprobó la "Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo". Los propósitos de esta iniciativa apuntan a desarrollar y promover una cultura preventiva, incorporando la prevención y promoción de la seguridad y salud en el trabajo en el sistema educativo y en los programas de formación de competencias laborales, además de perfeccionar el marco normativo.

Esta política ha sido fruto de un trabajo conjunto entre la Subsecretaría de Previsión Social y la Subsecretaría de Salud Pública. Para su elaboración se realizó un proceso de consulta enmarcado en un diálogo participativo, el que recogió la opinión de las organizaciones más representativas de trabajadores (CUT), empleadores (CPC), e instituciones públicas relacionadas con los temas de seguridad y salud en el trabajo.

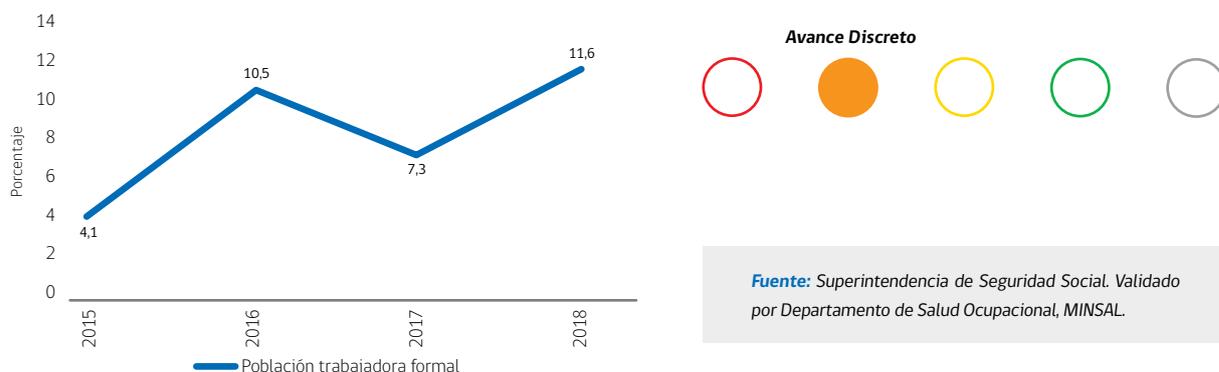
Respecto de la fiscalización en Seguridad y Salud en el Trabajo, en Chile existen dos instituciones que actualmente fiscalizan los sectores productivos: las SEREMI de Salud y la Dirección del Trabajo. Además de otras instituciones sectoriales que cumplen una función especializada y puntual (SERNAGEOMIN, SAG, SEC, DIRECTEMAR).

Es importante considerar el fortalecimiento y mayor coordinación de las instituciones fiscalizadoras en materia de SST, teniendo en cuenta que han existido numerosas iniciativas de coordinación intersectorial que han demostrado las ventajas de un trabajo conjunto, creando sinergias en ámbito de la fiscalización y en las estrategias preventivas, comunicacionales y en el desarrollo de cultura preventiva en los sectores más vulnerables. Ejemplos de aquello son los programas de fiscalización conjunta que realizan salud y trabajo en la temporada agrícola, y a través de las mesas de erradicación de la silicosis, buceo, plaguicidas y construcción.

## ENFERMEDADES PROFESIONALES

### OBJETIVO DE IMPACTO: MEJORAR LAS CONDICIONES DE SALUD Y SEGURIDAD DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA.

**GRÁFICO 114:**  
PORCENTAJE DE POBLACIÓN TRABAJADORA FORMAL EVALUADA EN RIESGOS PSICOSOCIALES



La meta comprometida fue que el 30% de la población trabajadora formal fuera evaluada en materia de riesgos psicosociales.

La información disponible da cuenta del total de cuestionarios aplicados en la población trabajadora en el período 2015-2018 que corresponde a 1.852.571 cuestionarios aplicados.

Por lo tanto, en el periodo 2015-2018 al 33,5 % de la población trabajadora se le aplicó cuestionario en materia de riesgos psicosociales. En este sentido el estado de avance del indicador es discreto.

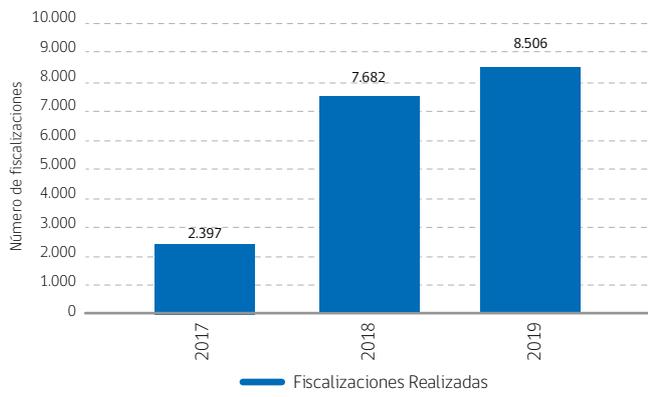
Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Porcentaje de población trabajadora formal evaluada en riesgos psicosociales.	7,7%	30%	7,7%	11,6%

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Verificar el cumplimiento de los riesgos protocolizados por parte de las empresas y organismos administradores de la ley 16.744.	Número de fiscalizaciones realizadas.	Aumentar a 9.000 las fiscalizaciones de riesgos protocolizados.	<b>Avance Importante</b>

La meta de este indicador fue aumentar a 9.000 las fiscalizaciones de riesgos protocolizados, este presentó un avance importante durante la década.

Los datos corresponden a las fiscalizaciones realizadas a través de la plataforma MIDAS, cuya implementación, en las SEREMIS de Salud, comenzó el año 2017.

**GRÁFICO 115:**  
NÚMERO DE FISCALIZACIONES REALIZADAS



Fuente: Departamento de Salud Ocupacional.

## SALUD DE LA MUJER CLIMATÉRICA

### OBJETIVO DE IMPACTO: MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER EN EDAD DE CLIMATERIO.

GRÁFICO 116:

PORCENTAJE DE MUJERES CLIMATÉRICAS BAJO CONTROL, CON MENOPAUSE RATING SCALE (MRS) APLICADO, CON PUNTAJE ELEVADO.



**Fuente:** Superintendencia de Seguridad Social. Validado por Departamento de Salud Ocupacional, MINSAL.

Para este objetivo de impacto, se planteó como meta disminuir en 10% las mujeres que presentan puntaje elevado en la pauta MRS y esta meta se cumple para la década, aunque en 2019 se observa un aumento en relación a los años anteriores, lo que podría estar relacionado con el aumento de cobertura de aplicación de la pauta.

Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Porcentaje de mujeres climatéricas bajo control, con Menopause Rating Scale (MRS) aplicado, con puntaje menor a 15 puntos.	46,1%	41,5%	39%	40,5%

Durante la década se han realizado múltiples acciones con el fin de lograr el objetivo de impacto, sin embargo se debe avanzar en continuar aumentando la aplicación del instrumento MRS que evalúa sintomatología climatérica.

Es necesario tener en cuenta que la fuente de este indicador es REM, lo que es una falencia del indicador, dado que esta fuente se encuentra limitada a la población FONASA que se encuentra inscrita y bajo control en los centros de salud, además, es una fuente que puede presentar errores en su registro.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Detectar oportunamente el deterioro de la calidad de vida de las mujeres de 45 a 64 años de edad.	Porcentaje de mujeres bajo control de climaterio, con pauta MRS aplicada, con puntaje elevado.	Lograr que menos de 15% de las mujeres en edad climatéricas muestre un alto deterioro en su calidad de vida según pauta de evaluación.	<b>Retroceso</b>

Se estima que este retroceso puede estar relacionado a factores de implementación que tienen que ver, por ejemplo, con el aumento progresivo de aplicación del instrumento MRS que evalúa sintomatología climatérica, pasando de un 2,4% de cobertura en 2012 a 38,3% en 2019 (Cabe destacar que este dato no se registraba en años anteriores).

**GRÁFICO 117:**  
PORCENTAJE DE MUJERES BAJO CONTROL DE CLIMATERIO, CON PAUTA MRS APLICADA, CON PUNTAJE ELEVADO.



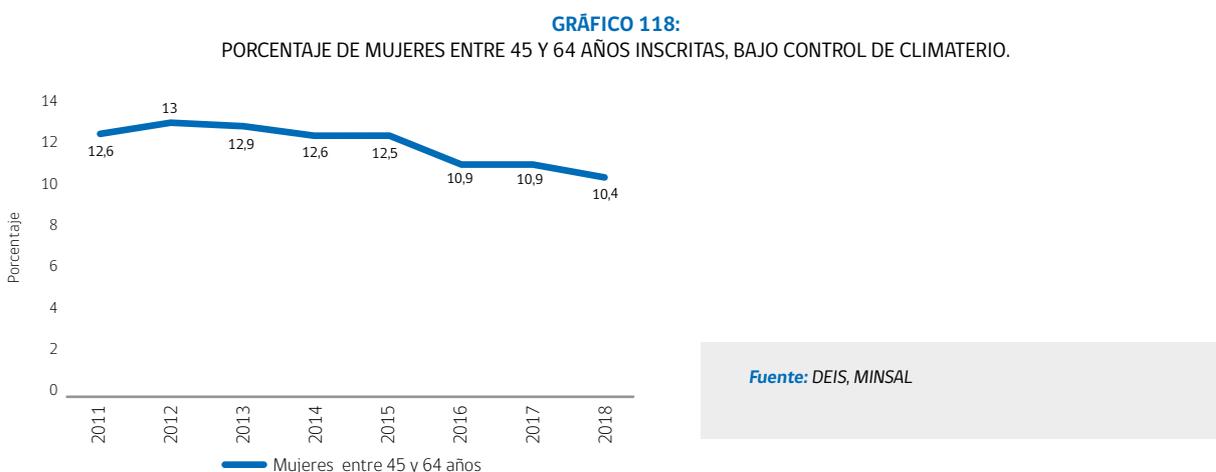
Fuente: DEIS, MINSAL

Lo anterior, junto con la publicación de las Orientaciones Técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en el Nivel Primario de la Red de Salud han permitido mejorar la capacidad de diagnóstico de sintomatología climatérica, aumentando la sensibilidad de los equipos y mejorando la reportería en esta materia. Otro aspecto relacionado al instrumento MRS se estima que pudo afectarse por la cobertura, ya que, aunque se ha aumentado se aplica solo a mujeres que presentan algún síntoma, lo que puede influir directamente en la proporción de mujeres reportada con alta afectación de su calidad de vida en relación al síndrome climatérico. Además, se deben considerar que sumado a otros factores como, la dificultad de indicación y entrega de Terapia Hormonal de la Menopausia y las brechas en disponibilidad de horas de especialistas y exámenes necesarios para su indicación, han impactado en el manejo integral de las mujeres en edad de climaterio, lo que ha impuesto dificultades al logro de este objetivo.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Aumentar la cobertura de controles de salud, de la mujer en edad de climaterio.	Porcentaje de mujeres entre 45 y 64 años inscritas, bajo control de climaterio.	Aumentar a 30% la cantidad de mujeres inscritas entre 45 a 64 años que se realicen controles de climaterio.	<b>Retroceso</b>

Para mejorar la calidad de vida de las mujeres en edad climaterica y disminuir los factores de riesgos se considera necesario aumentar la cobertura de los controles de salud en este grupo de edad, sin embargo, la meta propuesta para este indicador se encuentra en estado de retroceso.

Cabe señalar que durante la década ha existido un aumento de población femenina en este tramo de edad, es por ello que se debe tener en cuenta en un próximo plan que las acciones planteadas sean suficientes para enfrentar los diversos cambios demográficos de la población.



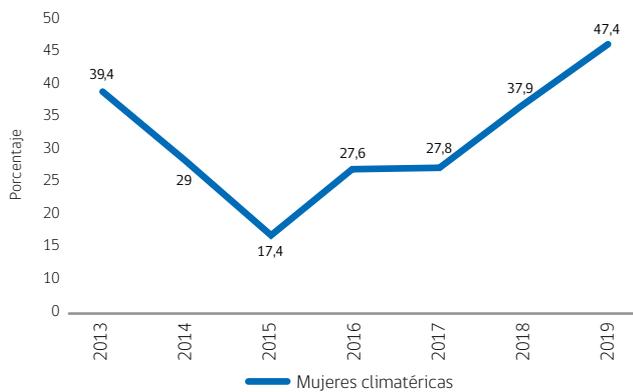
Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar la calidad de atención de las mujeres en edad de climaterio.	Porcentaje de mujeres de 45-64 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva.	Aumentar a 15% o más las mujeres de 45-64 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva.	<b>No evaluable</b>
Mejorar la calidad de atención de las mujeres en edad de climaterio.	Porcentaje de mujeres bajo control por climaterio con MRS elevado, con TRH según orientaciones técnicas.	Aumentar a ≥70% el porcentaje de mujeres bajo control por climaterio con MRS elevado, con TRH según orientaciones técnicas.	<b>Avance discreto</b>

El indicador presenta un avance discreto durante la década, lo que podría estar explicado por una brecha en la disponibilidad de recursos físicos, económicos y humanos. Si bien ha existido un avance respecto a la disponibilidad de ecografías ginecológicas, arsenal farmacológico para Terapia Hormonal de la Menopausia, exámenes requeridos para decidir plan de manejo, entre otros, aun su avance es heterogéneo a nivel comunal dado los mecanismos de financiamiento (principalmente programas de reforzamiento).

Y a las dificultades para prescripción de THM, pues para lograr la prescripción de esta terapia hormonal se requiere de profesionales capacitados para hacerlo, es decir, matronas capacitadas y médicos. Es por eso que la falta de horas médicas en APS y la alta rotación de profesionales capacitados (sobre todo médicos) en esta área son las principales limitaciones de la prescripción, lo que dificulta el manejo integral y el impacto positivo esperado en la calidad de vida de las mujeres en edad de climaterio.

GRÁFICO 119:

PORCENTAJE DE MUJERES BAJO CONTROL POR CLIMATERIO CON MRS ELEVADO, CON TRH SEGÚN ORIENTACIONES TÉCNICAS.



Fuente: DEIS, MINSAL

## ESTADO FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES

### OBJETIVO DE IMPACTO: MEJORAR EL ESTADO FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES.



Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Media de puntaje de discapacidad en población de 65 a 80 años.	35,3 puntos	32 puntos	Sin dato disponible	Sin dato disponible

La meta de impacto no es evaluable dada las definiciones metodológicas del indicador. Cabe recordar que el concepto de estado funcional en personas mayores se relaciona de mejor forma con capacidad funcional, el cual es el principal indicador de salud de personas mayores recomendado por OMS.

Por otra parte, a partir de la capacidad funcional de las personas mayores se pueden establecer planes de intervención diferenciados, siempre orientados a mantener o recuperar la capacidad funcional y evitar la dependencia.

Se sugiere homologar con otros instrumentos de medición utilizados actualmente, sean estudios nacionales o registros administrativos (CASEN, EMPAM, otros).

Se desconoce cómo se plantea la medición de este indicador y el respectivo monitoreo previo.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Incrementar la evaluación funcional de las personas adultas mayores y aumentar la cobertura de atención.	Porcentaje de personas adultas mayores de 65 años y más, inscritas con EMPAM realizado durante el último año.	Realizar el examen de medicina preventiva del adulto mayor al menos al 60% de las personas mayores de 65 años.	<b>Avance discreto</b>

Este indicador presenta un avance discreto durante la década, al calcular la tendencia a partir del comportamiento empírico del EMPAM desde el año 2013 al año 2018, la meta de un 60% se debiese alcanzar recién el año 2025. Es importante revisar, si es factible que esta prestación pudiera rutificarse, considerando la necesidad de conocer el estado de salud de las personas más allá del total de las pautas aplicadas, para ello se podría utilizar el % de PM inscritas en FONASA de 65 años y más que se realizan el EMPAM. Esto permitiría lograr un análisis longitudinal de la información que entrega el EMPAM, e incluso calcular la incidencia de este grupo.

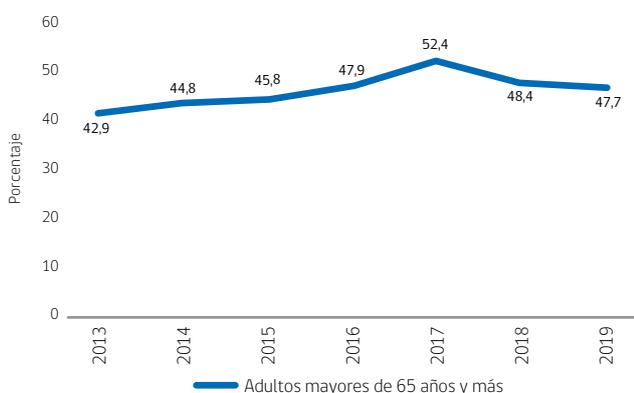
En este contexto es necesario realizar un estudio sobre motivos de la baja aplicación del EMPAM. Preliminarmente, se conocen algunas causas de la mediana cobertura del EMPAM en la APS (Recurso humano para la aplicación en APS, Orientaciones claras para su aplicación, indicadores de proceso relacionados en IAAPS). No obstante, se precisa profundizar en este tema y generar lineamientos de trabajo específico para solucionar su baja aplicación.

Por otra parte, es preciso integrar las diferentes acciones que se realizan en APS para la población de PM de modo de transversalizar el examen, además de revisar mediante estudios la viabilidad y fiabilidad del instrumento, y evaluar otros instrumentos orientados a medir capacidad de funcionalidad que pudiese resultar más efectivo y eficiente, para asociarlos a una mayor cobertura.

Para la próxima década, se recomienda determinar que la variable del indicador se modifique a examen de capacidad funcional, sin dejarlo asociado a un instrumento particular como el EMPAM, pues la forma de valorar la funcionalidad y la prestación en que se contenga, puede variar según los programas vigentes.

GRÁFICO 120:

PORCENTAJE DE PERSONAS ADULTAS MAYORES DE 65 AÑOS Y MÁS, INSCRITAS CON EMPAM REALIZADO DURANTE EL ÚLTIMO AÑO.



Fuente: DEIS, MINSAL

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Incrementar la evaluación funcional de las personas adultas mayores y aumentar la cobertura de atención.	Porcentaje de personas adultas mayores de 65 años y más con resultado de evaluación funcional: autovalentes con riesgo y/o con riesgo de dependencia, con control de seguimiento efectuado dentro de los primeros 6 meses de realizado en EMPAM.	Realizar control de seguimiento dentro de los primeros seis meses, posterior al examen médico preventivo del adulto mayor, al menos al 80% de los adultos mayores que son autovalentes con riesgo de dependencia.	<b>No evaluable</b>

Actualmente no es medible, pues no existe el registro en REM. Se ha visto como necesario reforzar el proceso de atención integrada e integral de personas mayores en APS para favorecer el seguimiento.

Se proponen tres acciones al respecto:

Estructurar un programa de personas mayores en APS, con una norma técnica actualizada desarrollada entre ambas Subsecretarías, que se oriente un proceso de atención integral que considere como eje central, la mantención o recuperación de la capacidad funcional de las personas mayores. Este proceso de atención debe ser complementario a la Estrategia de Cuidado Integral (ECICEP) que se encuentra en implementación en los centros de atención primaria, y que considera la clasificación y atención diferenciada de las personas según nivel de riesgo.

El sistema debiese evaluar capacidad funcional de las personas, sin asociarse a un instrumento determinado. De

acuerdo a la capacidad funcional evaluada, las personas mayores debiesen ser derivadas a una oferta pertinente, orientada siempre a recuperar o mantener capacidad funcional o acompañar en aquellos casos en que no exista posibilidad de rehabilitación.

El seguimiento de las personas mayores debiese estar contemplado de forma universal para las personas mayores, con prestaciones diferenciadas según capacidad funcional y niveles de riesgo. Por ejemplo, para aquellas evaluadas con capacidad funcional independiente debiese derivarse a una oferta pertinente del tipo programa MAS, y tener un control de seguimiento con una periodicidad de un año. Aquellas personas con dependencia moderada o severa, debiesen ser derivados a una oferta pertinente y tener un control de seguimiento no superior a los seis meses.

Todas las actividades propuestas para la década debiesen estar protocolizadas en la norma técnica actualizada, y tener registro en REM y un sistema de monitoreo establecido para favorecer la evaluación y ajustes pertinentes para el logro de los objetivos.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Efectuar Atención Integral del Adulto Mayor.	Porcentaje de controles de salud con valoración geriátrica integral (VGI) según norma técnica del programa de adulto mayor en la red asistencial.	Lograr que el 50% de los controles de salud con valoración geriátrica integral cumpla las normas técnicas del programa del adulto mayor.	<b>No evaluable</b>
	Porcentaje de controles de salud con valoración geriátrica integral (VGI) según norma técnica del programa de adulto mayor en la red asistencial.	Lograr que el 50% de los controles de salud con valoración geriátrica integral cumpla las normas técnicas del programa del adulto mayor.	<b>No evaluable</b>

Los indicadores planteados para este resultado esperado no disponen de datos para su medición, dado que no se implementaron las acciones durante la década.

La prestación determinada para atención integral en APS no está considerada dentro de las prestaciones disponibles por el Plan de Salud Familiar ni en Programas de Reforzamiento de APS. Se recomienda homologar con el proceso de atención de PM determinado por la valoración de capacidad funcional que se realice de acuerdo a un instrumento determinado (hoy es el EMPAM).

La norma existente relacionada no está vigente, pues data del año 2002. Se sugiere relacionar provisionalmente con el documento Orientaciones Técnicas para la Atención de Personas Adultas Mayores del año 2013, de ambas Subsecretarías, y en el futuro orientar las acciones de acuerdo a un protocolo establecido en una norma técnica actualizada, detallada en el análisis del indicador anterior.

Para el indicador relacionado con valoración geriátrica integral, cabe señalar que no existe un marcador que permita evaluar la condición funcional de personas mayores en lista de espera para gestión de interconsultas a especialidad. Se cree necesario realizar la priorización de derivación y asociar una meta pertinente de acuerdo a valoración de riesgo de la persona mayor, más allá de su condición de funcionalidad.



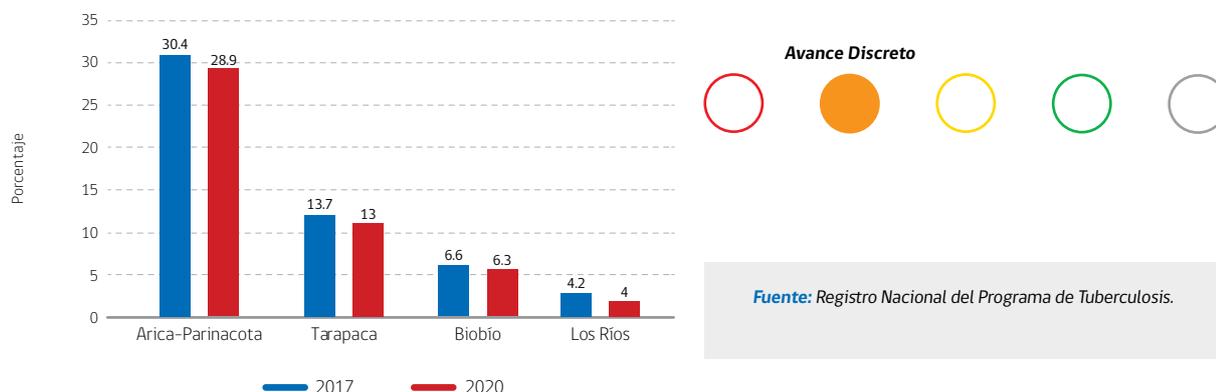
## EJE 5: EQUIDAD Y SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

Objetivo de impacto	Indicador de impacto	Línea Base	Meta 2020	Evaluación final de periodo	Estado
<b>Contribuir al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas</b>	Tasa de incidencia por tuberculosis (TB) en población indígena en regiones priorizadas	*ver en tema específico por región	Disminuir un 10% según línea base	*ver en tema específico por región	<b>Avance Discreto</b>
<b>Disminuir las desigualdades de género en el ámbito de salud</b>	Brecha de carga enfermedad (AVISA) entre hombres y mujeres	9.824 años	8.000 años	No disponible	<b>No evaluable</b>
<b>Mejorar el acceso a la salud de las personas migrantes</b>	Porcentaje de niños inmigrantes bajo control en el programa de salud del niño	0,30%	Aumento progresivo	1,9%	<b>Cumple</b>
	Porcentaje de mujeres gestantes inmigrantes en control	5%	Aumento progresivo	16%	<b>Cumple</b>
<b>Reducir la atención de salud fuera de los recintos penitenciarios</b>	Porcentaje de atenciones de salud fuera de los recintos penitenciarios	No disponible	Disminuir en un 10%	No disponible	<b>No evaluable</b>

## SALUD EN PUEBLOS INDÍGENAS

### OBJETIVO DE IMPACTO: CONTRIBUIR AL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

GRÁFICO 121:  
TASA DE INCIDENCIA POR TUBERCULOSIS (TB) EN POBLACIÓN INDÍGENA EN REGIONES PRIORIZADAS



Se definió como meta disminuir en un 5% anual la tasa de incidencia de tuberculosis en población indígena en regiones priorizadas. La definición de la meta en regiones priorizadas es coherente con la estrategia global Fin a la Tuberculosis (End TB) de la Organización Mundial de la Salud, en cuanto a velocidad de declinación de la incidencia para el cumplimiento de los objetivos de la estrategia, sin embargo, también tiene en consideración una probable alza de la tasa en población indígena en Chile en los próximos años, esperable conforme se refuerce el registro de la variable de pertenencia a pueblos indígenas, establecido por la norma 820 sobre estándares de información en salud, y por la campaña comunicacional que refuerza la pregunta por pertenencia a pueblos indígenas en el sistema de salud chileno.

Durante el año 2018 el Departamento de la Estrategia Nacional de Salud, ENS, solicitó al Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad realizar una revisión del indicador de impacto formulado a inicios de la entrega en vigencia de la ENS el año 2011. Dicho indicador buscaba medir mortalidad por tuberculosis en pueblos indígenas en regiones priorizadas, usando como línea base la información reportada por la Serie Análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas en Chile, iniciativa impulsada por el Ministerio de Salud entre los años 2006 y 2014.

Para la revisión del indicador se conformó un equipo de trabajo constituido por profesionales del Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis, por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS y por el Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad del Ministerio de Salud.

El equipo analizó la coherencia y consistencia de la meta y del indicador, así como también revisó las fuentes de información para reportarlo, concluyendo que, para realizar una medición confiable de la meta, sería indispensable replantear el indicador, dado que la línea base desde la cual había sido construido el numerador, usaba datos del trienio 2004-2006, sin posibilidad de ser actualizados en los términos metodológicos trabajados en la Serie de estudios impulsada por el MINSAL.

En ese escenario, el equipo decidió modificar el indicador de mortalidad y trabajar en la formulación de un indicador de incidencia de TBC en pueblos indígenas, proponiendo como construcción de línea base del nuevo indicador la información del Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis correspondiente a casos de Tuberculosis en población indígena, año 2017. Dada la distribución heterogénea de la enfermedad a nivel nacional, con regiones muy por debajo de la media nacional y otras muy por encima de ésta, se decidió seleccionar las regiones que presentaran tasas superiores a la media nacional en pueblos indígenas, (3,1 por 100.000 en población general). Las regiones priorizadas bajo este criterio fueron Arica y Parinacota, Tarapacá, Bío Bío y Los Ríos.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Transversalizar el enfoque intercultural en los programas de salud.	úmero de programas de salud que incorporan enfoque intercultural.	Lograr que 3 programas de salud incorporen el enfoque intercultural al 2020.	<b>Cumple</b>
Modificar y/o formular políticas, normas, reglamentos y planes de salud de acuerdo al Convenio 169.	Número de normas modificadas y/o formuladas de acuerdo al Convenio 169.	Lograr que 3 normas sean modificadas o formuladas de acuerdo con el convenio 169.	<b>Cumple</b>
Incorporar en el modelo de atención de salud el enfoque intercultural bajo estándar del Art. 7	Número de Servicios de Salud que implementan modelos de atención de salud según Art.7 Ley 20.584	Lograr que 5 servicios de salud implementen modelos de atención de salud según artículo 7 de la ley N° 20.584	<b>No evaluable</b>

Para el cumplimiento de algunos indicadores, se destacará lo realizado en algunas normas, como la **Modificación de Reglamento Sobre Manejo de Residuos de Establecimientos de Atención de Salud (REAS)**<sup>(12)</sup>, la modificación de este reglamento permite la entrega de la placenta a solicitud de la mujer indígena o su familia<sup>(12)</sup> y la **Norma General Técnica para la Entrega de Placenta**<sup>(13)</sup>.

El alcance de la modificación de esta normativa (REAS) es de orden político, programático y sanitario, puesto que antes de su modificación los establecimientos de salud del sistema público de salud, no tenían la posibilidad de responder a una demanda continua y persistente, referida a la necesidad de las mujeres y familias pertenecientes a pueblos indígenas de Chile<sup>(14)</sup> de disponer de la placenta, lo anterior basado en prácticas culturales, espirituales y ancestrales propias de los pueblos indígenas en el marco de sus prácticas de salud integral y en lo específico en el ámbito de la salud reproductiva. El Ministerio de Salud, para responder a esta demanda, generó un grupo de trabajo interdisciplinario que desarrolló un proceso de trabajo orientado a modificar el decreto n° 6 de REAS<sup>(12)</sup>. “La modificación de REAS, permitió, la entrega de la placenta bajo condiciones normativas semejantes y que deban ser observadas en todos los establecimientos de salud dónde sea requerida, permite incorporar una práctica que sigue las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud”<sup>(12)</sup>. En este sentido esta modificación tiene una connotación de política de salud pública, pues repercute directamente en la condición de salud emocional, afectiva y espiritual de la mujer, el recién nacido y la familia que efectúa el requerimiento.

Lo anterior implicó la construcción de la “Norma General Técnica para la Entrega de la Placenta”<sup>(12)</sup> Ministerio de Salud, en base a las demandas de las personas y la evidencia científica, entregar los lineamientos técnicos para asegurar que la entrega de la placenta pueda ser realizada de manera sanitariamente segura, tanto para quienes la reciban como para quienes la entreguen, su objetivo es “Establecer un marco regulatorio que respete y permita

la entrega de la placenta y cordón a todas las mujeres que así lo requieran, de manera segura, tanto en el sistema público como privado del país; de acuerdo al Decreto Supremo N°43, del 2016 del Ministerio de Salud”.

**Norma 820 sobre estándares de información en salud**<sup>(15)</sup>, durante el año 2015, en el proceso de actualización de esta norma, se incorporó la necesidad de actualizar y reformular la pregunta por pertenencia a pueblos indígenas, la causa de este requerimiento fue la escasa producción de datos e información estadística sobre pueblos indígenas que estaba generando el sistema de salud público chileno con sus respectivos sistemas de información. La escasa cantidad de información recolectada y la baja calidad de datos capturados por el sistema de salud, fue reportado por diagnósticos efectuados por el Departamento de Estadísticas e Información de la Salud, de la DIPLAS y Depto. De Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad de DIPOL. Es de conocimiento que la falta de datos, impacta directamente la evidencia necesaria para la toma de decisiones que requiere la planificación sanitaria, en lo que refiere a acciones programáticas y de gestión orientadas a mejorar o abordar los problemas de salud que afectan a la población indígena, de ahí su relevancia.

La actualización de la Norma N° 820, implicó la organización de un grupo de trabajo integrado por DEIS- DIPLAS, DIPOL- DIVAP, que tuvo como objetivo actualizar y mejorar la pregunta por pertenencia a pueblos indígenas, mejorar la estructura de la pregunta, estandarizarla y hacerla universal. Este trabajo dio pie a la construcción de “Orientaciones Técnicas Pertinencia Cultural en los Sistemas de Información en Salud”<sup>(16)</sup> cuyo objetivo es “Proporcionar a los funcionarios y trabajadores de la salud que se desempeñan en los establecimientos y organismos de salud del territorio nacional, indicaciones generales y herramientas operacionales específicas para la realización adecuada de la pregunta y un registro pertinente de la variable que recoge la pertenencia a pueblos indígenas de acuerdo al contenido de la actualización de la Norma Técnica N° 820 sobre Estándares de Información de Salud, aprobada en Decreto Exento n° 643 de diciembre de 2016” .

Teniendo en cuenta estos antecedentes cabe destacar que los alcances de la actualización y modificación de esta Norma, son de carácter política pública, ya que su trabajo implica y determina la generación de datos sobre la situación de salud de los pueblos indígenas.

<sup>(12)</sup> Chile. Ministerio de Salud. Reglamento Sobre Manejo de Residuos de Establecimientos de Atención de Salud (REAS). Santiago: MINSAL, 2010.

<sup>(13)</sup> Chile. Ministerio de Salud. Norma General Técnica N° 189 para la entrega de placenta. Santiago: MINSAL, 2017.

<sup>(14)</sup> Chile. Ministerio de Salud. LEY 19253 ESTABLECE NORMAS SOBRE PROTECCION, FOMENTO Y DESARROLLO DE LOS INDIGENAS, Y CREA LA CORPORACION NACIONAL DE DESARROLLO INDIGENA. Santiago, 1993.

<sup>(15)</sup> Chile. Ministerio de Salud. DECRETO 820 EXENTO APRUEBA NORMA TÉCNICA SOBRE ESTÁNDARES DE INFORMACIÓN DE SALUD. Santiago, 2011

<sup>(16)</sup> Chile. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas Pertinencia Cultural en los Sistemas de Información en Salud. Santiago: MINSAL: 2018.

## EQUIDAD DE GÉNERO

### OBJETIVO DE IMPACTO: DISMINUIR LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN EL ÁMBITO DE SALUD



Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Brecha de carga enfermedad (AVISA) entre hombres y mujeres.	9.824 años	8.000 años	Sin dato disponible	Sin dato disponible

Para la medición de este indicador se requiere de un estudio de carga enfermedad, el que no fue realizado durante la década por lo tanto, lamentablemente no se cuenta con un dato disponible para su medición.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Formar a funcionarios y funcionarias del sector Salud en enfoque de género para que orienten su trabajo hacia la reducción de brechas de género.	Porcentaje de funcionarios y funcionarias de las Subsecretarías de Salud Pública y Redes Asistenciales, SEREMI y Servicios de Salud capacitados en género para avanzar en la inclusión de la temática en todas las políticas, programas y acciones del sector.	Aumentar a un 6% el porcentaje de funcionarios y funcionarias de las Subsecretarías de Salud Pública y Redes Asistenciales, SEREMI y Servicios de Salud capacitados en género para avanzar en la inclusión de la temática.	<b>Avance Discreto</b>

**TABLA 24:**  
PORCENTAJE DE FUNCIONARIOS Y FUNCIONARIAS CAPACITADOS

Año	%
2015	5%

Fuente: Departamento de Género y DDHH, MINSAL

Este indicador sólo cuenta con su línea base. Sin embargo, anualmente se realizan acciones para poder avanzar en la formación en enfoque de género.

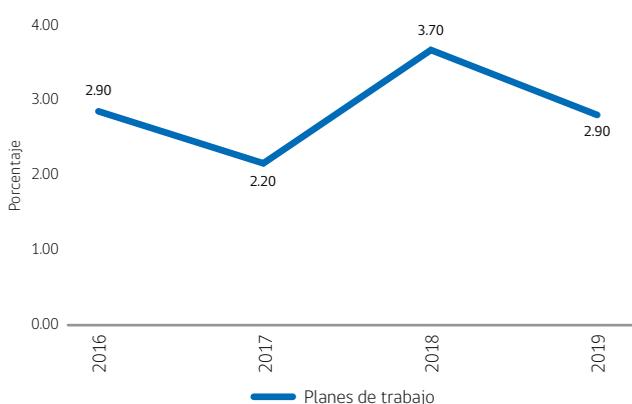
Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Monitorear inequidades de género en todos los temas de salud.	Presencia de un modelo de monitoreo de inequidades de género en todos los temas de salud - incluidos sus indicadores - que dé cuenta de avances y retrocesos en la inclusión temática.	Existe un modelo de monitoreo de inequidades de género en todos los temas de salud - incluidos sus indicadores - que dé cuenta de avances y retrocesos en la inclusión temática.	<b>Cumple</b>

El año 2019 el Departamento de Género y Derechos Humanos, reporto el cumplimiento de tener un modelo de monitoreo de inequidades de género en todos los temas de salud.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Diseñar y planificar estrategias orientadas a reducir brechas de género en temas de salud.	Porcentaje de planes de trabajo específicas de SEREMI y Servicios de Salud para reducir brechas de género incluidos en el Plan Nacional de Salud 2011 - 2020.	Aumentar a un 5% el porcentaje de planes de trabajo específicas de SEREMI y Servicios de Salud para reducir brechas de género incluidos en el Plan Nacional de Salud 2011 - 2020.	<b>Avance Discreto</b>

Este indicador se encuentra igual que en su línea base, sin embargo se continúa sensibilizando en la importancia de reducir las brechas de género en temas de salud.

**GRÁFICO 122:**  
PORCENTAJE DE PLANES DE TRABAJO ESPECÍFICAS DE SEREMI Y SS.



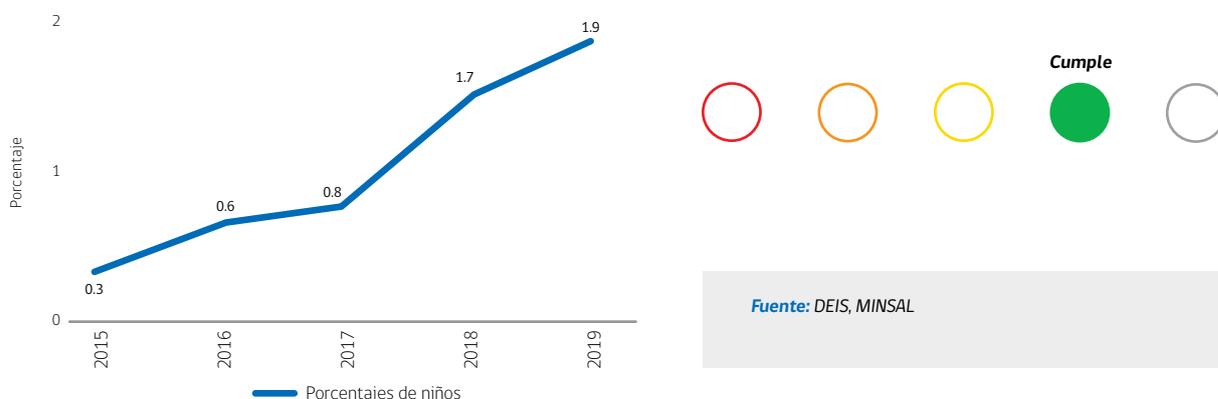
Fuente: Departamento de Género y DDHH, MINSAL

## SALUD EN POBLACIÓN MIGRANTE

### OBJETIVO DE IMPACTO: MEJORAR EL ACCESO A LA SALUD DE LAS PERSONAS MIGRANTES.

GRÁFICO 123:

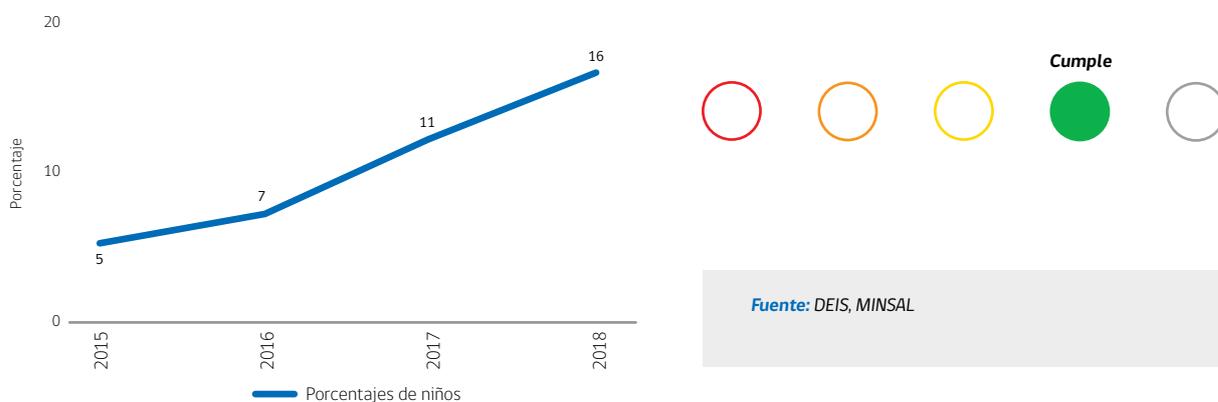
PORCENTAJE DE NIÑOS INMIGRANTES BAJO CONTROL EN EL PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO.



El porcentaje de niños migrantes bajo control en atención primaria aumentó desde el 2015 al 2019 de 0,3% a 1,9%. Estos valores dan cuenta de los cambios en el volumen de migración a la que ha sido afecto el país, y no de cobertura de atención en esta población en particular.

GRÁFICO 124:

PORCENTAJE DE MUJERES GESTANTES INMIGRANTES EN CONTROL.



El porcentaje de mujeres gestantes inmigrantes en control aumento de 5% a 16% el 2018. Estos valores dan cuenta de los cambios en el volumen de migración a la que ha sido afecto el país, y no de cobertura de atención en esta población en particular.

Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Porcentaje de niños inmigrantes bajo control en el programa de salud del niño.	0,30%	Aumento progresivo	0,30%	1,90%
Porcentaje de mujeres gestantes inmigrantes en control.	5%	Aumento progresivo	5%	16%

Si bien la meta se alcanzó, porque hubo aumento de cobertura, es preciso indicar que esto sucedió en un periodo donde también se produjo un aumento exponencial de población migrante en el país, por lo tanto, puede también deberse a dicha causa. Se hace preciso realizar un análisis detallado que permita aislar el efecto del aumento de población migrante en el país, para determinar que el aumento de la cobertura se debe a las acciones realizadas por el sector salud.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Diseñar y adoptar una política nacional de inmigración que permita mejorar la condición de vida de la población inmigrante en Chile.	Existencia de Política Nacional para la población inmigrante aprobada por parte de las autoridades.	Aumento progresivo	<b>Cumple</b>

TABLA 25:

EXISTENCIA DE POLÍTICA NACIONAL PARA LA POBLACIÓN INMIGRANTE APROBADA POR PARTE DE LAS AUTORIDADES

Periodo	País
2017	Si

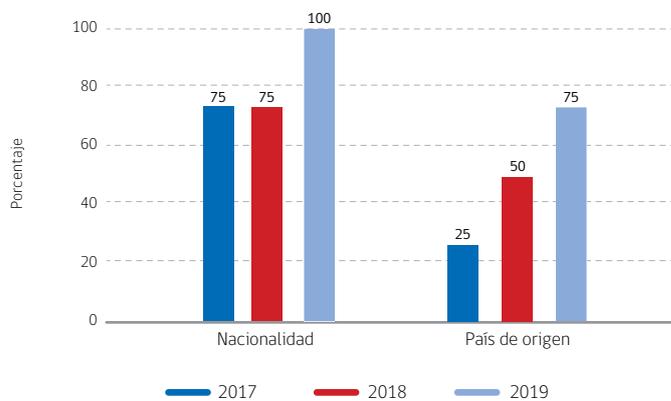
Fuente: DEIS, MINSAL

La meta se encuentra ejecutada desde el 2017, el siguiente paso es la aprobación de un plan de acción de salud y migración que plasme en acciones concretas y metas observables los lineamientos de la política.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Aumentar la disponibilidad de información sobre estado de salud y acceso a servicios de salud de la población inmigrante.	Porcentaje de registros de Sistema Nacional de información de Salud que registren información poblacional que incluyen la variable nacionalidad.	Aumento progresivo	<b>Cumple</b>

Se ha logrado la meta, por lo que se debe continuar con los procesos de capacitación y difusión del registro de la variable nacionalidad en los equipos de salud, para sensibilizarlos de la importancia de mantener los registros actualizados, que permiten acceder a información oportuna sobre la salud de la población migrante.

**GRÁFICO 125:**  
 PORCENTAJE DE REGISTROS DE SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN DE SALUD QUE REGISTREN INFORMACIÓN  
 POBLACIONAL QUE INCLUYEN LA VARIABLE NACIONALIDAD.



Fuente: DEIS, MINSAL

## SALUD PARA PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

### OBJETIVO DE IMPACTO: REDUCIR LA ATENCIÓN DE SALUD FUERA DE LOS RECINTOS PENITENCIARIOS



Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Porcentaje de atenciones de salud fuera de los recintos penitenciarios.	No disponible	Reducir un 10%	Sin dato disponible	Sin dato disponible

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Transversalización del enfoque de salud penitenciaria en los programas de salud.	Número de programas de salud incorporen el enfoque de salud penitenciario.	Lograr que 2 programas de salud incorporen el enfoque de salud penitenciario al año 2020.	<b>No evaluable</b>
Integración de políticas, normas, reglamentos y planes de salud con enfoque de salud penitenciaria.	Número de normas o reglamentos sean integrados en la normativa de salud penitenciaria única.	Lograr que 3 normas o reglamentos sean integrados en la normativa de salud penitenciaria única.	<b>No evaluable</b>
Incorporar la telemedicina como estrategia de atención de salud.	Porcentaje de las atenciones de salud en los recintos penitenciarios que son vía telemedicina.	Lograr que el 20% de las atenciones de salud en los recintos penitenciarios sean vía telemedicina.	<b>No evaluable</b>

El tema no fue abordado durante la década con lineamientos temáticos que permitiese operativizar su cadena de resultados. Es por ello que lamentablemente no se cuentan con resultados para las metas propuesta ni tampoco se conocen datos respecto al desarrollo del tema.

Por lo tanto, se hace necesario identificar la existencia de brechas respecto al tema para así generar la respectiva priorización y futura búsqueda de soluciones.

## EJE 6: MEDIO AMBIENTE E INOCUIDAD ALIMENTARIA

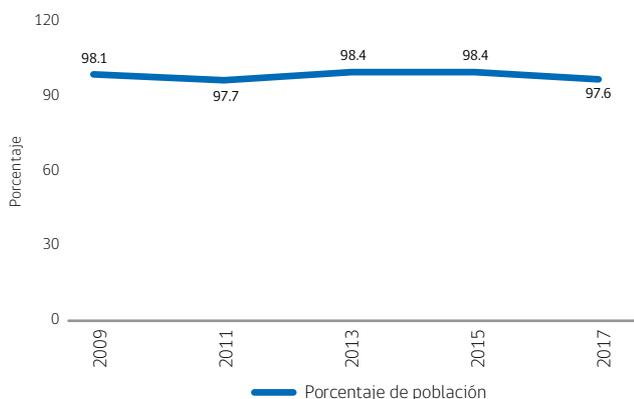
Objetivo de impacto	Indicador de impacto	Línea Base	Meta 2020	Evaluación final de periodo	Estado
<b>Mejorar la calidad de vida de las personas asociada a las condiciones sanitario-ambientales</b>	Porcentaje de la población del país con acceso a agua potable reglamentaria	97,6%	99%	97,6%	<b>Avance Discreto</b>
	Porcentaje de población con acceso a disposición de aguas servidas reglamentarias	94,9%	97%	95,4%	<b>Avance Discreto</b>
	Porcentaje de la población que identifica problemas de contaminación del aire en su localidad	25,6%	22%	22,4%	<b>Avance Importante</b>
	Porcentaje de la población que identifica problemas asociados a la presencia de microbasurales en su localidad	25,7%	23,1%	23,3%	<b>Avance Importante</b>
	Porcentaje de personas que perciben falta de áreas verdes en su barrio o localidad	28%	25,2%	12,3%	<b>No evaluable</b>
<b>Disminuir los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos</b>	Tasa trienal de hospitalización por enfermedades transmitidas por alimentos (ETAs) en brote	3,4	3,06	2,5	<b>Cumple</b>

## CONDICIONES AMBIENTALES

### OBJETIVO DE IMPACTO: MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS ASOCIADA A LAS CONDICIONES SANITARIO-AMBIENTALES

GRÁFICO 126:

INDICADOR 1, PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DEL PAÍS CON ACCESO A AGUA POTABLE REGLAMENTARIA



Avance Discreto

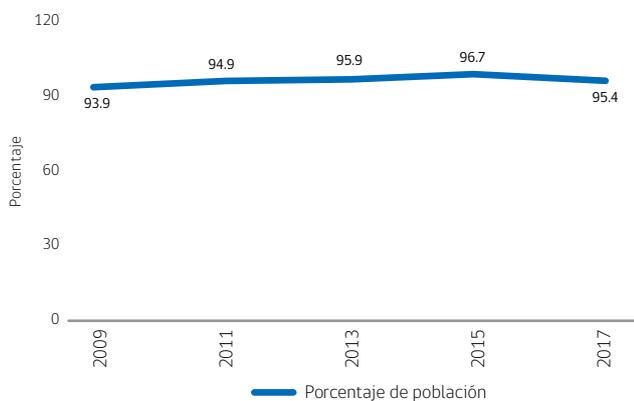


Fuente: CASEN 201

Para este objetivo de impacto se establecieron 5 indicadores que se encuentran en distintos estados de avance, el indicador 5 es no evaluable porque presenta diferencias metodológicas en su medición.

GRÁFICO 127:

INDICADOR 2, PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON ACCESO A DISPOSICIÓN DE AGUAS SERVIDAS REGLAMENTARIAS.



Avance Discreto



Fuente: CASEN 2017

TABLA 26:

INDICADOR 3, PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN QUE IDENTIFICA PROBLEMAS DE CONTAMINACIÓN DEL AIRE EN SU LOCALIDAD.

Periodo	País %
2006	25,6
2015-2016	22,4

Avance Importante



Fuente: ENCAVI

**TABLA 27:**  
INDICADOR 4, PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN QUE IDENTIFICA PROBLEMAS ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE MICROBASURALES EN SU LOCALIDAD.

Periodo	País %
2006	25,7
2015-2016	23,3



Fuente: ENCAVI

**TABLA 28:**  
INDICADOR 5, PORCENTAJE DE PERSONAS QUE PERCIBEN FALTA DE ÁREAS VERDES EN SU BARRIO O LOCALIDAD.

Periodo	País %
2013	28,0
2015	12,2
2017	12,3



Fuente: CASEN 2017

Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Porcentaje de la población del país con acceso a agua potable reglamentaria.	97,6%	99%	98,43%	97,6%
Porcentaje de población con acceso a disposición de aguas servidas reglamentarias.	94,9%	97%	96,6%	95,4%
Porcentaje de la población que identifica problemas de contaminación del aire en su localidad.	25,6%	22%	22,4%	22,4%
Porcentaje de la población que identifica problemas asociados a la presencia de microbasurales en su localidad.	25,7%	23,1%	23,1%	23,3%
Porcentaje de personas que perciben falta de áreas verdes en su barrio o localidad.	28%	25,2%	12,2%	12,3%

De los resultados expuestos, cabe señalar que respecto al indicador 1 durante los años 2013 a 2015 mantuvo estable en un 98,4%, en la siguiente medición del 2017, este experimento un descenso a 97,6%, que podría revertirse posteriormente ya que los indicadores de cobertura de disponibilidad de agua potable no consideraban los sistemas de agua mediante uso de camiones de aljibe, lo cual es reglamentario desde el año 2019.

En lo relacionado al indicador 2, entre los años 2011 y 2015 se observó un sostenido aumento en las coberturas, aunque posteriormente disminuyeron en el año 2017. Además se debe señalar que existe precariedad en las soluciones de aguas servidas de las áreas rurales, que empeoran la percepción de las personas respecto de los sistemas de aguas servidas que los abastecen.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Disminuir exposición diaria a contaminación ambiental referida al aire	Tasa de días-ciudad del año que se encuentran sobre la norma.	Lograr que la exposición diaria a contaminación ambiental del aire baje a 11,7 por mil días ciudad.	<b>Avance Discreto</b>
	Nivel de contaminantes intradomiciliarios seleccionados (Material Particulado MP-2,5, SO <sub>2</sub> , NO <sub>2</sub> , CO y Compuestos Orgánicos Volátiles, COV).	Disminuir en un 10% la medición basal presupuestada para 2013.	<b>No evaluable</b>

Este indicador se planteó para ponderar el nivel de exceso de riesgo de la población del país expuesta a mala calidad del aire, entendiendo como mala calidad del aire aquella donde las concentraciones ambientales de material particulado superan el valor de la norma diaria. Este se construye en función del número de días sobre la norma de MP-10, por cada ciudad o localidad que cuenta con monitoreo de la calidad del aire y se reporta en base a 1000 días, dado que con frecuencia se suman localidades o ciudades con vigilancia de la calidad del aire. Dado que en el país se ha avanzado en la medición del Material Particulado MP2,5, que desde un punto de vista de la salud humana es más relevante por su mayor impacto deletéreo, se propone hacer un cambio en el indicador, sustituyendo el MP-10 por MP-2,5 y contabilizar solo aquellas ciudades donde se excede la norma de Mp2,5 a fin de no incorporar lugares donde si se da cumplimiento a la norma diaria.

**GRÁFICO 128:**  
TASA DE DÍAS-CIUDAD DEL AÑO QUE SE ENCUENTRAN SOBRE LA NORMA.



**Fuente:** Sistema de Información Nacional de Calidad del Aire (SINCA).

Para este indicador se pretendía disminuir un 10% desde su medición, sin embargo, es no evaluable ya que durante la década se realizó medición solo el año 2016, con los resultado que se presentan en la tabla.

Es necesario señalar que, de acuerdo a las mediciones obtenidas en las experiencias recogidas en las ciudades de Coyhaique, Osorno y Temuco, los niveles de contaminación al interior de las casas en la zona sur del país son menores que la contaminación comunitaria y, por tanto, este indicador no debería ser levantado anualmente y debería corresponder a un levantamiento de información de tipo diagnóstico.

**TABLA 29:**  
NIVEL DE CONTAMINANTES INTRADOMICILIARIOS SELECCIONADOS (MATERIAL PARTICULADO MP-2,5, SO<sub>2</sub>, NO<sub>2</sub>, CO Y COMPUESTOS ORGÁNICOS VOLÁTILES, COV).

Nivel Contaminantes Intradomiciliarios (2016)	Los Lagos	Aysén
CO (ppb)	1,377	3,433
MP - 2,5 (µg/m <sup>3</sup> )	29	23
NO <sub>2</sub> (ppb)	98	80
SO <sub>2</sub> (ppb)	97	116
COV (ppb)	6	12

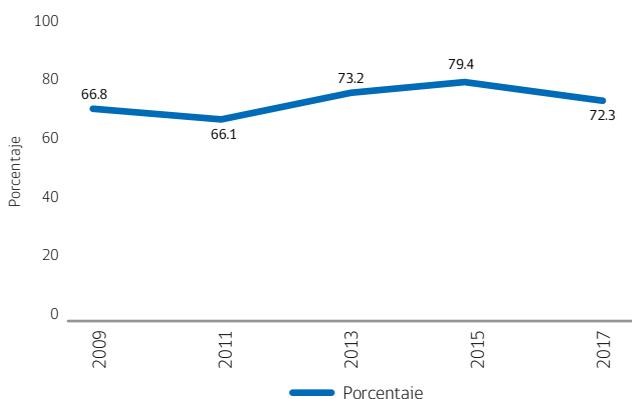
**Fuente:** Departamento de Salud Ambiental, DIPOL - MINSAL.

Lo anterior, basado no solo en los resultados, sino en que la zona centro sur del país es la que presenta las mejores condiciones para que en el periodo otoño invierno, se alcancen niveles de contaminación del aire comunitario altas, por la necesidad de calefacción de las viviendas, pero en el periodo primavera verano esa condición cambia siendo similar a la del resto del país. Lo que hace pensar que, si la zona más afectada no presenta problemas, la contaminación intradomiciliaria, de ocurrir sería en localidades específicas y a causa de situaciones particulares que deberían ser abordadas como tales. De acuerdo a lo anterior, se recomienda que este indicador no sea incorporado.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar el acceso a agua potable y disposición de aguas servidas en zonas rurales	Porcentaje de población de la zona rural, ubicadas fuera del área operacional de una empresa sanitaria, que cuentan con sistemas de aguas servidas reglamentarios	Lograr que 70% de la población en zona rural, ubicadas fuera del área operacional de una empresa sanitaria cuenten con sistemas de aguas servidas reglamentarios.	<b>Cumple</b>
	Porcentaje de población de zona rural, con acceso a agua potable reglamentaria.	Lograr que 90% de las viviendas en zonas rurales cuenten con acceso a agua potable y a disposición de aguas servidas.	<b>Retroceso</b>

**GRÁFICO 129:**

PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE LA ZONA RURAL, UBICADAS FUERA DEL ÁREA OPERACIONAL DE UNA EMPRESA SANITARIA, QUE CUENTAN CON SISTEMAS DE AGUAS SERVIDAS REGLAMENTARIOS.

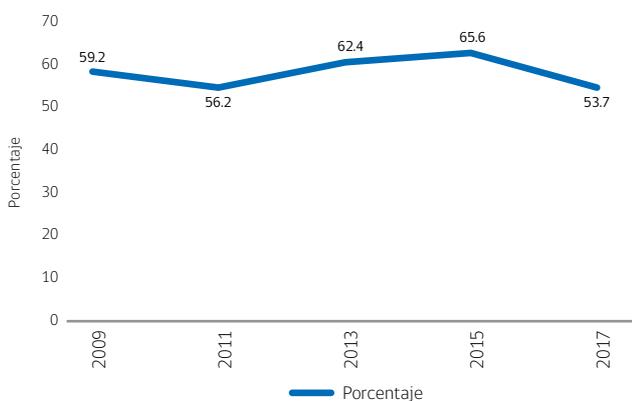


Fuente: CASEN 2017

Entre los años 2011 y 2015 se observó un sostenido aumento en las coberturas, las que posteriormente disminuyeron en un pequeño porcentaje en el año 2017.

**GRÁFICO 130:**

PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE ZONA RURAL, CON ACCESO A AGUA POTABLE REGLAMENTARIA



Fuente: CASEN 2017

El indicador busca lograr que el 90% de las viviendas rurales cuenten con acceso a agua potable y a disposición de aguas servidas. El indicador presenta un retroceso durante la década, alcanzando un 53% el año 2017.

Este retroceso puede explicarse por la disminución de la disponibilidad del recurso hídrico que se capta para fines de consumo humano en las áreas rurales, ello ha dificultado la continuidad de las provisiones y la consecuente disminución de cobertura.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar la disposición de residuos sólidos y peligrosos.	Porcentaje de comunas con manejo adecuado de residuos sólidos domiciliarios.	Lograr que 75% de los residuos sólidos peligrosos cuenten con una buena disposición final.	<b>Avance Importante</b>

**TABLA 30:**  
PORCENTAJE DE COMUNAS CON MANEJO ADECUADO DE RESIDUOS SÓLIDOS DOMICILIARIOS.

Periodo	País %
2019	64,7

*Fuente:* Departamento de Salud Ambiental, DIPOL - MINSAL.

Si bien este indicador a avanzado en su medición, es poco confiable dado que puede estar ocultando una realidad, debido a la concentración de la población en algunas comunas que son las que tienen mayor generación de residuos. Sería más apropiado evaluar la población que tiene acceso a disposición final sanitaria de los desechos que genera. Actualmente se estima que aproximadamente el 80% de la población tiene acceso a rellenos sanitarios, por otra parte, los residuos generados por un 20% de la población se disponen en vertederos o basurales a cielo abierto, los que generan focos de insalubridad y de contaminación del medio ambiente.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Aumentar las áreas verdes urbanas.	Porcentaje de comunas seleccionadas cuya tasa promedio de los últimos 3 años de metros cuadrados de áreas verdes por habitante, supera la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (9 m <sup>2</sup> /habitante).	Aumentar a 9,7% de las comunas seleccionadas cuya tasa promedio de los últimos 3 años de metros cuadrados de áreas verdes por habitante, supera la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (9 m <sup>2</sup> /habitante).	<b>No evaluable</b>

La meta del indicador buscaba aumentar en un 9,7% los metros cuadrados de áreas verdes de las comunas seleccionadas.

No fue posible su evaluación durante la década ya que, al momento de su formulación, no se creó la fórmula para el cálculo, por lo que no se conoció cuáles eran las comunas que debían ser objeto de revisión.

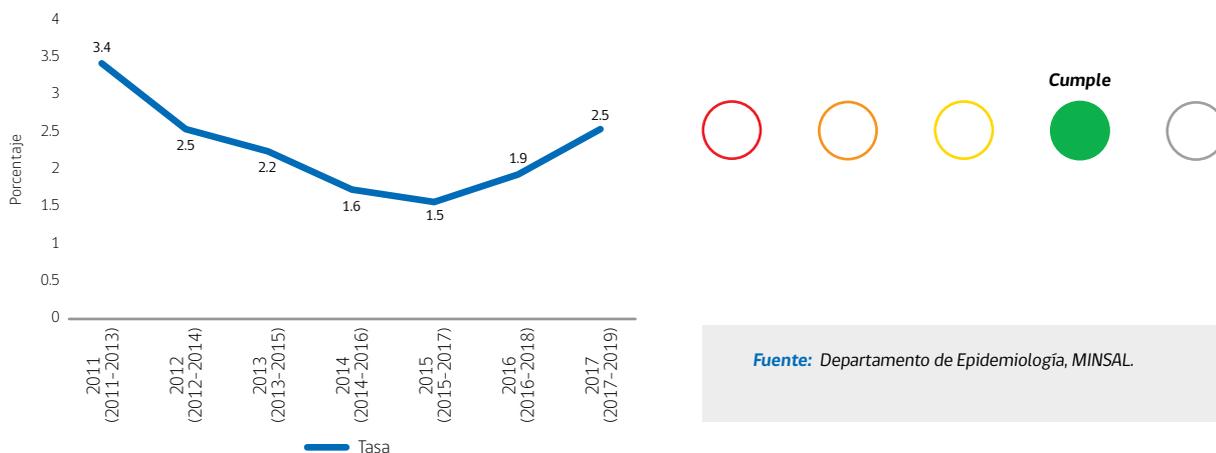
Además, no fue posible desarrollar por la Unidad Responsable, la promoción de áreas verdes ya que no estaba dentro de sus facultades de ejecución presupuestaria.

## ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS

### OBJETIVO DE IMPACTO: DISMINUIR LOS BROTES DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS

GRÁFICO 131:

TASA PROMEDIO DE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS DE HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS



Entre 2011 y 2018, se aprecia una disminución progresiva de la tasa promedio, la que sin embargo volvió a aumentar en 2016 y 2017. Estos dos últimos valores se deben a dos brotes puntuales (uno en cada año) que afectaron a una cantidad suficiente de personas como para hacer repuntar el indicador. Cabe señalar que este indicador puede estar sujeto a cambios drásticos derivados de brotes masivos que pudieran generar una alta gravedad de los casos, los cuales escapan al comportamiento y tendencia habitual.

Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Tasa trienal de hospitalización por enfermedades transmitidas por alimentos (ETAs) en brote.	3,4	3,06	1,5	2,5

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fortalecer la vigilancia y fiscalización de brotes ETAs en establecimientos de alimentos.	Porcentaje de brotes de enfermedades transmitidas por alimentos (ETAs) en establecimientos de alimentos, investigados por las SEREMIS de Salud.	Lograr el 100% de brotes de enfermedades transmitidas por alimentos (ETAs) en establecimientos de alimentos, investigados por las SEREMIS de Salud.	<b>Cumple</b>

**TABLA 31:**  
PORCENTAJE DE BROTES DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS, EN ESTABLECIMIENTOS DE ALIMENTOS,  
INVESTIGADOS POR LAS SEREMIS DE SALUD.

Periodo	País %
2012-2019	100%

*Fuente:* Departamento de Nutrición y Alimentos, MINSAL.

La fiscalización e investigación epidemiológica de brotes de ETAs en establecimientos de alimentos han estado siempre entre las funciones prioritarias para las SEREMIs, lo que, a la fecha, se mantiene inalterable a pesar de la pandemia de COVID-19. Esto ha permitido alcanzar y mantener la meta a través de los años.



## EJE 7: INSTITUCIONALIDAD DEL SECTOR SALUD

Objetivo de impacto	Indicador de impacto	Línea Base	Meta 2020	Evaluación final de periodo	Estado
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 (HCC)	0%	70%	No disponible	No evaluable
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	No disponible	>20%	No disponible	No Evaluable
Fortalecer la participación social y el trabajo integrado de los directivos del sector	Porcentaje anual de las SEREMI y Servicios de Salud que realizan al menos una consulta ciudadana anual sobre las políticas públicas de salud	0%	100%	4,4%	Avance Discreto
Mejorar, normalizar y reponer la infraestructura del sector salud	Número de hospitales en operación, con mejoramiento, normalización y/o reposición	0	30	33	Cumple
	Número de centros de atención primaria de salud (APS) en operación, con mejoramiento, normalización y/o reposición	0	150	216	Cumple
Mejorar la gestión del personal del sector salud (Incluye SEREMI y Servicios de Salud)	Densidad de profesionales nucleares (médico, matrón/a y enfermera/o), en el sector público de Salud	23,9*10.000 beneficiarios FONASA	32*10.000 beneficiarios FONASA	37,1*10.000 beneficiarios FONASA	Cumple
	Porcentaje de funcionarios de la Subsecretaría de Salud Pública con resultados de "riesgo bajo" en todas las dimensiones de riesgo psicosocial	24%	80%	No disponible	No evaluable
Fortalecer el financiamiento del sector	Porcentaje del gasto de bolsillo sobre el gasto total en salud	34,5%	26,9%	31,5%	Avance Discreto
	Porcentaje de Servicios de Salud cuyos hospitales logran relación ingresos devengados/gastos devengados mayor o igual a uno	15,2%	100%	61,4%	Avance Importante
Mejorar la efectividad de la atención en salud de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles	Tasa de hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)	33,5* 100.000 habitantes	26,3* 100.000 habitantes	33,2* 100.000 habitantes	Avance Discreto
	Tasa de hospitalizaciones por infarto agudo al miocardio (IAM) en hombres menores de 50 años	15,9* 100.000 habitantes	13* 100.000 habitantes	18,1* 100.000 habitantes	Retroceso
Mantener la participación y cooperación internacional en salud	Porcentaje anual de demandas de cooperación técnica ejecutadas o en desarrollo	75%	75%	>75%	Cumple

## INFORMACIÓN EN SALUD

### OBJETIVO DE IMPACTO: MEJORAR LA DISPONIBILIDAD, OPORTUNIDAD Y VALIDEZ DE LA INFORMACIÓN EN SALUD



Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Porcentaje de establecimientos que tributan información de manera efectiva a la historia clínica compartida (HCC).	0%	70%	32,9%	Sin dato disponible

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Habilitar la generación de reportes y estadísticas	Número de reportes, indicadores y tableros de gestión generados a través de los registros de datos del repositorio nacional de datos de salud.	Lograr que 12 reportes, indicadores y tableros de gestión se generen mediante los registros de datos del repositorio nacional de datos de salud.	<b>No evaluable</b>
Posibilitar el acceso a los datos e información de carácter público.	Número de set de datos y reportes disponibles para uso público.	Lograr que 12 set de datos y reportes se pongan a disposición de uso público.	<b>No evaluable</b>
Contar con políticas públicas de salud que utilizan información del Repositorio Nacional de Datos.	Porcentaje de sistemas de información clínicos en salud integrados con el servidor de terminologías clínicas.	Lograr que el 80% de los sistemas de información clínicos de salud se integran al servidor de terminologías clínicas.	<b>No evaluable</b>
	Porcentaje de sistemas de información administrativos en salud integrados con el servidor de terminologías clínicas.	Lograr que el 45% de los sistemas de información administrativos se integran al servidor de terminologías clínicas.	<b>No evaluable</b>

La medición del objetivo de impacto y algunos resultados esperados de este tema, no ha sido posible realizarla debido a la falta de datos disponibles, tampoco hay proxys disponibles para tener un acercamiento al estado de avance del desarrollo del tema en salud.

Durante la década no fue posible desarrollar el proyecto Historia Clínica Compartida, En el contexto actual, se releva la necesidad de contar con un sistema de información nacional, tanto para mejorar la eficiencia de las acciones de salud hacia la población como para mantener una adecuada vigilancia de diversas situaciones que se presentan y mejorar respuesta del sector salud. Sin embargo, se debe señalar que ello debe ir más allá

de la provisión de servicios informáticos, y requiere de un equipo técnico que comprenda esta necesidad y se encargue de gestionar, guiar y monitorear de forma continua los procesos.

Para un futuro plan es necesario considerar la factibilidad de la continuidad de los indicadores dado que en el sector probablemente existen acciones orientadas a generar avances en la incorporación de tecnologías de la información en salud, pero siempre será necesario monitorear y evaluar si contribuyen al logro de metas de impacto.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Contar con un Repositorio Nacional de Datos en Salud	Número de procesos clínicos y administrativos que tributan datos al repositorio nacional de datos.	Lograr que 12 procesos clínicos y administrativos que tributan datos al repositorio nacional de datos.	No evaluable
	Porcentaje de establecimientos de atención primaria de salud (APS) que cuentan con el 100% de registros clínicos electrónicos.	Lograr que el 70% de los establecimientos de atención primaria de salud (APS) cuenten con el 100% de registros clínicos electrónicos.	Cumple
	Porcentaje de establecimientos hospitalarios que cuentan con el 100% de registro clínicos electrónicos.	Lograr que el 70% de los establecimientos de atención hospitalaria cuenten con el 100% de registros clínicos electrónicos.	Cumple

**TABLA 32:**

PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) QUE CUENTAN CON EL 100% DE REGISTROS CLÍNICOS ELECTRÓNICOS

Año	País %
2019	90,3%

*Fuente:* Departamento de Tecnologías de la Información y Comunicación, MINSAL.

El 90,3% (1053/1166) de establecimientos de atención primaria de salud (APS) cuentan con el 100% de registros clínicos, logrando la meta propuesta para el indicador.

**TABLA 33:**

PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS QUE CUENTAN CON EL 100% DE REGISTRO CLÍNICOS ELECTRÓNICOS

Año	País %
2019	97,3%

*Fuente:* Departamento de Tecnologías de la Información y Comunicación, MINSAL.

El 97,3% (186/191) de establecimientos hospitalarios cuentan con el 100% de registro clínicos electrónicos, logrando la meta propuesta, sin embargo se busca avanzar al 100% de los establecimientos.

## INVESTIGACIÓN EN SALUD

### OBJETIVO DE IMPACTO: AUMENTAR LA INVESTIGACIÓN EN SALUD EN CHILE QUE GENERA MEJOR SALUD, EQUIDAD Y EFICIENCIA EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS



Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Porcentaje de proyectos de investigación financiados con fondos públicos (FONIS, FONDEF, etc.) que presentan una traducción en políticas públicas.	No disponible	>20%	No evaluable	Sin dato disponible

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Aplicación en políticas por parte de autoridades nacionales o grupos de interés de los resultados generados en investigación científica (Transferencia)	Porcentaje quinquenal de proyectos de investigación financiados con fondos públicos en Chile que cuentan con reportes breves destinados al tomador de decisión.	Aumentar en un 10% los proyectos de investigación financiados con fondos públicos en Chile que cuentan con reportes breves destinados al tomador de decisión.	No evaluable
Investigación priorizada: funcionamiento y posicionamiento de un sistema de priorización y gestión de las brechas de conocimiento en políticas y sistemas de salud.	Porcentaje de preguntas priorizadas por el Ministerio de Salud que son abordadas en proyectos de investigación con financiamiento público.	Aumentar en un 10% las preguntas priorizadas por el Ministerio de Salud que son abordadas en proyectos de investigación con financiamiento público.	No evaluable
Centros de investigación consolidados en torno a temáticas en salud poblacional.	Porcentaje de jornadas completas equivalentes contratadas (en formación o trabajando) de académicos en centros pertenecientes a la red de formadores de salud pública que presentan grado de Doctorado.	Aumentar en 10% la contratación de jornadas completas equivalentes de académicos pertenecientes a la red de formadores de salud pública que presentan grado de Doctorado.	No evaluable

La investigación en salud fue priorizada durante la década pasada y si bien existe inversión en el sector desde el presupuesto público de forma específica, no se ha evaluado su desempeño en lo relativo al aporte a las políticas de salud pública.

Lamentablemente no se logró la recopilación de datos durante la década para establecer estado de avance en la materia.

## PARTICIPACIÓN SOCIAL

### OBJETIVO DE IMPACTO: FORTALECER LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y EL TRABAJO INTEGRADO DE LOS DIRECTIVOS DEL SECTOR

Avance Discreto



**TABLA 34:**  
PORCENTAJE ANUAL DE LAS SEREMI Y SERVICIOS DE SALUD QUE REALIZAN AL MENOS UNA CONSULTA CIUDADANA ANUAL SOBRE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD

Año	País %
2015	100%
2019	4,4%

*Fuente:* Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario. Departamento de Promoción de Salud y Participación Ciudadana, DIPOL.

El indicador se encuentra en Avance Discreto, sin embargo se realizan acciones de forma permanente para aumentar la participación social en el sector salud.

Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Porcentaje anual de las SEREMI y Servicios de Salud que realizan al menos una consulta ciudadana anual sobre las políticas públicas de salud.	0%	100%	100%	4,4%

El Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario, envía lineamientos y orientaciones a los equipos de los 29 Servicios de Salud del país, a fin de que ellos como servicios autónomos realicen sus propias actividades relacionadas a distintos mecanismos de participación ciudadana.

Uno de los instrumentos para fortalecer la participación ciudadana en los servicios de salud, es el Compromiso de Gestión N°17<sup>(17)</sup>, el cual tiene como objetivo evaluar el desempeño de los Servicios de Salud en esta materia. Su propósito para el año 2019, fue la elaboración de un Plan Estratégico de Participación Ciudadana a partir de los diagnósticos territoriales, en función de las temáticas priorizadas participativamente con la comunidad organizada. En este sentido, se les solicitó a los Servicios de Salud implementar las acciones definidas en cada uno de sus planes estratégicos, evaluándolas y garantizando la formalización y funcionamiento de los Consejos de la Sociedad Civil (COSOC).

Adicionalmente, las líneas de trabajo priorizadas fueron: género, migrantes, emergencia y desastre, el trabajo con el intra e intersector y el trabajo con el COSOC.

De este modo, el COMGES de Participación, no tuvo entre sus requerimientos el desarrollo por parte de los Servicios de Salud de consultas ciudadanas sobre políticas públicas en salud.

Sin embargo, en el año 2020, el Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario, ha solicitado, a través del Compromiso de Gestión N° 17, denominado “Fortalecimiento de la Participación Ciudadana”(18) a los Servicios de Salud, la realización de una consulta ciudadana virtual y/o presencial al año. La materia sobre la que se realizará la Consulta debe ser priorizada por cada Servicio de Salud y visada por el Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario. Esta consulta se puede realizar en el período correspondiente a los cortes II, III, o IV, pero debe ser reportada en el corte IV.

La consulta ciudadana tiene por objetivo el recoger la opinión de la sociedad civil sobre temas relevantes para el Servicio de Salud, de forma, que sea utilizada como un insumo en el proceso de toma de decisiones por parte de la institución. De este modo, el Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario busca durante el año 2020 contar con 29 consultas ciudadanas virtuales y/o presenciales.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mecanismos efectivos de participación social y trabajo integrado de los directivos del sector.	Porcentaje de Secretarios Regionales Ministeriales y Directores de Servicios de Salud que participan en la implementación de mecanismos de participación ciudadana.	Lograr que el 100% de los Secretarios Regionales Ministeriales y Directores de Servicios de Salud participen en la implementación de mecanismos de participación ciudadana.	<b>Cumple</b>
Mecanismos efectivos de participación social y ejercicio de derechos implementados en Servicios de Salud y SEREMIS de Salud.	Porcentaje de SEREMIS y Servicios de Salud que implementan cuentas públicas y consejos consultivos.	Lograr que el 100% de SEREMIS y Servicios de Salud implementen cuentas públicas y consejos consultivos.	<b>Cumple</b>

**TABLA 35:**  
PORCENTAJE DE SECRETARIOS REGIONALES MINISTERIALES Y DIRECTORES DE SERVICIOS DE SALUD QUE PARTICIPAN EN LA IMPLEMENTACIÓN DE MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA.

Año	%
2019	100%

*Fuente:* Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario. Departamento de Promoción de Salud y Participación Ciudadana, DIPOL.

**TABLA 36:**  
PORCENTAJE DE SEREMIS Y SERVICIOS DE SALUD QUE IMPLEMENTAN CUENTAS PÚBLICAS Y CONSEJOS CONSULTIVOS.

Año	%
2019	100%

*Fuente:* Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario. Departamento de Promoción de Salud y Participación Ciudadana, DIPOL.

En el marco de la Ley 20.500(19) los órganos de la Administración del Estado, anualmente, realizan sus cuentas públicas participativas a la ciudadanía sobre la gestión de sus políticas, planes, programas, acciones y de su ejecución presupuestaria. De acuerdo con lo anterior, el Depto. de Participación es el encargado de promover la correcta práctica de las cuentas públicas participativas en los 29 servicios de salud del país, a fin de que estas tengan el tenor de ser participativas, se debe procurar la apertura de un espacio de recepción de consultas, dudas y observaciones que la ciudadanía pueda efectuar a la cuenta.

El Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario, ha indicado a los Servicios de Salud que las cuentas públicas participativas son un instrumento de participación ciudadana enfocadas en el control, evaluación y ejecución de las políticas públicas por parte de la sociedad civil, colaborando a mejorar los niveles de transparencia en la gestión pública.

A su vez, los Consejos Consultivos son un mecanismo de participación ciudadana en la gestión pública, colegiado, de carácter consultivo y autónomo, independiente en sus opiniones, integrado por representantes de las organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro y relacionados con las competencias del órgano respectivo. (Servicios de Salud, hospitales, u otros centros de atención en salud del sector público).

Ya que los Servicios de Salud son parte de los órganos de la administración del Estado, deberán rendir cuenta pública participativa, de forma anual, a la ciudadanía de las gestión de sus políticas, planes, programas, acciones y de su ejecución presupuestaria; de este modo, anualmente se presupuesta 29 cuentas públicas participativas; y para esto el Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario envía a los Servicios de Salud orientaciones técnicas para la realización de estas, con la finalidad que cada una de ellas cumpla con los requisitos mínimos, siendo estos: que sea informada, que la convocatoria sea abierta y representativa y que sea realizada con una metodología participativa.

Con la finalidad de fortalecer los diferentes consejos consultivos que existen en el ámbito de la salud pública el Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario, ha solicitado a través del Compromiso de Gestión N° 17, denominado "Fortalecimiento de la Participación Ciudadana"(2) a los Servicios de Salud la realización de: tres actividades de participación, cuatro reuniones de trabajo y acciones para la regularización de los Consejos de la Sociedad Civil (COSOC) de los Servicios de Salud; adicionalmente, para los Consejos de Desarrollo Local de Salud (CDL) y Consejo Consultivo de Usuarios (CCU) se les ha requerido a los Servicios de Salud la realización de dos capacitaciones con la finalidad de fortalecer las competencias de los dirigentes sociales.

---

(17) Chile. Ministerio de Salud. Compromisos de Gestión 2019 en el Marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Santiago: MINSAL, 2018.

(18) Chile. Ministerio de Salud. Compromisos de Gestión 2020 en el Marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Santiago: MINSAL, 2019.

(19) Chile. Ministerio de Salud. Ley 20500 Sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública. Santiago, 2011.

## INFRAESTRUCTURA

### OBJETIVO DE IMPACTO: MEJORAR, NORMALIZAR Y REPONER LA INFRAESTRUCTURA DEL SECTOR SALUD



Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Número de hospitales en operación, con mejoramiento, normalización y/o reposición.	0	30	17	33
Número de centros de atención primaria de salud (APS) en operación, con mejoramiento, normalización y/o reposición.	0	150	43	216

**Fuente:** Fuente: División de Inversiones.

El objetivo de impacto del tema infraestructura se evalúa a través de dos indicadores uno relativo a hospitales y otro a centros de atención primaria, para ambos se cumple con la meta propuesta para la década, sin embargo se debe señalar que según la OCDE en Chile se presenta un déficit en el número de camas por cada 1.000 habitantes (2,1).

Por otra parte se observa la necesidad de avanzar en actualizar y mejorar el uso de tecnología asociada al ciclo de vida de la infraestructura y equipamiento (Estudio - Diseño - Ejecución - Operación) y, en el actual contexto de cambio climático es necesario mejorar la sostenibilidad y eficiencia energética, por lo tanto se visualiza necesidad de avanzar en esta área.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fortalecer el Modelo de Inversión en Infraestructura	Proporción de SS con registro de equipamiento en hospitales, actualizado cada 4 años, según metodología de estudio preinversional.	Lograr el 100% de los SS cuenten con registro de equipamiento en hospitales, actualizado cada 4 años, según metodología de estudio preinversional.	<b>Cumple</b>
	Proporción de SS capacitados en materia de inversión hospitalaria y de atención primaria, al menos asociado a la implementación de cada cambio.	Lograr el 100% de SS capacitados en materia de inversión hospitalaria y de atención primaria, al menos asociado a la implementación de cada cambio.	<b>Cumple</b>
	Proporción de SS que cuentan con modelo de gestión de red que incluya análisis de infraestructura, elaborado y actualizado al menos cada 10 años.	Lograr el 100% de SS cuenten con modelo de gestión de red que incluya análisis de infraestructura, elaborado y actualizado al menos cada 10 años.	<b>Cumple</b>

Este resultado esperado se evalúa a través de tres indicadores, los que cumplen con la meta propuesta para la década, de los que cabe destacar lo siguiente:

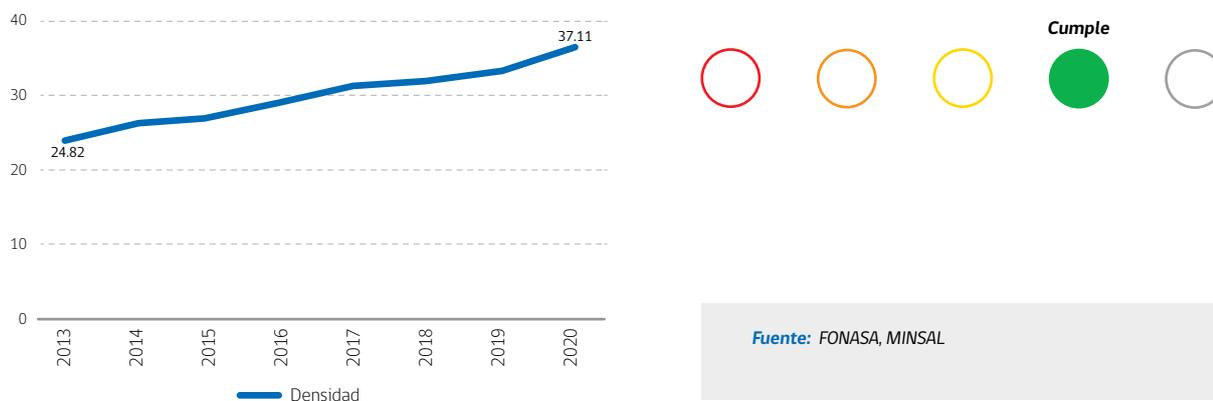
- El indicador relacionado con el registro de equipamiento en hospitales, se esperaba que se actualizará cada 4 años, sin embargo a partir del año 2017 se exige la actualización del catastro de equipos médicos anualmente a partir del Decreto Exento N°290/2017, Norma de Mantenimiento Hospitalario.
- Se han realizado jornadas de capacitación a todos los Servicios de Salud en materias relativas a inversión hospitalaria.
- Respecto al indicador de Modelo de Gestión en Red, esta se realiza cada 5 años y actualmente se encuentra en proceso de actualización.

## GESTIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

### OBJETIVO DE IMPACTO: MEJORAR LA GESTIÓN DEL PERSONAL DEL SECTOR SALUD (INCLUYE SEREMI Y SERVICIOS DE SALUD)

GRÁFICO 132:

DENSIDAD DE PROFESIONALES NUCLEARES (MÉDICOS, MATRONAS Y ENFERMERAS) POR 10.000 BENEFICIARIOS FONASA A NIVEL PAÍS.



Como se observa en el gráfico, la densidad de profesionales nucleares ha ido en aumento progresivamente, llegando a 37,11 equipos por 10.000 beneficiarios Fonasa, superando en 5,1 puntos porcentuales la meta propuesta.

Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Densidad de profesionales nucleares (médico, matrón/a y enfermera/o), en el sector público de Salud.	23,9*10.000 beneficiarios FONASA	32*10.000 beneficiarios FONASA	29,1*10.000 beneficiarios FONASA	37,1*10.000 beneficiarios FONASA
Porcentaje de funcionarios de la Subsecretaría de Salud Pública con resultados de "riesgo bajo" en todas las dimensiones de riesgo psicosocial.	24%	80%	24,3%	Sin dato

Respecto del indicador relativo a la densidad de profesionales nucleares hay varios factores que pueden influir, como: mayor disponibilidad de contratos en el sistema público que permiten la incorporación de diferentes profesionales sanitarios en los distintos Servicios de Salud. Desarrollo de incentivos para permanecer en el sistema público garantizando así disponibilidad y retención de profesionales en zonas rurales y/o con menos habitantes y de difícil acceso.

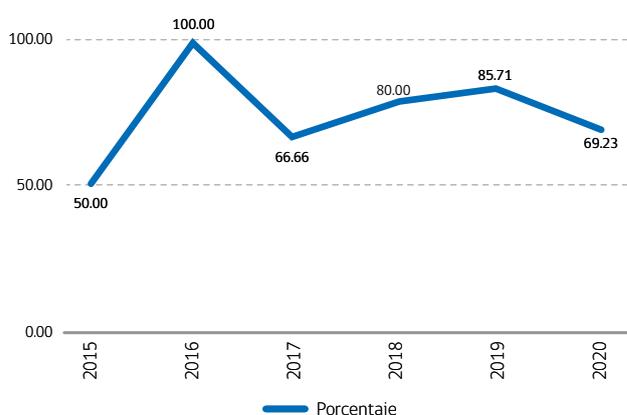
El indicador relacionado con los funcionarios que presentan riesgo psicosocial bajo, se encuentra no evaluable debido a que si bien se aplicó el cuestionario SUSESO/ISTAS21 en junio del año 2019, este fue respondido por menos del 60% de los funcionarios por lo que no es válida su aplicación. Por otra parte se aplicó el cuestionario

“Inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo IVAPT PANDO” para evaluar el acoso laboral en el Nivel Central, el que fue respondido por una mayor cantidad de funcionarios las que se enviaron al Departamento de Salud Ocupacional de la División de Políticas Públicas y Saludables para su análisis.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Dotación adecuada de personal en sector salud	Porcentaje de hospitales construidos y en operación que cuentan con dotación adecuada de personal.	Lograr que el 80% de los hospitales construidos y en operación que cuenten con dotación adecuada de personal.	<b>Avance Importante</b>
	Porcentaje de funcionarios total de la Subsecretaría de Salud Pública (SSP) con cargos asociados.	Lograr que el 100% de funcionarios total de la Subsecretaría de Salud Pública (SSP) tengan cargos asociados.	<b>No evaluable</b>

GRÁFICO 133:

PORCENTAJE DE HOSPITALES CONSTRUIDOS Y EN OPERACIÓN QUE CUENTAN CON DOTACIÓN ADECUADA DE PERSONAL.



Fuente: Fuente: DIGEDEC, MINSAL.

Dada la relevancia que representa para el Sector el Plan Nacional de Inversiones, que viene a elevar la capacidad diagnóstica y resolutoria de la Red Asistencial del país, se orienta –en una primera instancia– la evaluación de dotación adecuada en los establecimientos de salud que forman parte de la cartera de proyectos, mediante la metodología vigente para Estudios de Preinversión Hospitalaria (EPH).

Entendiendo que el Plan Nacional de Inversiones para el periodo 2018 – 2022, contempla establecimientos que estarán Terminados, en Construcción y en Estudio Diseño o Licitación, se ha estimado contemplar como parte de este Informe, aquellos establecimientos que forman parte de la cartera nacional de inversiones.

Este resultado se calcula utilizando como numerador el número de hospitales construidos y en operación que cuentan con dotación adecuada de personal y como denominador número de hospitales construidos y en operación. Con la cual se espera a llegar como meta al 80 % de hospitales construidos con su dotación adecuada al año 2020.

Para la confección del indicador, se entiende como establecimientos con dotación adecuada, aquellos que presentan un cierre de brechas total de acuerdo con los análisis de Demanda y Brecha, es decir el 100%, tanto

en el proceso de estudios preinversional (EPH) como en la actualización de RR.HH. evaluada al comienzo de su proceso de puesta en marcha. Es así, que desde el año 2014 al 2020, 26 establecimientos hospitalarios han iniciado operaciones y al año 2020, 18 de estos establecimientos presentan dotación adecuada. Como resultado del indicador, al año 2020, el 69% de los establecimientos hospitalarios que han iniciado operaciones presentan dotación adecuada o un cierre de brecha de recursos humanos total. Sin embargo, se debe tener presente que para el año 2020, se cuenta con 5 establecimientos hospitalarios que entraron en operaciones de forma anticipada, afectando el resultado del indicador al año 2020.

Respecto del indicador relacionado con funcionarios que cuenten con cargos asociados, se encuentra no evaluable dado que esta concepción no fue desarrollada a lo largo de la década, sin embargo, desde el año 2016 se han realizado informes que se relacionaron con “Controlar el grado de cumplimiento de los procesos en materia de gestión y desarrollo de personas” mediante tres actividades:

- 1.- “Elaborar Matriz de datos de dotación de personal”,
- 2.- “Elaborar Matriz de datos de personal fuera de dotación: suplentes y reemplazos” y,
- 3.- “Elaborar matriz de datos de personal a honorario”.

Estas actividades, si bien se relacionan con la dotación de ambas subsecretarías, dan cuenta de reporte de datos del personal, pero no de la medición de la dotación adecuada de personal.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fortalecer la adquisición y desarrollo de competencias adecuadas en el personal de salud a través de actividades de capacitación y perfeccionamiento.	Porcentaje de funcionarios que aprueban actividades del programa anual de capacitación en áreas priorizadas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales (SRA).	Lograr que el 55% de los funcionarios aprueben actividades del programa anual de capacitación en áreas priorizadas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales (SRA).	<b>Retroceso</b>
	Porcentaje de capacitaciones de acuerdo a lineamientos estratégicos anuales de la Subsecretaría de Salud Pública.	Lograr el 75% de capacitaciones de acuerdo a lineamientos estratégicos anuales de la Subsecretaría de Salud Pública.	<b>Retroceso</b>

**GRÁFICO 134:**

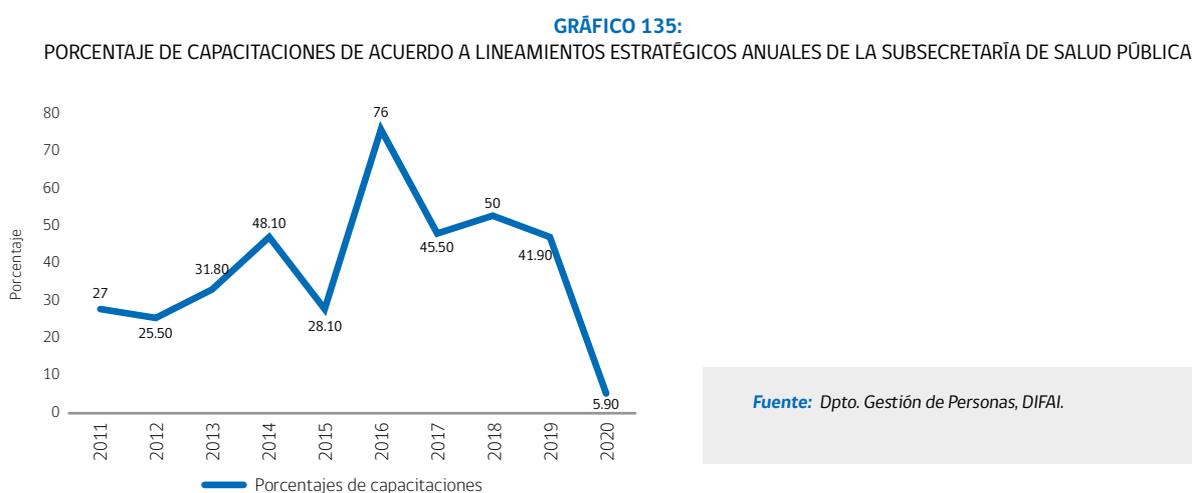
PORCENTAJE DE FUNCIONARIOS QUE APRUEBAN ACTIVIDADES DEL PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN EN ÁREAS PRIORIZADAS POR LA SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES (SRA).



Fuente: DIGEDEP, MINSAL.

Este indicador se encuentra en estado de Retroceso, y ello se puede explicar por varios factores, primero se debe considerar que la dotación del sector salud representa cerca del 50% del total de funcionarios del gobierno central, los recursos asignados en la línea estratégica de los Planes Anuales de Capacitación son limitados, y en algunos casos no abarcando el 1% de las remuneraciones imponibles del personal, y dado la heterogeneidad de leyes y estamentos presentes, es difícil abordar todas las necesidades según la pertinencia de su función.

Es importante precisar, que los PAC solo responden a necesidades locales de cada Servicio de Salud, según las orientaciones emitidas por el Servicio Civil y Ministerio de Salud y, anualmente alcanzan un aproximado de 5.000 actividades para una dotación de funcionarios de 130.000 de los Servicios de Salud, además, se debe considerar otras leyes como APS, código del trabajo y Honorarios.



La meta de este indicador comprometida para la década fue de un 75% de las actividades de capacitaciones de acuerdo a lineamientos estratégicos anuales de la Subsecretaría de Salud Pública, situación que solo se cumple en el año 2016 con el 76% de las actividades. Si bien el año 2017 y 2018 se acercan al 50% en el año 2019 y 2020 existe una baja considerable puesto que en ambos años las prioridades se establecieron en torno a la contingencia del país, tanto por la crisis política ocurrida en octubre del 2019 “estallido social”, como por la pandemia por SARS-CoV-2.

Considerando que las competencias del personal deben estar en concordancia con las definiciones estratégicas organizacionales y los énfasis de gestión de la autoridad, todo ello conforma los principios rectores para la definición de los lineamientos estratégicos de capacitación anuales y cuyas principales directrices son plasmadas en los Planes y Programas de Capacitación Anual (PAC) dirigidos al personal de salud. Por lo que las actividades priorizadas en esta materia deben ser pertinentes a dicho Plan.

Sin embargo, esos lineamientos estratégicos no están orientados necesariamente a los procesos internos de la Institución lo que hace que los recursos se orienten a distintas prioridades de procesos generales propios de la formación básica curricular.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar la calidad de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud.	Porcentaje de funcionarios que acceden a programas de calidad de vida laboral.	Lograr que el 75% de los funcionarios acceda a programas de calidad de vida laboral.	<b>Avance Importante</b>

**GRÁFICO 136:**

PORCENTAJE DE FUNCIONARIOS QUE ACCEDEN A PROGRAMAS DE CALIDAD DE VIDA LABORAL



Fuente: DIGEDEP, MINSAL.

Este indicador se encuentra en estado de Avance Importante, no obstante se observa una disminución en el tiempo y existe la preocupación constante por ofrecer a los funcionarios programas de calidad de vida laboral.

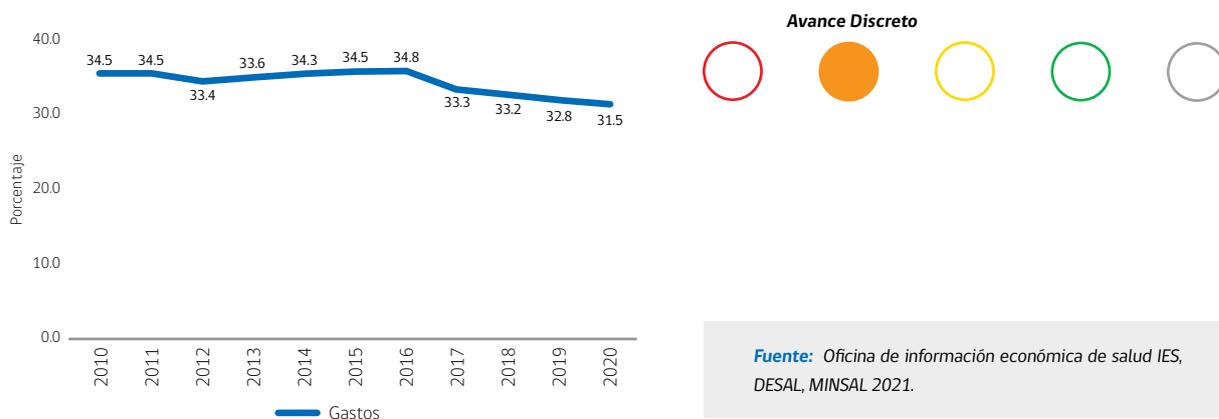
Para la medición del indicador se ha considerado a los funcionarios/as afiliados a los Servicios de Bienestar, entendidos como entidades que agrupan a trabajadores/as de una organización y que tienen por finalidad otorgar como consecuencia de sus relaciones contractuales de trabajo, prestaciones adicionales o complementarias a las que otorgan los regímenes legales obligatorios y las demás que establezcan sus Estatutos, con el fin de mejorar las condiciones de vida de sus asociados y cargas familiares.

## GESTIÓN FINANCIERA

### OBJETIVO DE IMPACTO: FORTALECER EL FINANCIAMIENTO DEL SECTOR

GRÁFICO 137:

GASTO DE BOLSILLO EN SALUD DE CHILE COMO % DEL GASTO TOTAL EN SALUD, PERÍODO 2010-2020

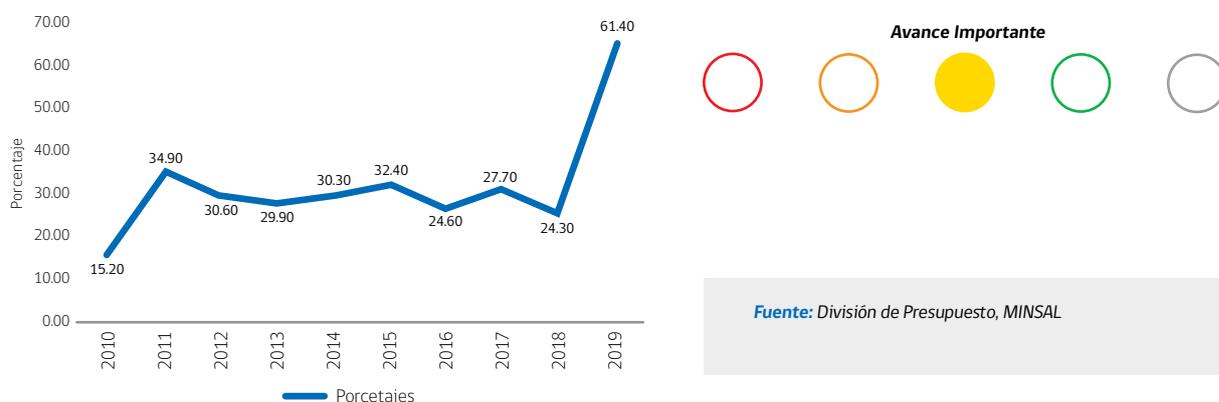


Este objetivo de impacto cuenta con dos indicadores para su medición, el relativo a GBS se encuentra en estado de Avance Discreto ya que se ha logrado una disminución del 9% del gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud.

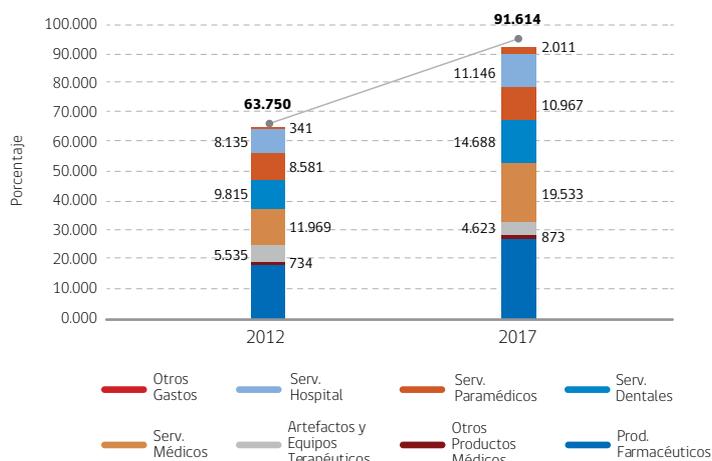
El indicador formulado para evaluar la eficiencia financiera del sector en los Servicios de Salud se encuentra en estado de Avance Importante, por lo que es necesario avanzar en mejorar este aspecto. Cabe señalar que existió durante la década una corrección en la aplicación de la fórmula dado que anteriormente se interpretó que el servicio cumplía al 100% si al menos un hospital cumplía y se corrigió al total de establecimientos que respecto de cada servicio cumplen con lo indicado en la fórmula estipulada.

GRÁFICO 138:

PORCENTAJE DE SERVICIOS DE SALUD CUYOS HOSPITALES LOGRAN RELACIÓN INGRESOS DEVENGADOS/EGRESOS DEVENGADOS MAYOR O IGUAL A UNO

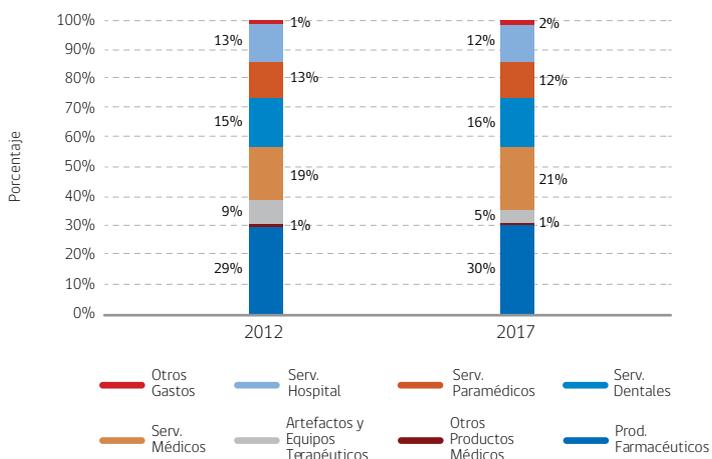


**GRÁFICO 139:**  
GBS POR TIPO DE PRODUCTO, NIVEL NACIONAL, 2012 Y 2017 (PESOS DICIEMBRE 2019)



Fuente: MINSAL (2019).

**GRÁFICO 140:**  
GBS POR TIPO DE PRODUCTO, NIVEL NACIONAL, 2012 Y 2017 (ESTRUCTURA DE GASTO)



Fuente: MINSAL (2019).

En los gráficos se muestra los principales componentes del GBS de los hogares de acuerdo a información proveniente de la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF) elaborada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Se observa cambios importantes entre 2007 y 2012, en los montos registrados en pesos chilenos y cambios leves en la estructura de gasto. Los productos farmacéuticos, los servicios médicos y dentales han aumentado, solo en términos porcentuales han disminuido los servicios hospitalarios y los servicios paramédicos y solo los artefactos y equipos terapéuticos han disminuido en términos monetarios.

El gasto en productos farmacéuticos resulta el de mayor importancia respecto al total de GBS de los hogares, representando un 29% el 2012 y 30% el 2017. Posteriormente se encuentran los gastos en servicios médicos y servicios dentales.

En los estudios MINSAL (20,21) se señalan una serie de factores a nivel macro que podrían resultar determinantes del GBS. Entre estos se mencionan: el contexto económico, los cambios demográficos y epidemiológicos, brechas de género, el estado de la red pública de salud, y las políticas de protección financiera de salud.

En el sector salud durante la década se han implementado distintas políticas públicas que han tenido un impacto importante en el gasto de bolsillo de los hogares al otorgar garantía de protección financiera, como por ejemplo:

- Plan de Garantías Explícitas de Salud (GES), que establece garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera a un grupo de enfermedades y condiciones de salud (actualmente 80 problemas de salud).
- Ley de urgencia N° 19.650, que en caso de urgencia vital permite a un paciente recibir atención inmediata en el servicio de urgencia más cercano, sea público o privado, sin importar cuál es su situación económica, o si pertenece a Fonasa o a una Institución de Previsión Social (ISAPRE).
- El Seguro Catastrófico de Salud en FONASA otorga una bonificación del 100% (a través de la Modalidad de Atención Institucional MAI) a los tratamientos e intervenciones quirúrgicas considerados por el programa (por ejemplo, cardiocirugía y procedimientos cardiológicos de alta complejidad, neurocirugía de alta complejidad y trasplante de corazón, entre otros), además de establecer plazos de atención para las prestaciones contempladas por el seguro.
- Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), que es un beneficio adicional al plan de salud otorgado por algunas ISAPREs que permite financiar, cumplidos ciertos requisitos, hasta el 100% de los gastos derivados de atenciones de alto costo enfermedades catastróficas (que generan copagos cuya suma supera un deducible determinado) dentro de la red de prestadores de cada ISAPRE.
- Ley Ricarte Soto N°20.850, de junio de 2015, del Ministerio de Salud, que “Crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos”. La Ley entrega protección financiera a condiciones específicas de salud, tales como enfermedades oncológicas, inmunológicas y raras o poco frecuentes, que hayan sido determinadas a través de un Decreto Supremo del Ministerio de Salud. Otorga protección financiera a todos los usuarios de los sistemas previsionales de salud: FONASA, CAPREDENA, DIPRECA e ISAPRES, sin importar su situación socioeconómica.

## Desafíos

Si bien se ha logrado importantes avances en términos de protección financiera de los beneficiarios del sistema de salud en Chile, aún quedan grandes desafíos:

- Avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios. La OMS sugiere que el GBS como porcentaje del Gasto total en salud no debe sobrepasar el 15-20%.
- Adoptar nuevas medidas de protección financiera para evitar que los hogares/individuos se vean expuestos a gastos catastróficos en salud y empobrecimiento por estos gastos.

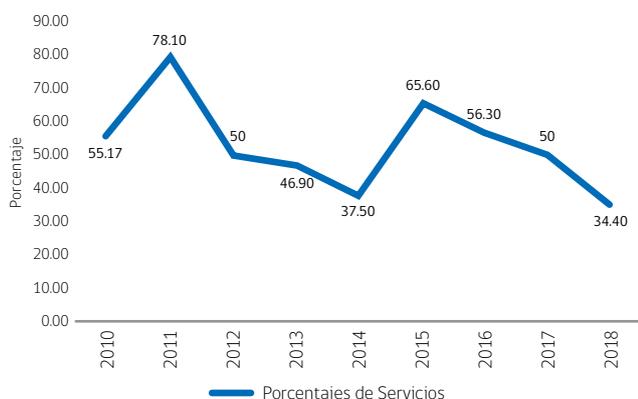
(20) Chile. Ministerio de Salud. Gasto de bolsillo en salud de los hogares según EPF VII y VIII. Santiago: MINSAL, 2019. Disponible en: <http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/11/MDC-N4-DIPLAS-Gasto-de-Bolsillo-en-Salud-segun-VII-Y-VIII-EPF.pdf>

(21) Chile. Ministerio de Salud. Informe Final Gasto Catastrófico y de Bolsillo en Salud para el período 1997 - 2012. Santiago: MINSAL, 2015. Disponible en: [http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/ESTUDIO-GASTO-CATASTROFICO\\_final-nueva-infograf.pdf](http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/ESTUDIO-GASTO-CATASTROFICO_final-nueva-infograf.pdf)

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fortalecer la gestión financiera del sector público de salud.	Porcentaje de Servicios de Salud que logran aumentar sus ingresos de operación con un estándar de variación (IPC+3%) en relación al año anterior.	Lograr que el 90% de Servicios de Salud aumenten sus ingresos de operación con un estándar de variación (IPC+3%) en relación al año anterior.	<b>Retroceso</b>
	Porcentaje de Servicios de Salud que logran el estándar de 85% o más en la relación ingresos percibidos sobre devengados del mismo año (Subtítulos 07 y 12).	Lograr que el 90% de Servicios de Salud obtengan el estándar de 85% o más en la relación ingresos percibidos sobre devengados del mismo año (Subtítulos 07 y 12).	<b>Retroceso</b>
	Porcentaje de Servicios de Salud que logran el estándar de 85% o más en la relación ingresos percibidos sobre devengados del mismo año (Subtítulos 08).	Lograr que el 90% de Servicios de Salud obtengan el estándar de 85% o más en la relación ingresos percibidos sobre devengados del mismo año (Subtítulos 08).	<b>Retroceso</b>

**GRÁFICO 141:**

PORCENTAJE DE SERVICIOS DE SALUD QUE LOGRAN AUMENTAR SUS INGRESOS DE OPERACIÓN CON UN ESTÁNDAR DE VARIACIÓN (IPC+3%) EN RELACIÓN AL AÑO ANTERIOR



Fuente: División de presupuesto, MINSAL.

Desde el año 2010, se puede determinar una combinación de tendencias en el rango meta de aumentar los ingresos de operación (Sbt. 07) con un estándar de variación de (IPC + 3%) en relación al año anterior. El período 2010-2011 inicia con un cumplimiento de 55,2%, luego se aprecia un aumento hasta 78,1% en el período 2011-2012, observándose una directa relación entre la disminución del IPC del año 2011 desde 4,2% a 1,4% el año 2012. A contar del período 2011-2012 se inicia un descenso en el cumplimiento hasta el período 2015-2016 que nuevamente sube de 37,5 a 65,6%, apreciándose otra vez la influencia de la disminución del IPC. Desde 4,3% a 2,2%. Finalmente, desde el período 2015-2016 se reinicia una disminución constante del indicador hasta llegar a los 34,4% del período 2018-2019, en donde el IPC aumenta desde 2,1% a 2,9% y el número de S.S. que cumplen disminuye desde 16 a 11.

GRÁFICO 142:

PORCENTAJE DE SERVICIOS DE SALUD QUE LOGRAN EL ESTÁNDAR DE 85% O MÁS EN LA RELACIÓN INGRESOS PERCIBIDOS SOBRE DEVENGADOS DEL MISMO AÑO (SUBTÍTULOS 07 Y 12)



Fuente: División de presupuesto, MINSAL.

Desde el año 2010, se puede observar una disminución del rango meta de 85% o más en la relación de los ingresos percibidos sobre los ingresos devengados del mismo año, considerando la sumatoria de los subtítulos 7 y 12, pues el año 2010 cumplen 11 S.S. con un 37,9%, disminuyendo constantemente desde el año 2014 hasta llegar al año 2019 en que sólo un Servicio de Salud cumple la meta, con un resultado anual de 3,5%. En lo concreto, si se observa la relación ingresos percibidos sobre ingresos devengados del año 2018 con un 57,6%, comparado con el resultado de 44,1% del año 2019, se puede observar una disminución de -23,4%. El Subtítulo 07 Ingresos de Operación aumenta entre 2018 y 2019 en un 0,5%, no obstante, el Subtítulo 12 Recuperación de Préstamos disminuye un -35%, explicando en gran medida la disminución de recaudación del año 2019.

GRÁFICO 143:

PORCENTAJE DE SERVICIOS DE SALUD QUE LOGRAN EL ESTÁNDAR DE 85% O MÁS EN LA RELACIÓN INGRESOS PERCIBIDOS SOBRE DEVENGADOS DEL MISMO AÑO (SUBTÍTULO 08)



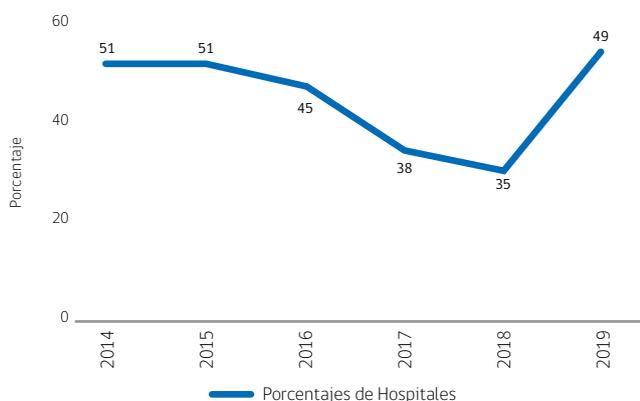
Fuente: División de presupuesto, MINSAL.

Desde el año 2010, se puede observar una disminución del rango meta de 85% o más en la relación de los ingresos percibidos sobre los ingresos devengados del mismo año, considerando el subtítulo 08, pues el año 2010 cumplen 23 S.S. con un 79,31%, disminuyendo constantemente desde el año 2010 hasta llegar al año 2019 en que ningún Servicio de Salud cumple la meta, con un resultado anual de 0%. En lo concreto, se puede concluir que la razón principal por la que el año 2019 ningún S.S. tuvo cumplimiento del 85% en la relación ingresos percibidos sobre devengados, es que el ítem 01 Recuperaciones y reembolsos por licencias médicas durante el año 2019 presenta una disminución de ingresos recaudados en -21,4% después de haber estado aumentando sostenidamente desde el año 2010 y un aumento de 9,5% en los ingresos devengados.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar la eficiencia en el uso de recursos de la red asistencial.	Porcentaje de hospitales autogestionados que tienen una utilización de camas básicas de entre 80 y 90%.	Lograr que el 80% de hospitales autogestionados tengan una utilización de camas básicas de entre 80 y 90%.	<b>Retroceso</b>
	Porcentaje de hospitales con egresos hospitalarios anuales con estadía prolongada menor al 6,5%.	Lograr el 100% de hospitales con egresos hospitalarios anuales con estadía prolongada menor al 6,5%	<b>Avance Importante</b>
	Porcentaje de hospitales autogestionados que tienen un 85% o más de horas disponible de pabellones quirúrgicos que son ocupadas (horas electivas).	Lograr el 85% de hospitales autogestionados con un 85% o más de horas disponible de pabellones quirúrgicos que son ocupadas (horas electivas).	<b>Retroceso</b>

**GRÁFICO 144:**

PORCENTAJE DE HOSPITALES AUTOGESTIONADOS QUE TIENEN UNA UTILIZACIÓN DE CAMAS BÁSICAS DE ENTRE 80 Y 90%

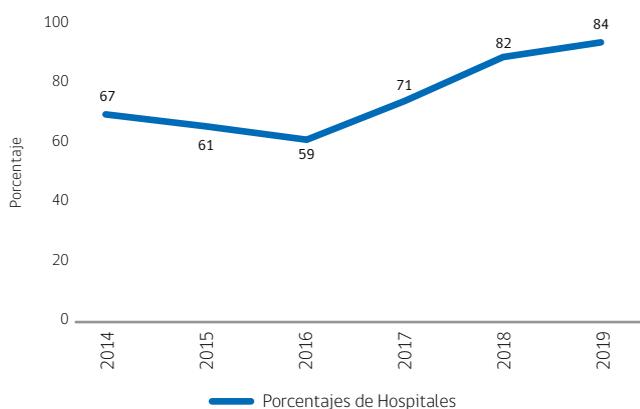


Fuente: DEIS, MINSAL.

Los indicadores propuestos para este resultado esperado se encuentran en distintos estados de avance, observándose que ninguno logró la meta propuesta para la década, hay dos que se encuentran en retroceso es decir en peor condición que la línea base y, el indicador relacionado con la estadía en los prolongada en hospitales se encuentra en estado de avance importante.

**GRÁFICO 145:**

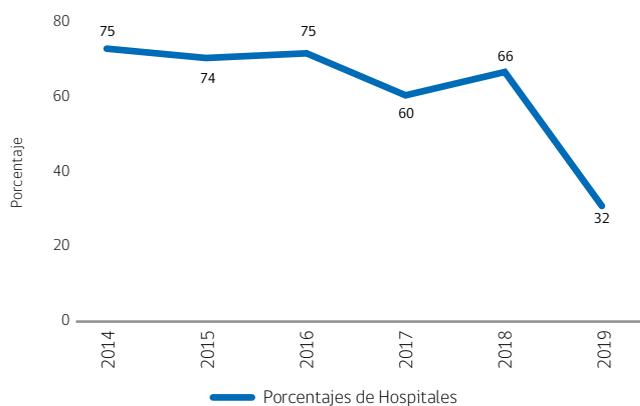
PORCENTAJE DE HOSPITALES CON EGRESOS HOSPITALARIOS ANUALES CON ESTADÍA PROLONGADA MENOR AL 6,5%



Fuente: DIGERA, MINSAL.

**GRÁFICO 146:**

PORCENTAJE DE HOSPITALES AUTOGESTIONADOS CON UN 85% O MÁS DE HORAS DISPONIBLE DE PABELLONES QUIRÚRGICOS QUE SON OCUPADAS (HORAS ELECTIVAS).

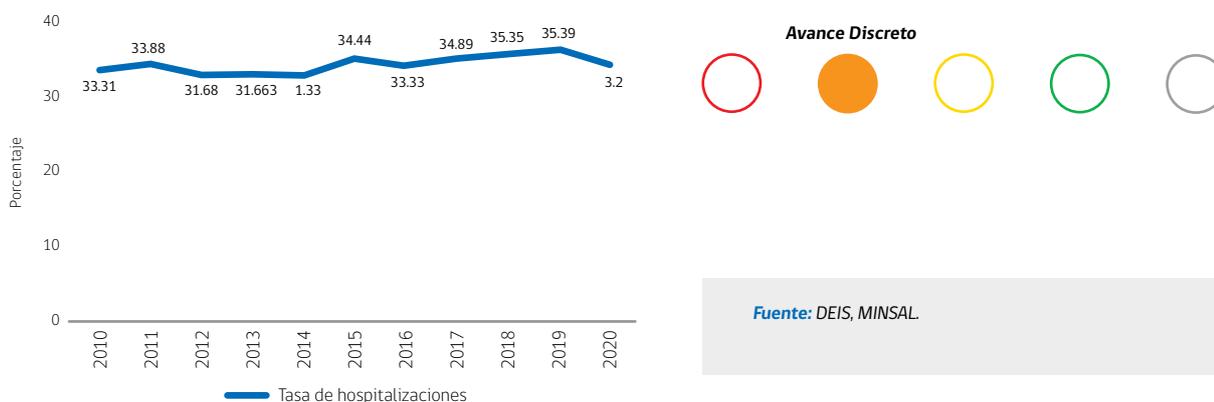


Fuente: DIGERA, MINSAL.

## REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

### OBJETIVO DE IMPACTO: FORTALECER EL FINANCIAMIENTO DEL SECTOR

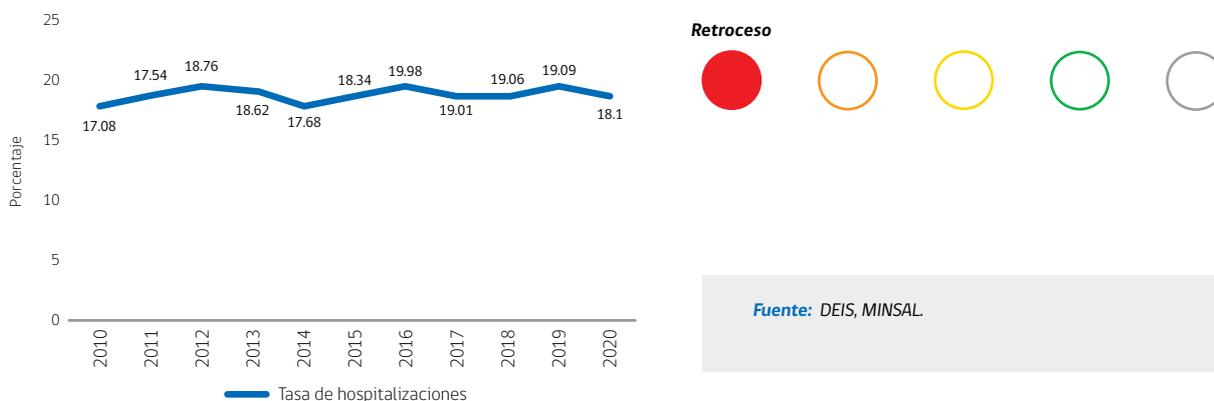
**GRÁFICO 147:**  
TASA DE HOSPITALIZACIONES POR INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC)



Este objetivo de impacto fue medido a través de dos indicadores que se consideró podían dar cuenta del funcionamiento y coordinación de la red en respuesta al desafío de disminuir la fragmentación de la atención por niveles. Para ambos indicadores no se cumple con la meta propuesta para la década.

El indicador relativo a hospitalizaciones por IAM en hombres menores de 50 años se encuentra en retroceso y se observa que durante la década no avanzó de su línea base. En cuanto al indicador relativo a hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca congestiva si bien se encuentra en estado de Avance Discreto, este avanzó muy poco sobre su línea base.

**GRÁFICO 148:**  
TASA DE HOSPITALIZACIONES POR INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO (IAM) EN HOMBRES MENORES DE 50 AÑOS.



Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Tasa de hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca congestiva (ICC).	33,5* 100.000 habitantes	26,3* 100.000 habitantes	31,6* 100.000 habitantes	33,2* 100.000 habitantes
Tasa de hospitalizaciones por infarto agudo al miocardio (IAM) en hombres menores de 50 años.	15,9* 100.000 habitantes	13* 100.000 habitantes	26,4* 100.000 habitantes	18,1* 100.000 habitantes

El indicador de hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca congestiva, no logra la meta propuesta, además se observa que a través de los años algunas regiones presentan una dispersión importante. Para un futuro plan de salud se debe considerar aquello para incentivar acciones que contribuyan a mejorar la salud de la población según las necesidades territoriales.

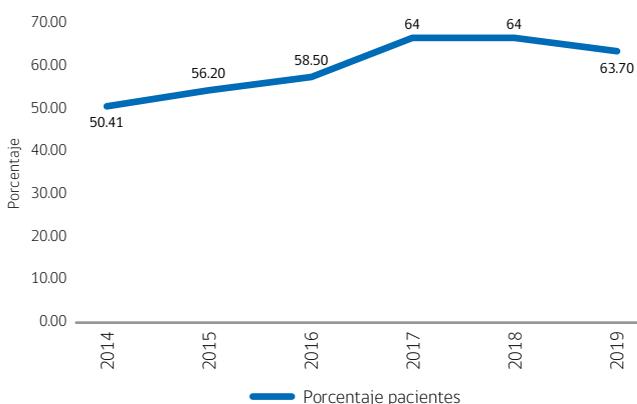
En lo que respecta a hospitalizaciones por IAM en hombres menores de 50 años, la dispersión por regiones no es tan llamativa como en el otro indicador, sin embargo se debe tener en cuenta para la planificación.

En general es necesario mejorar en las medidas preventivas y la educación a la población para disminuir los factores de riesgo de ambos problemas de salud.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Mejorar el acceso y oportunidad a la atención de salud.	Porcentaje de pacientes en lista de espera para consulta nueva de especialidad (CNE) con una antigüedad menor a 1 año.	Lograr un 58% de pacientes en lista de espera para consulta nueva de especialidad (CNE) con una antigüedad menor a 1 año.	<b>Cumple</b>

GRÁFICO 149:

PORCENTAJE DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA CONSULTA NUEVA DE ESPECIALIDAD (CNE) CON UNA ANTIGÜEDAD MENOR A 1 AÑO



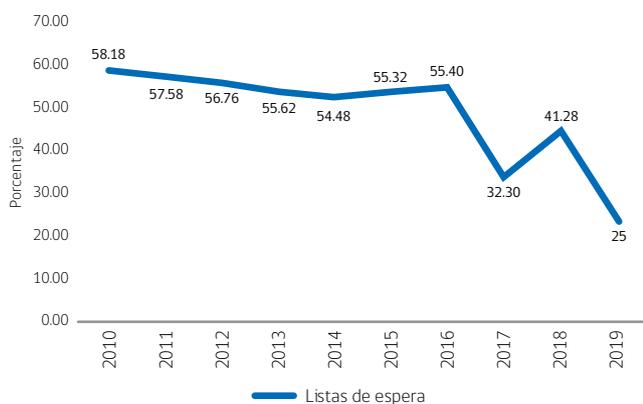
Fuente: Repositorio Nacional de Listas de Espera y Sistema de Gestión de Tiempos de Espera.

En este indicador se cumple la meta propuesta para la década dando una cuenta de la mejor oportunidad en la atención que se traduce en un menor tiempo de espera. Sin embargo es necesario considerar que este indicador podría verse afectado producto de los efectos de la pandemia por Covid-19.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fortalecer la referencia y contrarreferencia dentro de los Servicios de Salud.	Porcentaje de pertinencia en la referencia entre componentes de Servicios de Salud (SS) para especialidades.	Lograr un 70% de pertinencia en la referencia entre componentes de Servicios de Salud (SS) para especialidades.	<b>Retroceso</b>

**GRÁFICO 150:**

PORCENTAJE DE PERTINENCIA EN LA REFERENCIA ENTRE COMPONENTES DE SERVICIOS DE SALUD (SS) PARA ESPECIALIDADES



Fuente: DEIS, MINSAL

Este indicador se encuentra en estado de retroceso, y según se observa durante la década no logró mejorar sobre la línea base, lo que demuestra que es necesario identificar que factores influyen en ello y si hay alguna especialidad en específica que presente resultados más críticos para una futura planificación.

## COOPERACIÓN INTERNACIONAL

### OBJETIVO DE IMPACTO: MANTENER LA PARTICIPACIÓN Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD



Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Porcentaje anual de demandas de cooperación técnica ejecutadas o en desarrollo.	75%	75%	75%	>75%

La Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales (OCAI) es la dependencia responsable de asegurar la adecuada participación del Ministerio de Salud en instancias y acuerdos bi/multilaterales, coordinando y tomando parte en la formulación de posiciones comunes, líneas estratégicas, políticas y/o programas, en conjunto con otros países, permitiendo así mejorar la gestión y resultados sanitarios. De ese modo, materializa las prioridades de política del sector salud y de la política exterior de Chile en la escena internacional.

El objetivo de la OCAI es mantener la participación del Ministerio de Salud en la Agenda Internacional e impulsar la cooperación técnica internacional en Salud.

En ese sentido, el Objetivo de Impacto (OI) contenido en la Estrategia Nacional de Salud (ENS) recoge fielmente los dos ejes fundamentales que sustentan el accionar de la OCAI, que son las Relaciones Internacionales y la Cooperación Internacional.

Por consiguiente, el indicador está representado como el "Porcentaje de contrapartes técnicas que participan en actividades de la agenda y la cooperación internacional", comprometiéndose como meta que al menos un 75% de los referentes o contrapartes de Salud que han sido convocadas o invitadas a colaborar en las actividades de la agenda internacional y en líneas de cooperación técnica internacional participen activamente en los respectivos foros, encuentros, reuniones o instancias de trabajo.

El balance, luego de diez años de formulada la meta, ha sido ampliamente favorable alcanzando en promedio niveles superiores al 75 %, caracterizándose el período 2011-2020 por una nutrida agenda internacional y por una alta demanda de cooperación técnica, donde el Ministerio de Salud se ha consolidado como un referente y oferente de cooperación técnica bajo la modalidad de la colaboración en los ámbitos multilateral, bilateral, triangular y fronteriza.

Es preciso destacar el compromiso y valiosa disposición de las autoridades y equipos técnicos del Ministerio de Salud, de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, de los Servicios de Salud y de los Organismos Autónomos (Instituto de Salud Pública, Superintendencia de Salud, CENABAST y FONASA), quienes regularmente han sido convocados para participar en múltiples iniciativas internacionales y en acciones de cooperación técnica, contribuyendo en estos diez años a alcanzar el objetivo y la meta planteada.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Cooperación Técnica.	Porcentaje anual de demandas de cooperación técnica ejecutadas o en desarrollo.	Lograr que se ejecuten 4 demandas de cooperación técnica por año.	<b>Cumple</b>

En lo relativo al Resultado Esperado 1 (RE1), se ha cumplido con creces respecto al indicador y meta comprometida, donde la Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales ha realizado las gestiones y coordinaciones correspondientes para implementar a lo menos 4 actividades de cooperación por año respecto de las 5 demandas que, en promedio, han sido proyectadas.

Cabe destacar, que las actividades de cooperación técnica desarrolladas en el período 2011-2020 han recogido las demandas directas realizadas por los países en temas específicos y aquellas iniciativas que son coordinadas a través de la Agencia Chilena de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AGCID) del Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile.

Dentro de las líneas de cooperación que se han desarrollado durante el pasado decenio se destacan, entre otras:

- Cooperación Triangular Japón-Chile-Bolivia "Fortalecimiento de Capacidades Técnicas para el desarrollo de la Rehabilitación inclusiva en Bolivia".
- Cooperación para "Evaluación y Seguimiento de Impactos de la Reforma de Salud en Chile" desarrollado con la Agencia de Cooperación Alemana - GIZ.
- Hermanamiento Hospitalario entre el Hospital del Niño de La Paz y el Hospital Dr. Exequiel González Cortés de Santiago.
- Cooperación para el fortalecimiento de la integración fronteriza en materia de salud Chile - Bolivia "Salud sin Fronteras".
- Proyecto de Cooperación Chile - Paraguay para el Fortalecimiento del Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS).
- Asistencia técnica de ANAMED para avanzar en el registro y la regulación de productos farmacéuticos y cosméticos en República Dominicana.
- Proyecto de Cooperación Triangular: Chile - España - Bolivia en "Formación en Medicina Transfusional".
- Cooperación triangular Alemania - Brasil - Chile en materia de "Salud del Hombre".
- Cooperación técnica para establecer criterios y procedimientos clínicos para implementar el Convenio de Cooperación Chile - Argentina en Materia de Trasplante Hepático a Pacientes Pediátricos en Emergencia.

- Proyecto de cooperación técnica entre Chile y Uruguay para fortalecer la visita domiciliaria de niños y adolescentes en riesgo.
- Proyecto de Cooperación Fondo Argentino de Cooperación (FOAR) – Agencia Chilena de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AGCID-Chile) en materia de Salud Intercultural.
- Proyecto Chile – Colombia “Hacia el Fortalecimiento de una Agenda Binacional sobre Salud de las Personas Migrantes en las Regiones de Tacna, Arica y Antofagasta”, con apoyo de la OIM.
- Cooperación intersectorial para la Asistencia Médica Primaria en casos de Emergencia y Urgencia en zonas de frontera Chile – Argentina.
- Mapa de Capacidades Médicas Transfronterizas para Urgencias y Emergencias Chile – Argentina.
- Cooperación en materia de Epidemiología de Campo a profesionales de la salud de las regiones de Tacna y Arica-Parinacota.
- Cooperación en materia de Promoción de la Salud a nivel de Fronteras de Chile y Perú.
- Cooperación Chile – Ecuador en materia de Cáncer Colorrectal para intercambio de experiencias y estrategias.
- Estudio líneas de base para la Década del Envejecimiento Saludable.
- Curso de Sensibilización de Equipos de Salud para el Acceso y Atención de población haitiana en Chile.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Participación en la agenda internacional	Porcentaje anual de actividades planificadas en la agenda internacional que son efectivamente ejecutadas.	Lograr que se ejecuten 7 actividades por año de las planificadas en la agenda internacional.	<b>Cumple</b>

En el Resultado Esperado 2 (RE2), ha existido una nutrida y activa participación de representantes del Ministerio de Salud en foros y reuniones permanentes que integran la Agenda Internacional cada año.

A pesar de todas las limitaciones y restricciones de desplazamiento que ha generado la pandemia de Covid-19 durante el año 2020, ha sido posible mantener la representación a través del apoyo de plataformas virtuales, herramientas que han sido de gran utilidad para dar continuidad a los acuerdos y compromisos internacionales adoptados.

De esta forma, se ha conseguido un cumplimiento sobre el 75% de la meta propuesta (asistencia al menos en

7 foros y reuniones internacionales por año de un total de 9 proyectadas) con representación de autoridades y referentes del Ministerio de Salud en algunas de las siguientes instancias:

- Asamblea Mundial de la Salud.
- Conferencia Sanitaria y Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud.
- Foro de Cooperación Económica Asia-Pacífico (APEC).
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)
- Reunión de Ministros de Salud y Estados Asociados de MERCOSUR.
- Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA).
- Foro para el Progreso de América del Sur (Prosur).
- Alianza del Pacífico.
- Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños - CELAC.
- Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud.
- Reunión Binacional de Ministros Chile - Argentina.
- Gabinete Binacional Chile - Perú.
- Consejo Interministerial Binacional (CIB) Chile - Ecuador.
- Comités de Integración Fronteriza Chile - Argentina.
- Comité de Integración y Desarrollo Fronterizo (CIDF) Chile - Perú.
- Comité de Frontera e Integración Chile - Bolivia.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Difusión de actividades de cooperación y relaciones internacionales	Número de secciones que incluyen actividades de cooperación y relaciones internacionales en el portal <a href="http://www.ocai.cl">www.ocai.cl</a>	Lograr que se incluya una sección de actividades de cooperación y relaciones internacionales al año en el portal <a href="http://www.ocai.cl">www.ocai.cl</a>	<b>Cumple</b>

En cuanto al Resultado Esperado 3 (RE3), correspondiente a la "Difusión de actividades de cooperación", la Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales asumió el compromiso de disponer de un espacio virtual destinado a compartir detalles de las actividades de la agenda internacional y de las acciones de cooperación técnica donde se ha tenido una participación activa durante el período 2011-2020.

En ese sentido, es justo destacar que de manera ininterrumpida la OCAI ha difundido año tras año las diferentes participaciones y acciones en salud a través de la página web [www.ocai.cl](http://www.ocai.cl) donde existe un acceso público que permite a funcionarios de Salud y otras dependencias del Estado, agencias y organismos internacionales, otros ministerios de Salud y población en general, consultar de manera directa y sin limitaciones respecto del contenido de actividades desarrolladas en el ámbito internacional en Salud.

<https://ocai.minsal.cl/category/noticias/>

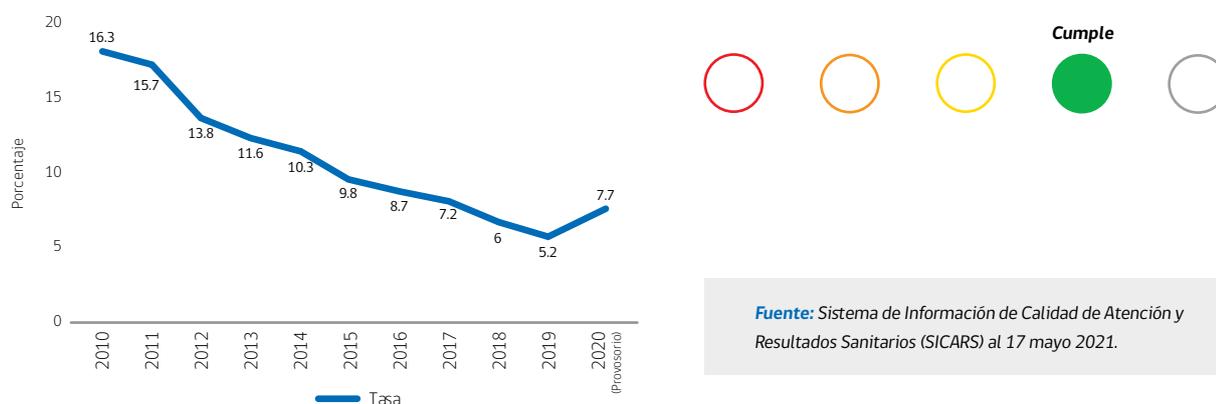
## EJE 8: CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN

Objetivo de impacto	Indicador de impacto	Línea Base	Meta 2020	Evaluación final de período	Estado
<b>Aumentar la seguridad en la atención de salud</b>	Tasa de neumonía asociada a uso de ventilación mecánica (adultos)	16,31	13,05	7,7	<b>Cumple</b>
<b>Mejorar la calidad de los medicamentos</b>	Porcentaje de medicamentos priorizados que cumplen con las características de calidad definidas	0%	90%	No disponible	<b>No evaluable</b>
<b>Aumentar la satisfacción usuaria</b>	Índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de centros de APS	18,6%	≤18,6%	No disponible	<b>No evaluable</b>
	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención en las oficinas de informaciones, reclamos y sugerencias (OIRS) del Ministerio de Salud	95,31%	≥95%	No disponible	<b>No evaluable</b>

## SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN

### OBJETIVO DE IMPACTO: AUMENTAR LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE SALUD

**GRÁFICO 151:**  
TASA DE NEUMONÍA ASOCIADA AL USO DE VENTILACIÓN MECÁNICA (ADULTOS)

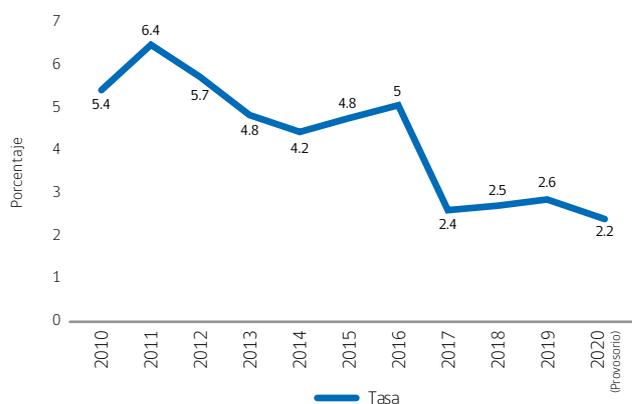


La meta para este indicador fue de 13,05 por 1.000 días de uso de ventilación mecánica, al final de la década el indicador presenta una reducción en 52,8% evaluada en los hospitales públicos pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Con la pandemia, el uso de ventilación mecánica aumentó en pacientes adultos (a modo de ejemplo, durante el 2018 se vigilaron 141.649 días de ventilador, el 2019, 149.683 días, mientras que durante 2020 se vigilaron 259.912 días), pero a expensas de pacientes con enfermedad respiratoria aguda, disminuyendo proporcionalmente en número el uso de la ventilación mecánica invasiva en otros tipos de patologías. Adicionalmente, se amplió la oferta de camas de paciente crítico con ventilador, en contextos de alta presión asistencial, lo que tensionó a los equipos de unidades de pacientes críticos con experiencia y obligó a la necesidad de formar rápidamente a profesionales para el manejo de este tipo de pacientes. Todo esto, pudo tener alguna participación en el quiebre de disminución sostenida que presentaba esta tasa.

Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Tasa de neumonía asociada a uso de ventilación mecánica (adultos).	16,31	13,05	9,74	7,7
Tasa de neumonía asociada a uso de ventilación mecánica (pediatría).	5,4	4,32		2,2
Tasa de neumonía asociada a uso de ventilación mecánica (Neonatos).	8,1	6,5		5,4

**GRÁFICO 152:**  
TASA DE NEUMONÍA ASOCIADA AL USO DE VENTILACIÓN MECÁNICA (NIÑOS)



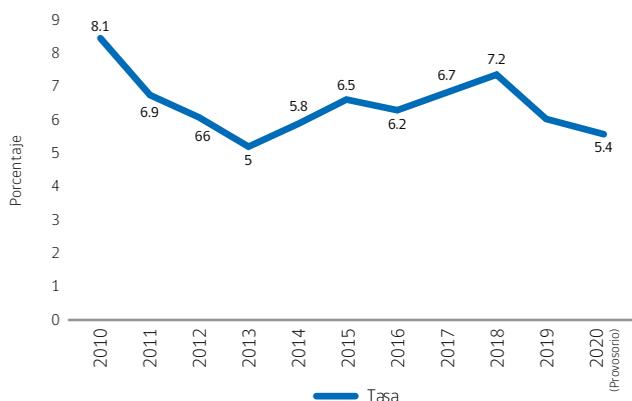
**Fuente:** Sistema de Información de Calidad de Atención y Resultados Sanitarios (SICARS) al 17 mayo 2021.

La meta para este indicador fue de 4,32 por 1.000 días de uso de ventilación mecánica, al final de la década el indicador presenta una reducción en 59,3%.

En el caso de pacientes pediátricos en ventilación invasiva, se observó durante 2020 una disminución de los días de ventilación observados con relación a años anteriores (49.247 durante 2018, 48.692 durante 2019 y 35.309 días durante 2020), lo que podría atribuirse, en parte, debido a la menor circulación de otros virus respiratorios.

El cómo afectó esta variación en la incidencia de casos también debe evaluarse considerando la asignación de personal de estas unidades a la atención de pacientes adultos, y la decisión de concentrar estos pacientes en unos pocos centros de referencia regionales.

**GRÁFICO 153:**  
TASA DE NEUMONÍA ASOCIADA AL USO DE VENTILACIÓN MECÁNICA (NEONATOS)



**Fuente:** Sistema de Información de Calidad de Atención y Resultados Sanitarios (SICARS) al 17 mayo 2021.

La meta para este indicador fue de 6,5 por 1.000 días de uso de ventilación mecánica. Al final de la década el indicador presenta una reducción en 33,3%.

Para el caso de los neonatos, la afectación por la pandemia fue menor, aun cuando también se observó una reducción en el total de días de exposición observados en este grupo de pacientes (22.898 días durante 2020, en comparación con 23.817 días durante 2019 y 25.869 días durante 2018).

El programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud del Ministerio de Salud (IAAS) ha demostrado efectos positivos acerca de la seguridad de la atención de los pacientes. Las mencionadas infecciones son frecuentes, pueden ser graves, ocasionando morbilidad, mortalidad y costos extraordinarios a los sistemas de salud. El único estudio mundial publicado estimó una prevalencia de 8,4 infecciones por cada 100 pacientes hospitalizados. Las IAAS pueden tener letalidad de más de 20% en septicemias y neumonías. Cada infección aumenta la hospitalización más de 10 días sobre lo esperado, con pérdida de eficiencia del uso de recursos y con costos sociales importantes.

Los programas de vigilancia, prevención y control de IAAS han demostrado que pueden entregar mejoras sustantivas a los pacientes, en particular cuando se llevan a la práctica medidas preventivas basadas en evidencias.

En Chile, la vigilancia epidemiológica e implementación de programas locales de prevención y control de IAAS en los establecimientos de salud ha demostrado que las tasas pueden disminuirse entre 15% y 77% en 10 años, dependiendo del tipo de infección. Las medidas de prevención de las IAAS tienen una relación costo-beneficio favorable, en especial si se focalizan en los pacientes de mayor riesgo y aplicando prácticas basadas en evidencia.

Se ha observado una reducción consistente con la meta propuesta en todos los indicadores de neumonía asociada con ventilación mecánica invasiva. Durante el 2020 sin embargo, se observó un quiebre en la reducción sostenida que mantenía la incidencia en pacientes adultos, lo que podría asociarse con uno o más de los siguientes factores: sobrecarga de los equipos de salud ante la mayor demanda asistencial generada por la pandemia; incorporación de personal menos entrenado; debilitamiento de los programas locales de prevención y control de IAAS por reasignación de personal a labores asistenciales; complejidad en el manejo de los pacientes.

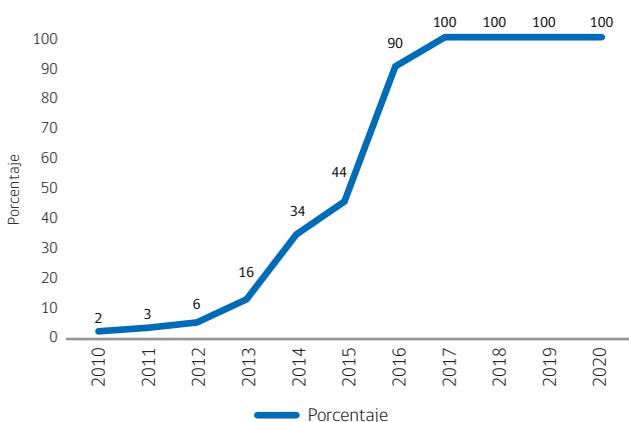
Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Acreditación de calidad de los prestadores de salud	Porcentaje de establecimientos públicos de alta complejidad acreditados.	Lograr que el 90% de los establecimientos públicos de alta complejidad sean acreditados.	<b>Cumple</b>
	Porcentaje de establecimientos públicos de mediana complejidad acreditados.	Lograr que el 90% de los establecimientos públicos de mediana complejidad sean acreditados.	<b>Cumple</b>
	Porcentaje de establecimientos públicos de baja complejidad acreditados.	Lograr que el 90% de los establecimientos públicos de baja complejidad sean acreditados.	<b>Cumple</b>

**GRÁFICO 154:**  
PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE ALTA COMPLEJIDAD ACREDITADOS



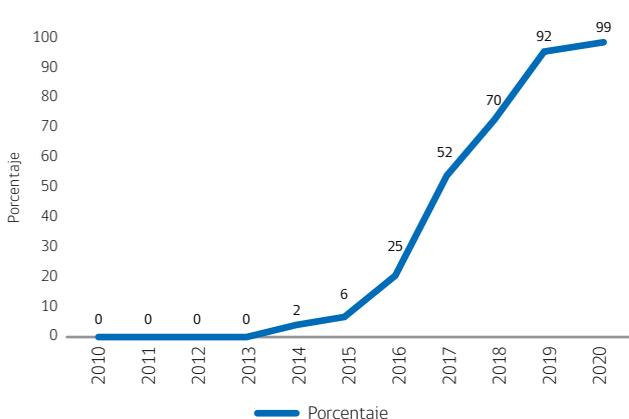
**Fuente:** Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención, División de Gestión de la Red Asistencial con datos de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud.

**GRÁFICO 155:**  
PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD ACREDITADOS.



**Fuente:** Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención, División de Gestión de la Red Asistencial con datos de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud.

**GRÁFICO 156:**  
PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE BAJA COMPLEJIDAD ACREDITADOS.



**Fuente:** Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención, División de Gestión de la Red Asistencial con datos de la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud.

La Seguridad y la calidad de la atención son componentes fundamentales de la atención de salud. Bajo esta perspectiva se han desarrollados instrumentos de política pública que cada vez con mayor fuerza instalan nuevos paradigmas en la actividad asistencial, consolidando el modelo de garantías de nuestro sistema de salud. La Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud es uno de los mencionados instrumentos. Consiste en un proceso periódico de evaluación, al que se someten voluntariamente los prestadores institucionales que cuentan con su autorización sanitaria vigente, como hospitales, clínicas, centros ambulatorios y laboratorios,

respecto del cumplimiento de un conjunto de estándares de calidad fijados y normados por el Ministerio de Salud.

Dicho proceso de evaluación es ejecutado por entidades acreditadoras autorizadas y fiscalizadas por la Superintendencia de Salud y que se encuentran inscritas en el Registro Público de Entidades Acreditadoras.

Al término del período es posible observar el cumplimiento de las metas establecidas, incluso con mayores porcentajes que los propuestos. En el caso de los Hospitales de Alta y Mediana complejidad, el 100% se encontraban acreditados en diciembre del año 2020. Mientras que, para los Hospitales de Baja complejidad este cumplimiento fue de un 99%.



## CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

### OBJETIVO DE IMPACTO: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS



Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Porcentaje de medicamentos priorizados que cumplen con las características de calidad definidas.	0%	90%	Sin dato disponible	Sin dato disponible

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fomentar el uso racional de medicamentos	Porcentaje de prescripciones de los medicamentos priorizados concordantes con el diagnóstico según Guía Clínica en establecimientos de alta complejidad.	Lograr el 30% de prescripciones de los medicamentos priorizados concordantes con el diagnóstico según Guía Clínica en establecimientos de alta complejidad.	<b>No evaluable</b>
	Porcentaje de prescripciones de los medicamentos priorizados concordantes con el diagnóstico según Guía Clínica en Centros de Salud Familiar.	Lograr el 50% de prescripciones de los medicamentos priorizados concordantes con el diagnóstico según Guía Clínica en Centros de Salud Familiar.	<b>No evaluable</b>

Para la medición de Objetivo de Impacto de este tema y el Resultado Esperado 1 lamentablemente no hay datos disponibles para su medición dado que durante la década no se construyó el indicador por lo que no se cuenta con fuente de datos, método y unidad responsable.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Propiciar la vigilancia de medicamentos	Porcentaje de Medicamentos priorizados, que hayan formado parte del programa de control de estantería realizado por el ISP, relativa a aspectos de calidad.	Lograr que el 90% de Medicamentos priorizados, sean parte del programa de control de estantería realizado por el ISP, relativa a aspectos de calidad.	<b>Avance Importante</b>

El indicador tiene un avance importante de la meta propuesta, es necesario tener en cuenta que uno de los puntos críticos para controlar estos productos se debe a la disminución de productos registrados y su disponibilidad en los lugares de dispensación. Adicionalmente y dada la situación de Pandemia, por Covid-19, durante el año 2020 no se realizó el muestreo para el Programa de Estantería.

**TABLA 37:**  
PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS PRIORIZADOS, QUE FORMAN PARTE DEL PROGRAMA DE CONTROL DE ESTANTERÍA

Año	%
2019	80%

*Fuente: Instituto de Salud pública.*

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Asegurar la calidad en la elaboración de los medicamentos	Porcentaje de medicamentos priorizados, certificados como bioequivalentes por el ISP.	Lograr que el 90% de medicamentos priorizados, sean certificados como bioequivalentes por el ISP	<b>Avance Importante</b>
	Porcentaje de laboratorios farmacéuticos con producción nacional que fabrican medicamentos del listado de priorizados, que cumplen con el 90% de los requisitos críticos de la norma de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), determinada por ANAMED.	Lograr que el 90% de laboratorios farmacéuticos con producción nacional que fabrican medicamentos del listado de priorizados, que cumplen con el 90% de los requisitos críticos de la norma de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), determinada por ANAMED.	<b>Cumple</b>

El indicador tiene un avance importante de la meta propuesta, es necesario tener en cuenta que uno de los puntos críticos para controlar estos productos se debe a la disminución de productos registrados y su disponibilidad en los lugares de dispensación. Adicionalmente y dada la situación de Pandemia, por Covid-19, durante el año 2020 no se realizó el muestreo para el Programa de Estantería.

**TABLA 38:**  
PORCENTAJE DE LABORATORIOS FARMACÉUTICOS CON PRODUCCIÓN NACIONAL QUE FABRICAN MEDICAMENTOS DEL LISTADO DE PRIORIZADOS, QUE CUMPLEN CON EL 90% DE LOS REQUISITOS CRÍTICOS DE LA NORMA DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA (BPM), DETERMINADA POR ANAMED

Año	%
2019	100%

*Fuente: Instituto de Salud pública.*

Los puntos críticos para el cumplimiento de esta meta de bioequivalencia son:

- Disponibilidad efectiva de un producto referente en el mercado nacional o internacional, sin cuya existencia es complejo cumplir con dicha exigencia.
- Cumplimiento de las GMP de las empresas productoras, que deben contar con sus procesos validados por producto.
- En la lista de medicamentos priorizados se encuentran principios activos en formas farmacéuticas para las cuales aún no existe exigencia o que aún se encuentran en plazo para demostrar bioequivalencia.

**TABLA 39:**  
PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS PRIORIZADOS, CERTIFICADOS COMO BIOEQUIVALENTES POR EL ISP

Año	%
2019	76%

*Fuente: Instituto de Salud pública.*

## SATISFACCIÓN USUARIA

### OBJETIVO DE IMPACTO: AUMENTAR LA SATISFACCIÓN USUARIA



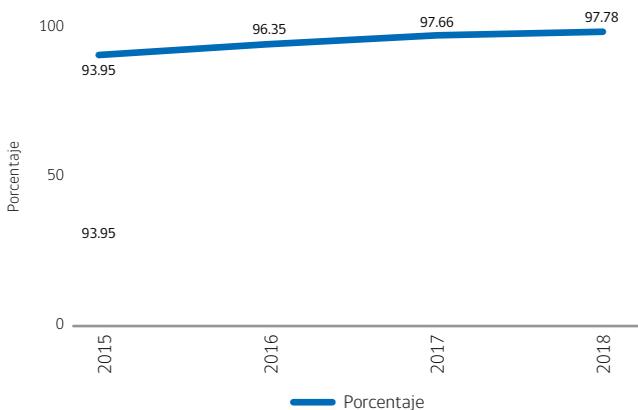
Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
Índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de centros de APS igual o menor a 18,6%	18,6%	≤18,6%	Sin dato disponible	Sin dato disponible
Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención en las oficinas de informaciones, reclamos y sugerencias (OIRS) del Ministerio de Salud.	95,31%	≥95%	96,2%	Sin dato disponible

Este objetivo de impacto para su medición constaba de dos indicadores, los que lamentablemente no cuentan con dato disponible para establecer un estado de avance. Es necesario señalar que para el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de centros de APS se media a través de la encuesta de Medición Nacional de Satisfacción Usuaría en la Red Pública de Salud, pero no fue aplicada durante la década y, para el indicador relativo a la satisfacción con la atención en oficinas de informaciones, reclamos y sugerencias no se cuenta con el dato disponible por discontinuidad de la encuesta de satisfacción de usuarios de OIRS.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Usuarios/as más satisfechos con los espacios físicos de las instituciones de salud y la atención brindada por los funcionarios con los cuales se relacionan.	Porcentaje de usuarios satisfechos con la Infraestructura de las oficinas de informaciones, reclamos y sugerencias (OIRS) del Ministerio de Salud.	Lograr un 80% los usuarios satisfechos con la Infraestructura de las oficinas de informaciones, reclamos y sugerencias (OIRS) del Ministerio de Salud.	<b>No evaluable</b>
	Porcentaje de establecimientos APS que presentan puntaje >6 en la medición anual de trato al usuario.	Lograr un 100% de establecimientos APS presenten puntaje >6 en la medición anual de trato al usuario.	<b>Avance Importante</b>
	Porcentaje de establecimientos dependientes de los Servicios de Salud que presentan puntaje >6 en la medición anual de trato al usuario.	Lograr un 100% establecimientos dependientes de los Servicios de Salud presenten puntaje >6 en la medición anual de trato al usuario.	<b>Avance Discreto</b>

Para este resultado esperado se cuenta con dato para evaluar dos de sus indicadores, el relacionado con la APS se encuentra en estado de avance importante y se observa que ha ido aumentando progresivamente su porcentaje.

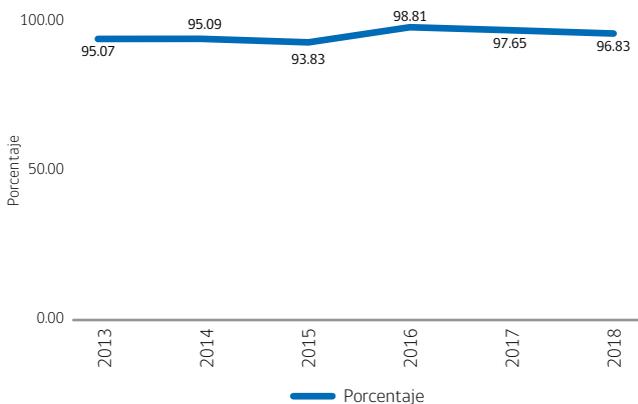
**GRÁFICO 157:**  
 PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS APS QUE PRESENTAN PUNTAJE >6 EN LA MEDICIÓN ANUAL DE TRATO AL USUARIO.



**Fuente:** Depto. Calidad de Vida Laboral en base a resultados estudio de Trato Usuario años 2015 - 2018.

Este indicador se encuentra en estado de avance discreto (Gráfico 158) y lo que se observa es que su desempeño ha sido fluctuante durante los años de medición.

**GRÁFICO 158:**  
 PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS DEPENDIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE PRESENTAN PUNTAJE >6 EN LA MEDICIÓN ANUAL DE TRATO AL USUARIO.



**Fuente:** Depto. Calidad de Vida Laboral en base a resultados estudio de Trato Usuario años 2013 - 2018.

## EJE 9: EMERGENCIAS, DESASTRES Y EPIDEMIAS

Objetivo de impacto	Indicador de impacto	Línea Base	Meta 2020	Evaluación final de periodo	Estado
Mitigar los efectos de la morbi-mortalidad de la población como consecuencia de 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)	No disponible	70%	78,5%	Cumple

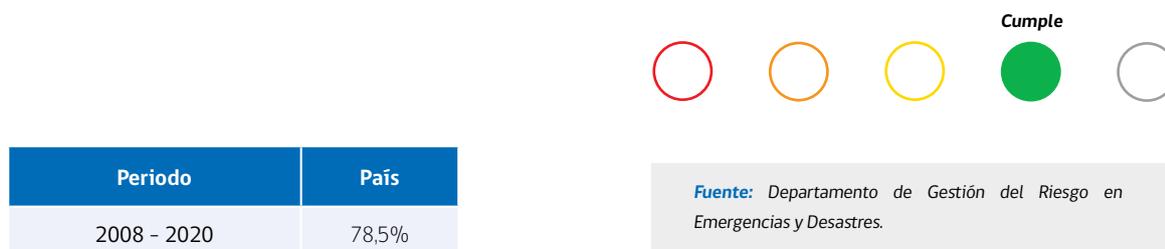
## EMERGENCIAS, DESASTRES Y EPIDEMIAS

### OBJETIVO DE IMPACTO:

### MITIGAR LOS EFECTOS DE LA MORBI-MORTALIDAD DE LA POBLACIÓN COMO CONSECUENCIA DE EMERGENCIAS, DESASTRES Y EPIDEMIAS.

**TABLA 40:**

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).



Para este objetivo, se analizaron las tasas de mortalidad regionales de 14 desastres, según la definición de Desastre adoptada por EMDAT y conforme a la información oficial aportada por nuestro país a dicha agencia.

De los 14 desastres oficialmente registrados, 9 de ellos corresponden a eventos en donde la mortalidad asociada se produce, o en el mismo día de ocurrencia del evento, o en los días inmediatamente posteriores, como es el caso de los accidentes con múltiples víctimas, -tanto terrestres, aéreos o marítimos-, o de los incendios estructurales. Dado lo anterior, este tipo de desastres, por sus características ya descritas, no pueden afectar la tasa de mortalidad tres meses después de ocurridos. En función de ello, se analizaron en detalle los desastres que, por sus características, - amplias zonas de afectación o amplios grupos de población afectados-, podrían incidir en la mortalidad durante lapsos prolongados. El análisis se hizo, además, considerando separadamente las tasas de mortalidad de cada región afectada, asumiéndose que basta que una región del área afectada no haya recuperado sus niveles normales luego de tres meses, para que el evento completo se compute como no recuperado. Esta situación se dio en 3 de los desastres analizados, donde las tasas de mortalidad no vuelven a niveles "normales". Consecuentemente, en 11 de 14 desastres analizados, la tasa de mortalidad ha vuelto a los niveles normales 3 meses después de su ocurrencia.

Indicador	Línea Base	Meta 2020	Mitad de periodo	Último dato disponible
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).	No disponible	70%	No disponible	78,5%

La Mortalidad General (así como el exceso de mortalidad) es poco apropiada para evaluar, ya sea "la capacidad de adaptación (transformación) y de resiliencia del sistema de salud" durante el período de pandemia, o para evaluar "los efectos en la población como consecuencia de un desastre".

Alternativamente podría aportar información más objetiva el analizar y evaluar el comportamiento de causas de muerte o de morbilidad específicas efectivamente asociadas o atribuibles al evento evaluado; ya que, de lo contrario, se corre el riesgo de distorsionar la representatividad del resultado obtenido.

De hecho, en la evaluación del período 2011-2019 realizada con el indicador actual, los tres casos en que la mortalidad superó los promedios registrados en los meses de referencia, claramente la mortalidad estuvo incrementada por causas ajenas e independientes al desastre analizado. A modo de ilustración, la mortalidad asociada a una epidemia estacional de gripe que afecta a todo el territorio nacional mal se podría atribuir, -en las comunas en cuestión-, a un desastre que afectó a un número reducido de comunas del país.

Consideraciones similares podrían hacerse respecto de la evaluación que se haga post pandemia, pues de igual manera la mortalidad de comparación o referencia podría estar afectada por causas ajenas al objeto de evaluación.

Atendido lo anterior, podría modificarse el indicador y utilizar "Mortalidad por causas específicas asociadas o atribuibles al evento (desastre)".

En relación a indicadores no estructurales se eliminan los numerales que no corresponden al ámbito No estructural del Índice de Seguridad Hospitalaria.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Fortalecer la gestión de riesgos en los ámbitos de preparación, respuesta y recuperación inmediata del sector salud ante emergencias y desastres.	Porcentaje de instituciones de salud (SEREMIS, SS y Hospitales) con planes de respuesta en emergencias y desastres (EyD) elaborados y actualizados anualmente.	Aumentar a 90% las instituciones de salud (SEREMIS, SS y Hospitales) con planes de respuesta en emergencias y desastres (EyD) elaborados y actualizados anualmente.	<b>Avance Discreto</b>
	Numero de SEREMIS y SS que cuentan con recurso humano de dedicación exclusiva para emergencias y Desastres (EyD).	Lograr 30 SEREMIS y SS que cuentan con recurso humano de dedicación exclusiva para emergencias y Desastres (EyD).	<b>Avance Importante</b>

**TABLA 41:**

PORCENTAJE DE INSTITUCIONES DE SALUD (SEREMIS, SS Y HOSPITALES) CON PLANES DE RESPUESTA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES (EYD) ELABORADOS Y ACTUALIZADOS ANUALMENTE.

Período	País
2008-2019	39,3%

*Fuente:* Departamento de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres.

Existen brechas en cuanto a la actualización de planes de emergencia de SEREMI de Salud, Servicios de Salud y Hospitales, de una meta igual o mayor al 90%, durante la década, se logró alcanzar solo el 33.7%. Ello también permeado por la disponibilidad del recurso humano que realice y coordine estas acciones.

Por ello es importante poder establecer la obligatoriedad de planes de emergencia en SEREMIs de salud, Servicios de Salud y Establecimientos, de modo que la gestión del riesgo de desastres sea una actividad priorizada, conjuntamente con potenciar a los Comités de Emergencia respectivos, con énfasis en un trabajo sostenido, especialmente durante la fase de prevención del ciclo de gestión del riesgo de desastres.

**TABLA 42:**  
NÚMERO DE SEREMIS Y SS QUE CUENTAN CON RECURSO HUMANO DE DEDICACIÓN EXCLUSIVA PARA EMERGENCIAS Y DESASTRES

Período	País
2020	25

*Fuente:* Departamento de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres.

Existen brechas en cuanto a la provisión de cargos con dedicación exclusiva para ejercer la Coordinación de Emergencias y Desastres en SEREMIs de Salud y Servicios de salud. No obstante, lo anterior, se ha visto algún avance en la cantidad de las SEREMIs y Servicios de Salud que han dotado a sus Coordinadores de Emergencias y Desastres de dedicación exclusiva desde el año 2010 al año 2020, esto a pesar de la presentación de proyectos de solicitud de provisión de cargos para poder desarrollar en forma más efectiva la gestión del riesgo, tendiendo a la reducción del riesgo en emergencias, desastres y epidemias. Una razón podría ser el que dentro de los lineamientos estratégicos sectoriales definidos en el periodo 2011-2020, a pesar de estar consignados en la ENS, la gestión del riesgo en emergencias, desastres y epidemias, no fue incluida dentro de ellos, no contando con un presupuesto definido para esta línea, lo que dificultó la concreción de las metas propuestas para el decenio.

Resultado esperado	Indicador	Meta 2020	Estado de cumplimiento
Contar con establecimientos de salud seguros ante situaciones de emergencias y desastres	Proporción de hospitales construidos desde 2011 y evaluados que poseen un grado de seguridad alto en los aspectos estructurales, no estructurales y funcionales de acuerdo al índice de seguridad hospitalaria (ISH).	Lograr que 25 de 30 hospitales construidos desde 2011 y evaluados que poseen un grado de seguridad alto en los aspectos estructurales, no estructurales y funcionales de acuerdo al índice de seguridad hospitalaria (ISH).	<b>Cumple</b>
	Proporción de hospitales construidos antes del 2011 que poseen un grado de seguridad alto en los aspectos estructurales, no estructurales y funcionales de acuerdo al índice de seguridad hospitalaria (ISH).	Lograr que 80 de 160 hospitales construidos antes del 2011 que poseen un grado de seguridad alto en los aspectos estructurales, no estructurales y funcionales de acuerdo al índice de seguridad hospitalaria (ISH).	<b>Avance Discreto</b>

**TABLA 43:**

PROPORCIÓN DE HOSPITALES CONSTRUIDOS DESDE 2011 Y EVALUADOS QUE POSEEN UN GRADO DE SEGURIDAD ALTO EN LOS ASPECTOS ESTRUCTURALES, NO ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES DE ACUERDO AL ÍNDICE DE SEGURIDAD HOSPITALARIA (ISH).

Período	País
2020	100%

*Fuente:* Departamento de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres.

Respecto de los hospitales construidos desde 2011 en adelante, si bien son pocos los hospitales evaluados, todos ellos poseen un alto grado de seguridad, por tanto, se han incorporado aspectos de seguridad ante emergencias y desastres.

**TABLA 44:**

PROPORCIÓN DE HOSPITALES CONSTRUIDOS ANTES DEL 2011 QUE POSEEN UN GRADO DE SEGURIDAD ALTO EN LOS ASPECTOS ESTRUCTURALES, NO ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES DE ACUERDO AL ÍNDICE DE SEGURIDAD HOSPITALARIA (ISH).

Período	País
2020	35,8%

*Fuente:* Departamento de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastre.

Respecto de hospitales construidos antes de 2011, se puede decir que, en general, los aspectos que poseen mayores brechas son los aspectos No estructurales y de gestión del riesgo de desastres.



## II. RESULTADOS COMPONENTE ANÁLISIS CRÍTICO

La Evaluación de Final de la Década pretende dar cuenta del cumplimiento de los objetivos sanitarios durante el período y observar otras características importantes de la implementación de la Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020. Esta dimensión fue la primera etapa desarrollada y estuvo destinada a conocer más profundamente el estado de situación de ciertos temas de salud priorizados y el desempeño de la gestión basada en resultados para alcanzar los objetivos establecidos; entendiendo que evaluar la cadena de resultados en su totalidad permite observar si la planificación y ejecución se condice con los avances presentados.

### VIH Y CONDUCTA SEXUAL SEGURA(11)

El VIH y lo relativo a conducta sexual segura se considera parte de los grandes desafíos para el sector salud, dado el incremento de la incidencia y prevalencia del VIH-SIDA y la mortalidad estable asociada, que la definirían como una epidemia concentrada. Cabe destacar que las regiones con peores cifras en el objetivo planteado al 2020 son las de la zona norte. Las cifras de mortalidad asociada a esta causa se han reducido sustancialmente, pero son las cifras de nuevas infecciones en adultos las que se mantienen en alza.

Esta enfermedad afecta a grupos poblacionales diversos y el patrón se define según el contexto sociocultural, económico y epidemiológico del país, siendo más prevalente en hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales y transgéneros.

Dada la condición mundial de esta enfermedad, es un compromiso establecido dentro de la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible con el objetivo de ponerle fin a la pandemia por VIH.

En el país, durante la década 2011-2020, el objetivo de impacto establecido en torno a la mortalidad presentó una reducción de la mortalidad hasta el 2009, desde donde se ve un aumento progresivo de la tasa de mortalidad y un aumento sostenido de la incidencia.

En cuanto a la conducta sexual segura, los datos revelan un bajo índice de utilización de condón entre adolescentes de 15 a 19 años, que solo alcanza un 37,1% de uso consistente, según ENCAVI 2015.

Los esfuerzos a nivel mundial, regional y local se centran tanto en el control como en la erradicación de la epidemia, cuyo objetivo al 2020 establecía la estrategia 90-90-90, es decir, que el 90% de las personas que viven con VIH conozcan su estado serológico, que el 90% del total de diagnosticados reciban un tratamiento antirretroviral continuado y que el 90% de los que reciben esta terapia tenga supresión viral. El ámbito preventivo en Latinoamérica es aún un desafío mayor, ya que se evidencia un aumento de la incidencia entre los jóvenes de las poblaciones claves.

En cuanto a los resultados de mediano plazo, establecidos en la década como necesarios para conseguir el objetivo de impacto, ha aumentado el porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres que acceden al

examen de detección alguna vez en la vida, leve disminución de personas que inician tratamiento antirretroviral precozmente y leve disminución en la sobrevivencia a tres años de personas que inician tratamiento antirretroviral. Ha mejorado la atención de las personas, aumentando las horas médicas en los servicios de salud y mejorado también los niveles de adherencia de las personas en tratamiento.

En cuanto a los resultados esperados de mediano plazo para el tema conducta sexual segura, se habría cumplido el objetivo de aumentar a una por persona las consejerías en los espacios amigables, pero la tasa de entrega de condones en estos espacios no alcanza la meta, entregándose solo alrededor de 0,6 condones por adolescente. Como este tema sigue siendo un desafío y compromiso de salud pública, debe ser parte de los objetivos sanitarios al 2030, replanteándose los objetivos e indicadores seleccionados para el monitoreo y evaluación de estos, con un foco en 5 pilares: impacto sobre la epidemia, desempeño del sistema de atención, desempeño en ámbitos de promoción y prevención, eliminación de barreras y estimulación de conductas preventivas. Abordar sistemáticamente poblaciones claves, aumentar la búsqueda de subpoblaciones con riesgos específicos y fortalecer la planificación operativa con la finalidad de contar con un repositorio completo de todas las intervenciones y actividades que se ejecutan año tras año. Para mejorar los logros en torno al tema de conducta sexual segura, es necesario mejorar la coordinación intersectorial.

## **DIABETES MELLITUS(12)**

La Diabetes Mellitus es una enfermedad con alta prevalencia en Chile y continúa siendo un importante problema de Salud Pública. En cuanto a las metas asociadas al tema, se observa que el indicador de impacto en mortalidad precoz se estaría cumpliendo al igual que el resultado esperado en cobertura efectiva, pero no así el de amputaciones que, en vez de bajar, ha aumentado. Respecto de la mortalidad precoz, no es posible afirmar que hacia el final de la década el indicador se mantenga en estado de cumplimiento, puesto que no hay una tendencia clara a la disminución y las diferencias se pueden deber más bien a variabilidad asociada a la construcción de la tasa. Por otro lado, podría comenzar a reflejarse, en los próximos años, un efecto del aumento de la incidencia de la enfermedad hace más de una década atrás.

Según los resultados obtenidos en las distintas etapas del proceso de Análisis Crítico, se recomienda incluir el tema Diabetes dentro de la Estrategia Nacional de Salud para la próxima década. Esto, en relación al incremento de su prevalencia, a la alta carga de enfermedad relacionada al daño crónico que produce y a las limitaciones que aún se evidencian para el logro de los resultados propuestos. Lo anterior considerando la realización de ajustes en la selección de los indicadores para la medición de los alcances propuestos y la definición de un subconjunto de indicadores que incluya mediciones de daño (de resultados), de proceso, de calidad de la atención y de metas terapéuticas. En este sentido, como indicador de daño crónico, se propone indagar en la proteinuria como marcador precoz de nefropatía y daño microvascular.

En la línea del desarrollo de objetivos e indicadores futuros, se debe indagar en la consideración de la fase prepatogénica de la enfermedad en continuo con el problema de salud, dado que, aun cuando se avance en el cuidado del paciente, la magnitud del problema, la carga de enfermedad en cuanto a discapacidad que produce y la carga económica se mantendrán en la medida que la incidencia aumente y el problema se presente en población cada vez más joven. Además, es sugerible que, dado que el problema de salud está relacionado

al desarrollo de enfermedad cardiovascular y cerebrovascular, el impacto en la mortalidad de las acciones realizadas (a largo plazo) se mida como un indicador conjunto a estos problemas de salud y no se aísle de manera artificial por los códigos CIE 10 específicos.

## **ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES(13)**

Las enfermedades cardiovasculares priorizadas en la década 2011-2020, infarto agudo al miocardio (IAM) y ataque cerebrovascular (ACV,) son la primera causa de muerte en la población adulta chilena, aun cuando en este período la tasa de mortalidad por estas enfermedades disminuyó entre un 25% y 33%, siendo 2 a 3 veces mayor según grupo etario en el caso de la tasa de los hombres comparado con la de las mujeres. Si bien la mortalidad ha disminuido, los egresos hospitalarios por esta causa han aumentado en la década.

El enfoque de la temática en la década ha sido principalmente desde la patogenia y orientada a la reducción del daño, siendo la prevención considerada en otro eje de la estrategia, relativo a hábitos de vida.

Respecto al objetivo de impacto establecido para monitorear este problema de salud en la Estrategia, la sobrevida al año posterior a un IAM o un ACV ha aumentado, cumpliéndose la meta establecida. Sin embargo, la sobrevida es más baja en mujeres y en algunas regiones del país (O'Higgins y La Araucanía en IAM y Coquimbo, Valparaíso y O'Higgins para ACV).

De los indicadores establecidos para medir los resultados a mediano plazo, hay indicadores que en la década evaluada no cuentan con fuentes de información disponible para su cálculo, como por ejemplo aquellos que apuntaban a medir el grado de conocimiento de las personas en reconocer los síntomas de estas enfermedades.

En cuanto a las acciones implementadas durante la década, estas se concentran en la capacitación de los equipos de salud, en la elaboración de orientaciones, guías y protocolos y educación a los usuarios. No obstante, considerando que el instrumento para la planificación operativa no cuenta con el total de acciones que hace el sector, se necesita reforzar la importancia de la planificación operativa a la hora de monitorear y evaluar el cumplimiento de los objetivos sanitarios.

Se recomienda monitorear estos problemas de salud con indicadores más precisos y por subgrupos de población y en aquellas patologías que son factor de riesgo. En el caso de la Hipertensión, por ejemplo, la cobertura efectiva debiese ser un objetivo. Para esto, se debiese considerar el marco de medición establecido en el Plan Global de acción para la prevención y control de enfermedades no transmisibles 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en concordancia con la agenda 2030 para el desarrollo sostenible de la Organización de Naciones Unidas (ONU).

En este mismo aspecto, es necesario actuar antes, fomentando las acciones de diagnóstico precoz de factores de riesgo y compensación de pacientes con dichas patologías que actúan como factores de riesgo en este caso.

En resumen, se ha mejorado en la temática de las enfermedades cardiovasculares, con buenos resultados en la mayoría de los indicadores que forman parte de la cadena de resultados, excepto para aquellos indicadores que no contaron con datos o fuente de obtención de la información. Ha mejorado la sobrevida y disminuido la

mortalidad. Sin embargo, existen brechas entre regiones y sexo en algunos indicadores, importantes de considerar en la próxima década de elaborar un marco de acción con foco en la prevención y mejorar la cobertura efectiva.

Desde el punto de vista de los indicadores para el monitoreo, asegurar las fuentes de información necesarias, fomentar la planificación operativa, alinear el marco de resultados con instrumentos internacionales y avanzar hacia la medición del impacto en la funcionalidad de dichas personas.

## **ENFERMEDADES RESPIRATORIAS**

### **(Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedad Respiratoria Crónica)(14)**

Las enfermedades respiratorias son un importante problema de salud pública para Chile tanto por su frecuencia, carga sanitaria y su elevada letalidad, especialmente en el caso de las enfermedades respiratorias crónicas. En cuanto a los logros asociados al tema, se observa un estado de cumplimiento en el indicador de impacto, tanto para las infecciones respiratorias agudas como para las enfermedades respiratorias crónicas. Ello dado que existe a 2016 una reducción de la mortalidad para ambas condiciones a nivel país, con una tasa de 12,6% en el caso de las IRA y de 10,4% respecto de las enfermedades respiratorias crónicas. Es de destacar que, si bien los alcances reportados en el caso de las enfermedades respiratorias crónicas evidencian una situación general de éxito, existe limitaciones para los alcances en cuanto a los resultados esperados en ciertos grupos de población como las personas mayores, dado que estas son generadoras de alta carga de enfermedad asociada a discapacidad, a medida que se avanza en edad, concentrando su mayor peso en este grupo.

De acuerdo a los resultados obtenidos en las distintas etapas del proceso de análisis crítico, se recomienda incluir ambos temas de enfermedades respiratorias, agudas y crónicas, en la estrategia 2021-2030, de forma unificada bajo el título *Salud Respiratoria*, con el bien de promover los procesos de coordinación efectivos para su gestión. Sin embargo, respecto de los indicadores, se sugiere evaluar y reformular el indicador "tasa de mortalidad de infecciones respiratorias agudas", porque presenta una importante variabilidad y su cumplimiento podría ser ajeno al desempeño del sector. Por otra parte, según la Organización Mundial de la Salud, para enfermedades respiratorias crónicas se recomienda utilizar un mismo indicador para mortalidad precoz por estas.

Se sugiere que la definición de un indicador de vacunación sea específico para pacientes adultos crónicos, particularmente los que se encuentran bajo los programas de respiratorios crónicos, salud cardiovascular y diabetes. En ese sentido, las vacunas son estrategias que también debieran formar parte de resultados esperados para un indicador de enfermedades crónicas no transmisibles. Además, en lo relativo a las coberturas, parece bueno el poder llegar a un indicador que se aleje del promedio nacional y sea más sensible a las coberturas regionales o incluso comunales.

También, se hace necesario fomentar el desarrollo de capacitaciones que involucren el abordaje de pacientes crónicos desde la perspectiva de salud integral (detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación); así como incrementar la utilidad de auditorías por muerte por neumonía en el domicilio como herramienta útil en la toma de decisiones, esto a partir de ajustes en los procesos de registro y la creación de instancias de análisis y formulación de planes derivados.

Por otro lado, hay que poner énfasis en que las actividades que se planifiquen en el sector salud sean respaldadas por la evidencia científica, con el fin de maximizar y focalizar los recursos financieros y humanos

en las intervenciones que realmente permitan conseguir los objetivos planteados. De acuerdo a esto, se sugiere establecer una línea homogénea (capacitación, habilitación de centros, directrices) de trabajo que permita un fomento eficaz de la Rehabilitación Pulmonar, con el fin de enfrentar la alta carga de enfermedad asociada a discapacidad que las enfermedades respiratorias crónicas generan. Igualmente, podría ser de ayuda el vincular los instrumentos de apoyo a la toma de decisiones clínicas con la planificación del sector salud, desde la perspectiva de promocionar, incentivar y monitorear el cumplimiento de lo que la evidencia establece en la práctica clínica directa con el paciente.

## **TABACO(15)**

El tabaquismo constituye un problema de salud pública, aunque en Chile la prevalencia de consumo de tabaco, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2016 - 2017, ha disminuido en relación a su medición anterior. Sin embargo, hay consideraciones importantes respecto de los fumadores. Por ejemplo, hombres presentan mayor prevalencia que mujeres, pero las mujeres reportan mayor consumo promedio de cigarrillos diarios y también mayor consumo de cigarrillos mentolados y click que, según se ha demostrado, generan mayor adicción y dependencia.

Por otra parte, otro antecedente que da cuenta de la magnitud del problema es que, a los 17 años, aproximadamente un 70% de los adolescentes ya ha probado el tabaco en su vida, lo que demuestra la precocidad de inicio del consumo de tabaco y pone en duda la suficiencia y oportunidad de las intervenciones.

Según el análisis desarrollado, el objetivo de impacto relacionado con el tabaco logró su cumplimiento durante la década y, de los indicadores relativos a los resultados esperados, el indicador "porcentaje de recintos cerrados de uso público que son fiscalizados" cumple la meta propuesta. Sin embargo, el indicador "porcentaje de atenciones de salud con consejería breve en tabaco en establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS)" no se puede evaluar, dadas las dificultades con la extracción de datos desde el Registro Estadístico Mensual (REM), por lo que se vislumbra la necesidad de indagar sobre el alcance de las intervenciones implementadas para abordar el tema de salud.

Respecto de las actividades priorizadas que se encuentran en la Planificación Operativa Anual de las SEREMIS y Servicios de Salud para la consecución de las metas sanitarias, se observó que más del 70% de las actividades planificadas se encuentran relacionadas con el Resultado Esperado, "Fomentar el cese del consumo de tabaco en población general", y corresponden mayormente a campañas comunicacionales, auditorías de fichas clínicas, capacitaciones y videoconferencias, pero se desconoce su suficiencia y efectividad.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, y por la alta carga sanitaria que genera el consumo de tabaco, este debe seguir siendo una prioridad en la planificación estratégica en salud. Además, se observa la necesidad de replantear el monitoreo y evaluación del desempeño del sistema de salud frente a esta problemática, teniendo en cuenta tanto el desempeño en prevención como el del sistema de atención.

Por otra parte, se debe recordar que en las recomendaciones internacionales se establece que las medidas efectivas para reducir el consumo de tabaco son aquellas dirigidas a aumentar los impuestos y precios; prohibir la publicidad, la promoción y el patrocinio; proteger a la gente del humo de segunda mano, advertir a todos

acerca de los peligros del tabaco, ofrecer ayuda a quienes quieran abandonar el tabaco, y vigilar atentamente la epidemia y las medidas de prevención.

## **TUBERCULOSIS(16)**

La tuberculosis es un problema de salud pública en Chile, dada su alta incidencia de 14.9 por 100.000 habitantes en 2018, siendo mayor la tasa de la población masculina que femenina en una relación 2:1 y, según grupo de edad, en ambos sexos el grupo de 65 años y más, es el más afectado. Sin embargo, se observa un aumento de la incidencia en los grupos de edades más precoces, 15 a 44 años y de 45 a 64 años. En lo respectivo a la distribución por región, la macrozona norte del país y la Región Metropolitana son las que mantienen las mayores incidencias, aunque se observa un aumento en todo el territorio nacional.

Respecto de las metas incluidas en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 sobre el tema Tuberculosis, se observa que el objetivo de impacto, "Disminuir la tasa de incidencia proyectada de TBC", se encuentra en retroceso y con tendencia al alza. En lo relativo a los resultados esperados, se observa estado de cumplimiento o avance importante en todos ellos: cobertura de vacunación por BCG, porcentaje de casos esperados detectados y altas de tratamiento. Sin embargo, aún se mantiene un número importante de pacientes no detectados anualmente, pérdidas de seguimiento y fallecimientos dentro de los 12 meses de ingreso a tratamiento. Esto supone un desafío en cuanto a la capacidad del sector de diagnosticar y tratar oportunamente a los pacientes, así como retenerlos hasta el término y éxito del tratamiento.

De la planificación operativa anual, se observa una tendencia a la ejecución de actividades de monitoreo, capacitación y supervisión para el logro de los resultados esperados.

En relación a lo planteado, el tema Tuberculosis debe continuar siendo priorizado en la Estrategia Nacional de Salud para la próxima década. Dado que es una enfermedad muy influenciada por los determinantes sociales en salud, se recomienda que las estrategias sean abordadas de forma integral, a fin de disminuir barreras de acceso a diagnóstico y tratamiento para llegar a las poblaciones de mayor riesgo.

Por otra parte, dadas las dificultades para la medición de algunos indicadores y frente al contexto de aumento sostenido de casos nuevos durante la última década, es necesario replantearse el monitoreo y evaluación del desempeño del sistema de salud en el enfrentamiento de esta enfermedad. Para ese efecto, se sugiere establecer indicadores de:

- Impacto sobre la epidemia a través de la incidencia y mortalidad por TBC.
- Desempeño del sistema de atención (precocidad del diagnóstico en población de riesgo, cobertura de evaluación del riesgo de abandono a tratamiento e implementación de medidas de mejora, examen diagnóstico solicitado ante sospecha en primera consulta/ visita, egresos hospitalarios por complicaciones derivadas de la enfermedad).
- Eliminación de barreras (cobertura de examen diagnóstico en poblaciones clave, personas que requieren ayudas económicas y las reciben).

Además, es relevante potenciar la planificación operativa anual e incluir en ella actividades dirigidas a la detección precoz y adherencia al tratamiento, resguardando que estas sean realizadas según se dispone en las guías nacionales e internacionales, considerando una planificación regional con mayor orientación a acciones focalizadas a población clave y en respuesta a los hallazgos que develan los procesos de vigilancia del tema.

## **ALCOHOL(17)**

Según la OMS, en Chile el consumo de alcohol para el año 2016 fue de 9,3 litros puro percapita en mayores de 15 años, siendo 1,3 litros mayor al promedio de la región de las Américas. Al evaluar solo a los bebedores, el consumo aumenta a 13,7 litros de alcohol puro por bebedor, a 18,8 litros en hombres y 6,6 litros en mujeres. Ello se traduce en un consumo promedio de 1,3 tragos por día en población total y 2 tragos al día en población bebedora.

De acuerdo a la ENS 2016 - 2017, la prevalencia de consumo de alcohol el último año fue de 70,8%, siendo mayor en hombres que en mujeres en una razón 4:3. Se observa también que la prevalencia de consumo riesgoso de alcohol, medido como población con Test de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT)  $\geq 8$  fue de 12,7% para mayores de 15 años y de 16,2% para población de 15 a 24 años, siendo la prevalencia 5 veces mayor en hombres que en mujeres.

El tema consumo de alcohol en la Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020 es abordado a través del objetivo de impacto, "Reducir el consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años", el que se mide a través del AUDIT en encuestas poblacionales, logrando su cumplimiento para la década. Para ello, los Resultados Esperados (RE) definidos son RE1 "Aumentar la cobertura de detección del consumo de riesgo de alcohol", RE2 "Mejorar la cobertura de intervenciones preventivas en consumo del alcohol de riesgo" y RE3 "Fortalecer la política regional intersectorial para el abordaje del consumo de alcohol de riesgo".

De acuerdo al análisis realizado, se observa que de las actividades que se encuentran en la Planificación Operativa Anual entre los años 2016 y 2018 de las SEREMIS y Servicios de Salud, corresponden en un 23% al RE1, un 42% al RE2 y un 35% al RE3, identificándose en ellos distintos nodos críticos, como: actividades de pesquisa se realizan en general de forma intramural, las capacitaciones no cuentan con evaluación de cobertura de profesionales y/o adherencia a los contenidos, falencias en los registros estadísticos y baja derivación ante resultados de consumo perjudicial.

Según lo expuesto anteriormente, el consumo riesgoso de alcohol genera un alto impacto para la salud como factor de riesgo para la mortalidad, discapacidad y enfermedades crónicas, sobre todo para la población entre 15 - 49 años. Además, es necesario tener en cuenta que, aunque el indicador cumpla su meta durante la década, ello se debe a la baja de consumo en hombres dado que en mujeres de este grupo etario la prevalencia de consumo riesgoso aumentó en 2,6 puntos porcentuales.

Respecto de la Planificación Operativa, se recomienda fortalecer el proceso en lo relacionado a su desarrollo y la evaluación de resultados, intentando incorporar todas las acciones del sector, considerando acciones preventivas, de pesquisa y la promoción del trabajo intersectorial.

Por otra parte, si bien es correcta la focalización en la población adolescente, es recomendable incorporar en la población objetivo a los hombres adultos, ya que este grupo presenta peores indicadores relacionados con consumo de alcohol de riesgo, según los registros del Programa. Además, en el futuro considerar el daño a terceros por alcohol de acuerdo a recomendaciones internacionales.

## **DROGAS(18)**

El consumo de drogas ilícitas es un problema de salud pública debido a las consecuencias para la salud y el aumento de su prevalencia en toda la población. En Chile, según la información reportada por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), el consumo de último año de drogas ilícitas (marihuana, cocaína o pasta base) en población de 15 a 24 años para el 2016 fue de un 27,9%, siendo mayor en hombres (33,1%) que en mujeres (22,4%). Cabe señalar que este incremento ha sido progresivo en ambos sexos desde el año 2010, en hombres (2,1 veces) y en mujeres (3,7 veces). Es necesario tener en cuenta que la incidencia de consumo de marihuana (consumo inicial en los doce meses previos) fue de 3,4% en 2016, la que es 4 veces mayor a la informada en 2010, siendo el grupo de 19 a 25 años el de mayor incidencia con un 11,2%, seguido del grupo de 12 a 18 años con un 5,1%.

Respecto del consumo de marihuana, el año 2016, el 35,7% de la población entre 12 y 24 años ha consumido marihuana alguna vez en la vida, aumentando 1,8 veces la prevalencia de vida en relación a la reportada en 2010. Se debe destacar, que, en lo relativo al consumo de último año, la población de 45 a 64 años incrementó de 0,5% a 5,5% y en mujeres la prevalencia aumentó de 2,1% a 10,6%.

En lo relacionado al consumo de vida de cocaína y pasta base, se observa que entre 2010 y 2016 hay un mayor aumento en el consumo de cocaína y más estabilidad en el consumo de pasta base, reportando para la población de 15 a 24 años, un incremento de 3,7% a 5,9% de cocaína y de 2,1% a 2,2% de pasta base, aunque su mayor alza fue en 2014 con un 2,5%. El patrón de consumo es similar para ambas sustancias, siendo la prevalencia en hombres mayor que en mujeres y más alta entre 19 y 44 años.

Según lo analizado, en la Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020 la meta "disminuir 5% la prevalencia de consumo de drogas ilícitas durante el último año en población de 15 a 24 años" se encuentra en estado de "retroceso" a nivel nacional. Para el Resultado Esperado 1, "Mejorar la cobertura de detección para el consumo de drogas", se observa avance en el aumento de cobertura de 2% (2016) a 4,7% (2018), sin embargo, aún es inferior a la meta planteada para el 2020 de 10%. Para el Resultado Esperado 2, "Mejorar la cobertura de intervenciones preventivas en consumo de drogas", ha disminuido la cobertura de 11,4% (2016) a 8,4% (2018), encontrándose, además, debajo de la meta de 50% de cobertura.

De las actividades contenidas en la Planificación Operativa Anual, se observan nodos críticos en lo relativo a: medios de verificación que no dan cuenta de la efectividad de las actividades planificadas, calidad de los registros y falta de actividades de coordinación con el intersector, especialmente con educación.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, el tema consumo de drogas ilícitas debe seguir siendo una prioridad para la salud pública. Además, es necesario avanzar en el tamizaje y cobertura de la población no consultante

de los centros de atención primaria de salud, así como también mejorar la coordinación intersectorial para fortalecer la prevención. Por otra parte, es vital profundizar en la planificación operativa anual como herramienta para orientar el quehacer del sector, contribuyendo al logro de resultados con intervenciones que cuenten con evidencia científica de su efectividad.

## **SALUD MENTAL(19)**

La salud mental es un tema de preocupación en salud pública, dada la importante carga de enfermedad para la población generada por los distintos tipos de trastornos mentales. El abordaje de este problema en la Estrategia Nacional de Salud fue desde la perspectiva de su capacidad de generar discapacidad en la población, estando los dos objetivos de impacto orientados a disminuir la prevalencia de discapacidad por estos problemas, asociados al cumplimiento de los resultados esperados relacionados con cobertura de tratamiento, la calidad de este y los esfuerzos del sistema para generar inclusión. El principal problema encontrado ha sido la capacidad de medir los indicadores asociados a los objetivos de impacto y los resultados esperados, la falta de precisión de algunos de estos y su difícil comprensión en otros.

Tomando en consideración los resultados obtenidos en las distintas etapas del proceso de análisis crítico, se recomienda incluir el tema Salud Mental dentro de la Estrategia Nacional de Salud para la próxima década, debido a la importante carga de enfermedad para la población generada por los distintos tipos de trastornos mentales, a la cual se suma su relación interdependiente con otros problemas, como el consumo problemático de sustancias psicoactivas y su coexistencia con enfermedades crónicas, así como por las limitaciones que aún se evidencian para el logro de los resultados propuestos.

Con respecto a los indicadores analizados, parece razonable, al ser un indicador solicitado internacionalmente, que el nivel de salud mental se mida a nivel de objetivo de impacto (o a un nivel más alto) a través de la mortalidad por lesiones autoinfligidas en todas las edades. Bajo este objetivo, a nivel de resultados esperados, por un lado, es aconsejable una línea asociada al manejo de los intentos de suicidio (vigilancia, procesos de referencia y contra referencia, etc.) y, por otro, a mejorar el acceso de la población a la atención de salud mental o a indagar la brecha existente para el manejo de patología de salud mental. También se puede indagar en los indicadores de calidad de la atención de salud mental que propone la OCDE.

## **SUICIDIO ADOLESCENTE(20)**

El suicidio es considerado un problema de salud pública, dado su complejo origen multicausal, que genera daño acumulativo y potencia determinadas áreas de vulnerabilidad de un individuo.

Tomando en consideración los resultados obtenidos en las distintas etapas del proceso de Análisis Crítico, se recomienda incluir el tema Suicidio dentro de la Estrategia Nacional de Salud para la próxima década. Sin embargo, se deben considerar ciertos ajustes en el establecimiento de indicadores, en cuanto a la población objetivo, así como en cuanto al objetivo del tema, el cual estaría relacionado a mejorar la salud mental de las personas. En este sentido, se sugiere la definición de un indicador de suicidio en todos los grupos etarios, que permita evaluar el nivel global de salud mental de la población, dado que podría verse afectado tanto por las acciones directas que se realicen como programa de prevención, como por las mejoras en la calidad de atención de los problemas de salud mental.

La pertinencia del indicador actual es cuestionable, a causa de la baja magnitud del problema en la población adolescente (observada en los últimos años) y la dificultad para su evaluación a nivel regional. Se sugiere promover la implementación efectiva de los sistemas de vigilancia del intento suicida a nivel regional, mejorando el proceso de registro y oportunidad de la información; fortalecer la coordinación con el intersector a partir de procesos de diseño y planificación conjunta de acciones, que permitan, entre otras cosas, contar con flujos de derivación claros, a fin de mejorar la oportunidad en la atención de los casos; implementar acciones educativas que mejoren el conocimiento y conciencia de la población sobre el tema suicidio (en la comunidad, establecimientos de educación, etc.), así como la necesidad de promover el bienestar global del adolescente; y promover la formación de "gatekeepers" como agentes centinelas en la comunidad, lo que permitiría una identificación y derivación oportuna de los casos.

Además, se recomienda focalizar el desarrollo de intervenciones efectivas a partir de los perfiles de conducta suicidas que son elaborados, abordando en forma priorizada a la población más vulnerable. De igual forma, se aconseja fortalecer la implementación de vigilancia nacional de intentos de suicidio, haciéndola de carácter universal, lo que permitiría obtener una mejor visión de la totalidad del problema. En este sentido, se sugiere un proceso en dos fases. La primera, en donde se dé la notificación de casos en forma ordenada y completa con un formulario con un mínimo de datos y observaciones; y, la segunda, que involucre el desarrollo de análisis sobre una submuestra de casos para profundizar en aspectos específicos y más de salud mental.

## **FACTORES PROTECTORES(21)**

En el contexto de la Estrategia Nacional de Salud, el tema Factores Protectores se enfoca en la prevalencia de la población mayor de 15 años, que presenta al menos cinco de los siguientes ocho factores protectores: no fumador, estado nutricional normal, actividad física regular, consumo adecuado de frutas y verduras, consumo no riesgoso de alcohol, normotenso, colesterol total < 200 mg/dl y glicemia de ayuno <100 mg/dl. Estos factores son considerados claves en cuanto a hábitos saludables y su alto impacto en prevenir enfermedades no transmisibles.

A cerca de los resultados asociados al tema, según lo informado en la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, se observa un estado de avance discreto en el objetivo de impacto, dado que existe al año 2016 un aumento de 1,3 puntos porcentuales de la prevalencia de al menos cinco factores protectores a 37,5%, en comparación al 2009. Además, se debe señalar que las mujeres presentan una prevalencia más alta que los hombres, siendo esta de 42,6% versus 32,4% respectivamente, no presentando diferencias estadísticamente significativas entre ambas mediciones. Para los resultados esperados, se observa un estado de cumplimiento en lo relativo a lugares de trabajo comprometidos y que las comunas incorporan la promoción de salud en alguno de sus instrumentos de planificación, avance importante en lugares de trabajo comprometidos y reconocidos. Sin embargo, se observa retroceso en el indicador de porcentaje de personas entre 35 y 44 años inscritas en atención primaria de salud que tengan examen de medicina preventiva vigente.

De la planificación operativa anual entre 2017 y 2019, se observa que las actividades planificadas corresponden en un 62% al RE Mejorar la promoción de la salud en comunas, un 21% al RE Fomentar la prevención de salud en atención primaria y un 16% al RE Fomentar la promoción y prevención en lugares de trabajo.

Tomando en consideración los resultados obtenidos en las distintas etapas del proceso de análisis crítico, se recomienda incluir el tema de factores protectores en la Estrategia Nacional de Salud para la próxima década. También se debe considerar poner énfasis en que las actividades que se planifiquen en el sector salud sean respaldadas por la evidencia científica, con el fin de maximizar y focalizar los recursos financieros y humanos, en las intervenciones que realmente permitan conseguir los objetivos planteados. Es necesario mejorar en lo relacionado al diagnóstico de factores de riesgo a través del examen de medicina preventiva del adulto, para lo que se sugiere realizar coordinaciones intersectoriales en lugares de trabajo, colegios y establecimientos de educación superior.

Los encargados del tema a nivel central plantean la necesidad de fortalecer y comprometer el trabajo intersectorial, además de profundizar el actuar del sector en lo que respecta a factores conductuales, que contribuyan en un mayor potencial de cambio a través de intervenciones de promoción de la salud para la modificación de determinantes individuales.

Por otra parte, es necesario recordar algunas intervenciones efectivas recomendadas internacionalmente para incrementar la actividad física y el consumo de alimentos saludables, como: políticas regulatorias que fomenten que la composición de alimentos sea saludable, políticas que reduzcan barreras a la actividad física y estén dirigidas al ambiente, incrementar lugares habilitados para la actividad física recreacional, realizar campañas escolares intensas enfocadas en dieta y actividad física, incluyendo profesores entrenados y un programa de actividad física con componente familiar; contar con programas multicomponentes que promuevan hábitos saludables en el lugar de trabajo, a través de acceso a alimentos saludables, espacios para la actividad física y fomentar el uso de escaleras, intervenir a personas de grupos de riesgo (sedentarias, que consumen dieta alta en grasa, historia familiar de diabetes o cáncer, sobrepeso), entre otras.

### III. RESULTADOS COMPONENTE APROPIACIÓN

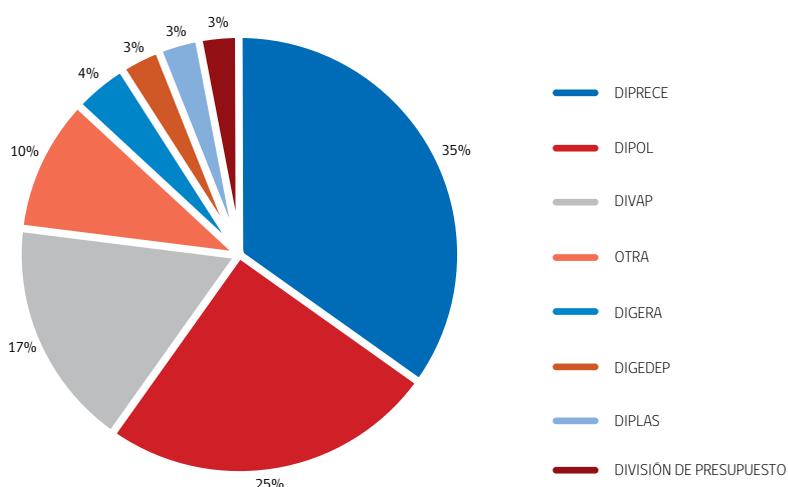
Durante el segundo semestre de 2020, se desarrolló el componente de apropiación de la evaluación de final de periodo, que tuvo como finalidad tanto conocer y ahondar acerca del grado en que los encargados de nivel central hacen propia la responsabilidad de la planificación, monitoreo, evaluación y reporte de cada uno de los componentes de su temática, como vislumbrar la presencia de factores que facilitan y/o dificultan los procesos.

#### PERFIL Y EXPERIENCIA EN ROL DE LOS ENCARGADOS DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD

Los encuestados corresponden a encargados que, a nivel central, se han designado para cada una de las áreas temáticas establecidas en la Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020. Están integrados por profesionales de las diversas unidades o departamentos de ambas Subsecretarías y son responsables de orientar e implementar la política pública, a través del logro de los objetivos de impacto, resultados esperados y metas asociadas, mediante la provisión de lineamientos temáticos referidos a los resultados inmediatos, que el sector debe alcanzar en el corto y mediano plazo.

Se obtuvo respuesta de 69 encargados que trabajan en las distintas Divisiones del Ministerio de Salud. El mayor porcentaje de respuesta corresponde a quienes se desempeñan en DIPRECE con un 34,8%, seguido por DIPOL (25%) y DIVAP (17%). (Gráfico 159).

**GRÁFICO 159:**  
DIVISIÓN A LA QUE PERTENECEN LOS ENCARGADOS



Fuente: Elaboración propia DENS.

En cuanto a los temas que los encargados tienen a su cargo, se obtuvo representatividad de la mayoría de estos, exceptuando algunos pertenecientes al eje 7 de "Institucionalidad del Sector Salud" y al eje 5 "Equidad y Salud en todas las políticas", específicamente al tema "Salud en personas privadas de libertad". El 74% de los encargados está asociado a solo un tema de la estrategia. Sin embargo, el 26% de los encuestados reporta que está asociado a entre dos y cinco temas de la Estrategia. Estos pertenecen en su mayoría a DIPRECE.

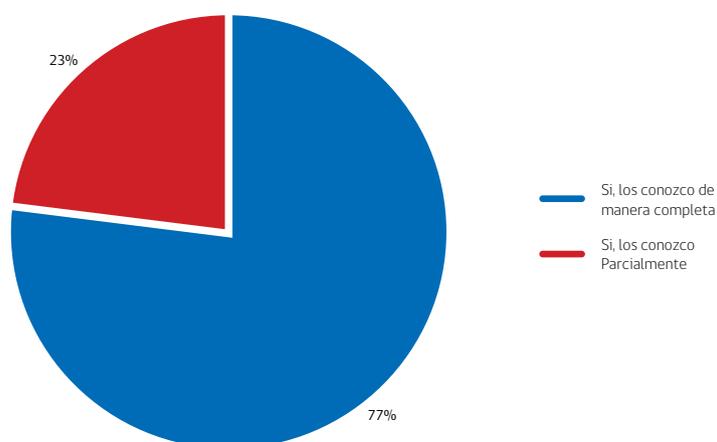
En general, la media de años como encargado de tema de la Estrategia es de tres años al 2020, en un rango que fluctúa entre algunos meses y dos décadas.

## CONOCIMIENTOS EN TEMAS DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD

Para el primer ámbito de conocimiento de la Estrategia Nacional de Salud, al consultar respecto de indicadores de impacto y resultados esperados, el 76,8% reportó conocer de manera completa los indicadores de impacto y resultados esperados de su tema a cargo (ver gráfico 160) notándose además que este grupo presentó una mediana de cuatro años en el cargo. Por otra parte, el 23,2% restante declaró conocer parcialmente los indicadores de la estrategia, contando este grupo con una mediana de un año en el cargo. Estos datos dan cuenta de que ambas variables podrían estar relacionadas.

**GRÁFICO 160:**

PORCENTAJE DE ENCARGADOS QUE DECLARAN CONOCER LOS INDICADORES DE IMPACTO Y DE RESULTADOS ESPERADOS DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD.

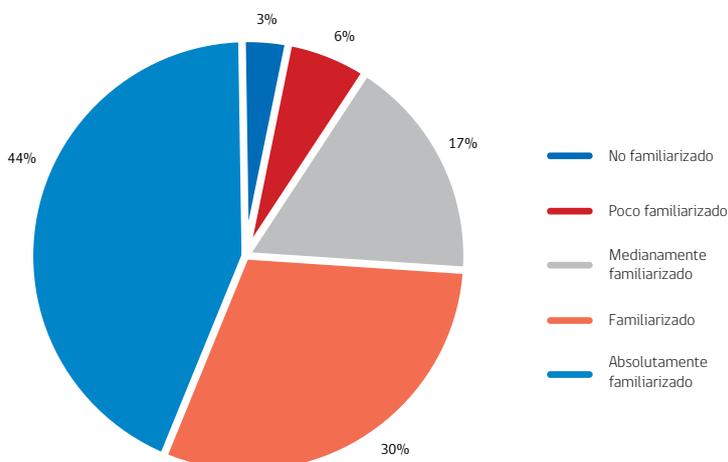


Fuente: Elaboración propia DENS.

Respecto al grado de familiarización con la cadena de resultados y las metas establecidas para el final de periodo, el 43,48% declaró estar absolutamente familiarizado y sólo un 2,9% dice no estar familiarizado (ver gráfico 161). En cuanto al tiempo de permanencia, la mediana de años en el cargo para las respuestas negativas es de tres años y, para las positivas, de cinco años.

**GRÁFICO 161:**

GRADO DE FAMILIARIZACIÓN CON LA CADENA DE RESULTADOS REPORTADO RESPECTO DEL TEMA DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD EN QUE SE ENCUENTRA ENCARGADO.



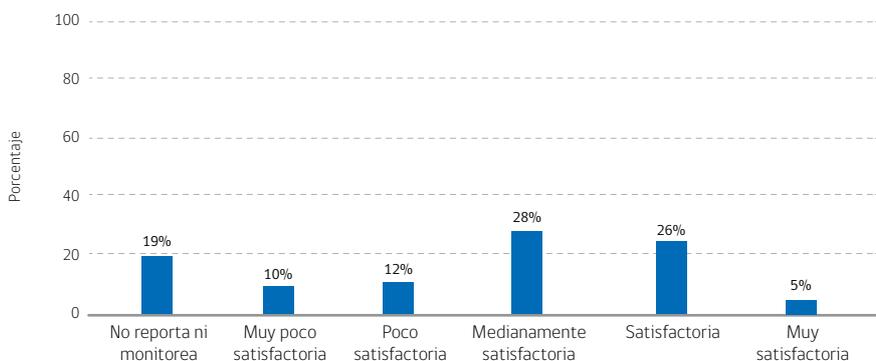
Fuente: Elaboración propia DENS.

## EXPERIENCIA EN EL REPORTE, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE INDICADORES

En torno a la experiencia de reporte y monitoreo de indicadores, se considera que el 31% de los encargados tiene una buena percepción de su experiencia, al calificarla como satisfactoria (26%) o muy satisfactoria (5%). Un 28% indicó que era medianamente satisfactoria y un 22% de los encargados tiene una percepción negativa de su experiencia, calificándola como poco satisfactoria o muy poco satisfactoria (ver gráfico 162). Al solicitarles comentar por escrito los motivos de la calificación otorgada, los encargados expresan que algunas de las causas para la baja satisfacción son la falta de información oportuna por parte de las SEREMIS y la priorización que estas le dan a los indicadores. También señalan la falta de registros de información para calcular adecuadamente los indicadores, lo que no permite obtener información en tiempo real. Junto con esto, también reportan que han visto errores en la definición de metas y poca claridad en la definición de responsabilidades y alcances para cada rol.

**GRÁFICO 162:**

PORCENTAJES DE SATISFACCIÓN EN LA EXPERIENCIA DE REPORTAR Y MONITOREAR LOS INDICADORES DE SU TEMA EN LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD 2011-2020

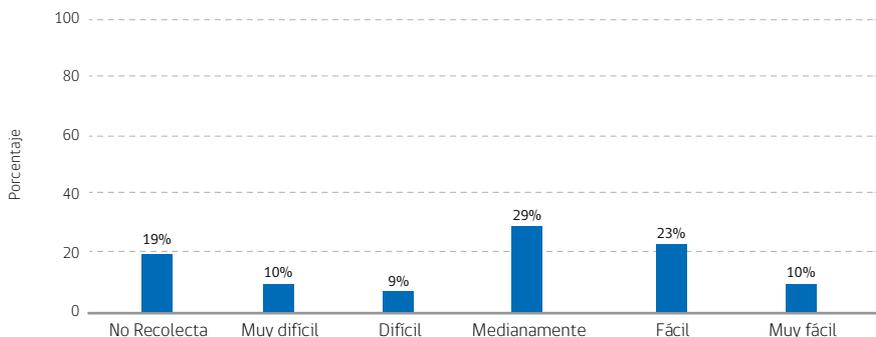


Fuente: Elaboración propia DENS.

Para el grado de dificultad asociado a recolectar los datos para el monitoreo en los plazos establecidos, se observó que un 29% de los encuestados lo calificó como medianamente fácil, seguido de un 23% como fácil, y muy fácil, 10%. Un 19% señaló que no ha tenido que recolectar datos y un 10% señala que es muy difícil recolectarlos (ver gráfico 163).

**GRÁFICO 163:**

GRADO DE DIFICULTAD PARA RECOLECTAR DATOS RELATIVO A LOS TEMAS DE LOS ENCARGADOS.



Fuente: Elaboración propia DENS.

Para conocer la apreciación de los encuestados con respecto a los principales desafíos y factores facilitadores en el monitoreo, reporte y evaluación de su tema en la Estrategia Nacional de Salud, se realizaron dos preguntas abiertas. Estas, se categorizaron según los temas que más fueron mencionados (ver anexo 2), dentro de los cuales destacan:

### Desafíos:

- El principal desafío señalado es el que refiere a las **fuentes de información**. La mayor parte de los encuestados indica que este es un desafío para la realización del monitoreo, reporte y evaluación de sus temas. Al respecto refieren falta de fuentes de información, no contar con un sistema único de información para los indicadores de la Estrategia y la dispersión de la información en el intra y extra sector.
- El segundo tema de mayor mención por los encargados a nivel central fue la **asignación de responsabilidades**. Estos indicaron que observan que no está bien definida la responsabilidad de hacer el monitoreo de los indicadores, que es un desafío el conocer los procesos de evaluación asociados y responsabilidades al interior de la institución, y que existe desconocimiento de quienes deben informar los datos que se les solicitan.
- Otros temas destacados son: **Estructura del sector**, en relación a cómo se relacionan las Subsecretarías, Divisiones, SEREMIS y Servicios y la necesidad de que la estructura de salud incorpore a la ENS facilitando sus procesos; **contingencia**, este tema fue mencionado a raíz de lo ocurrido con la pandemia de Covid-19 y cómo debe estar preparado el sector para una coyuntura de este tipo; y el **tiempo** con el cual se dispone para llevar a cabo estas tareas.

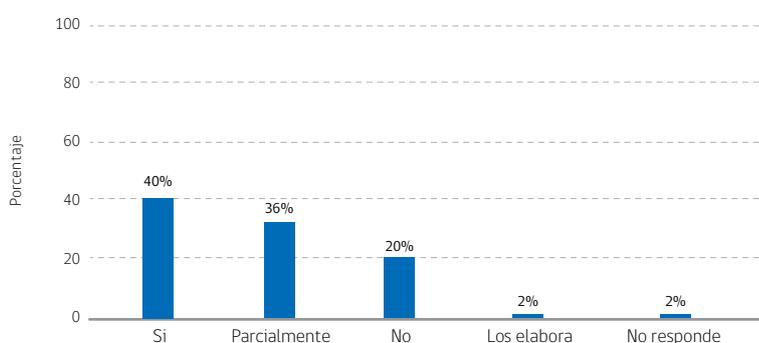
### Facilitadores:

- El principal elemento facilitador que indican los encargados tiene que ver con la **Coordinación interna y externa**. En este sentido, señalan que el poder estar en contacto a nivel intraministerial, así como con las regiones o el extrasector, facilita su labor.
- El segundo tema más mencionado tiene relación con las **tecnologías de información y comunicación (TIC)**. Respecto de este, afirman que, al tener TICs disponibles, su trabajo de monitoreo y reporte se vuelve más expedito. Destacan las plataformas de SIMPO, DEIS y el desarrollo de bases de datos locales, que permiten extraer los datos con mayor precisión y en menor tiempo.
- Los siguientes temas que más se relevan son el **apoyo del equipo DENS**, destacando la disponibilidad para atender sus consultas y contar con resultados claros, que permiten reportar y evaluar sus indicadores asignados.
- Se enfatiza también que varios encargados ven un facilitador en la **experiencia adquirida**, es decir, los procesos se vuelven más expeditos en la medida en que los equipos que se encuentran a cargo conocen más acerca de la ENS y los indicadores que deben monitorear.

## LINEAMIENTOS TEMÁTICOS

En cuanto al conocimiento del proceso de elaboración de los lineamientos temáticos (ver gráfico 164), un 40% refiere que sí los conoce. Hay que destacar que la media de quienes respondieron que sí, es de cinco años de experiencia a cargo del tema. Un 36% indica que los conoce parcialmente, con una mediana de dos años de experiencia en el cargo; mientras que un 20% no los conoce, estos también poseen una mediana de experiencia en el cargo de dos años.

**GRÁFICO 164:**  
PORCENTAJE DE ENCARGADOS QUE DECLARAN CONOCER EL PROCESO DE ELABORACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS TEMÁTICOS E INSTRUMENTOS ASOCIADOS.



*Fuente:* Elaboración propia DENS.

El 40% de los encuestados que indican conocer los lineamientos temáticos señala que sirven como orientación para desarrollar las acciones en torno al cumplimiento de los objetivos y que ha sido una herramienta útil para guiar a los equipos regionales y facilitar los procesos de planificación anual.

Por otra parte, también identifican que para el nivel central es a veces complejo, debido a que la coordinación y difusión de información es limitada y no necesariamente llega a los técnicos responsables de temas específicos, o que los lineamientos no abordan las actividades de las SEREMIS, dado que ellas deben cumplir con actividades adicionales.

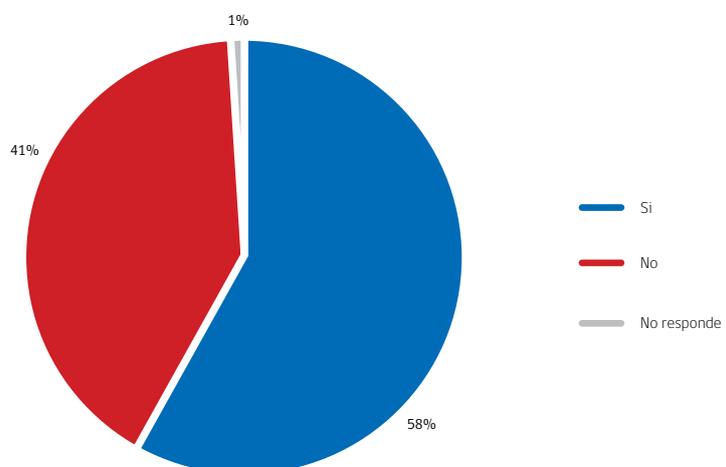
En tanto, quienes conocen los lineamientos temáticos parcialmente (36,2%) o no los conocen (20,3%) señalan que quizás faltó el trabajo intrasectorial desde el nivel central, ya que se enteraron por las contrapartes regionales lo que no ha sido satisfactorio, y consideran que faltan indicadores intermedios entre los resultados inmediatos y los indicadores del objetivo de impacto. Otros indican que no saben de qué instrumento se trata o que nunca lo han utilizado.

Al preguntarles por su participación en la elaboración y/o actualización de los lineamientos temáticos de los últimos cuatro años (ver gráfico 165), un 58% de los encargados señala que si ha sido parte. Sus roles son diversos: mientras algunos han participado en las dos áreas, elaboración y actualización, otros solo en la actualización.

El 41% de los encargados que responde que no, indica como motivos el hecho de que han llegado hace poco a sus puestos en el nivel central, o bien que otros miembros del departamento participan o que, en su caso, no ha sido necesario actualizar los lineamientos temáticos en los últimos cuatro años.

**GRÁFICO 165:**

PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN EN LA ELABORACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS TEMÁTICOS DE LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS.



**Fuente:** Elaboración propia DENS.

## IV. RESULTADOS COMPONENTE COORDINACIÓN

Durante el segundo semestre del año 2020, se desarrolló el componente de coordinación de la evaluación de final de periodo, mediante el cual se evaluó la gestión realizada por el DENS y los referentes técnicos y encargados de tema de la Estrategia Nacional de Salud a nivel regional y MINSAL, su experiencia en el ejercicio de sus funciones durante el periodo y la vinculación y comunicación respectiva entre los distintos actores partícipes de la Estrategia.

### PARTICIPANTES

De un total de 450 encuestas enviadas, se obtuvo respuesta de 157 personas, correspondiente a un 35% del total de la muestra. El 49,7% pertenece a una SEREMI, el 35% a un Servicio de Salud y un 15,3% al Nivel Central. Fueron encuestados dos tipos de actores vinculados a la Estrategia Nacional de Salud:

- **Referentes de la Estrategia Nacional de Salud:** Profesionales a nivel de SEREMI y Servicios de Salud que prestan soporte a la implementación de la Estrategia Nacional de Salud en sus respectivos territorios, labor que ha sido ratificada a través de ambas Subsecretarías de acuerdo a lo indicado en los Ordinarios 1995 y 1749 del año 2014(22).
- **Encargados Nacionales y Regionales de temas de la Estrategia Nacional de Salud:** A nivel Ministerial, se han establecido Encargados para cada una de las áreas temáticas establecidas en la Estrategia Nacional de Salud, los que están integrados por profesionales de las diversas unidades o departamentos de ambas Subsecretarías. Estos son responsables de la formulación de objetivos de impacto de resultados esperados y sus metas e indicadores asociados y de la provisión de lineamientos temáticos referidos a los resultados inmediatos que, tanto SEREMIS y Servicios de Salud, deben alcanzar en el corto y mediano plazo. A nivel regional, los encargados de tema son profesionales de las SEREMIS y los Servicios de Salud, que llevan regularmente dichas temáticas en su región y definen las acciones año a año en torno a los Resultados Inmediatos establecidos desde el nivel central.

Al consultárseles por su experiencia en el sector salud, un 64% de los profesionales afirma poseer más de diez años de experiencia en el sector salud. Mientras que, sobre su experiencia como encargado o referente de la Estrategia Nacional de Salud, el 41% de los encuestados lleva entre un año y tres años en el cargo, mientras que el 59% tiene más de cuatro años en el cargo (ver Tabla 45).

**TABLA 45:**  
AÑOS DE EXPERIENCIA COMO REFERENTE O ENCARGADO NACIONAL/REGIONAL DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD.

Organismo	Nº Respuestas (%)	Experiencia <1 - 3 años	Experiencia >4 años	Experiencia > 10 años
SEREMI	78 (49,7%)	27 (17,2%)	29 (18,47%)	22 (14,01%)
Servicio de Salud	55 (35%)	23 (14,65%)	20 (12,74%)	12 (7,64%)
Nivel Central	24 (15,3%)	14 (8,92%)	9 (5,73%)	1 (0,64%)

Fuente: Elaboración propia DENS.

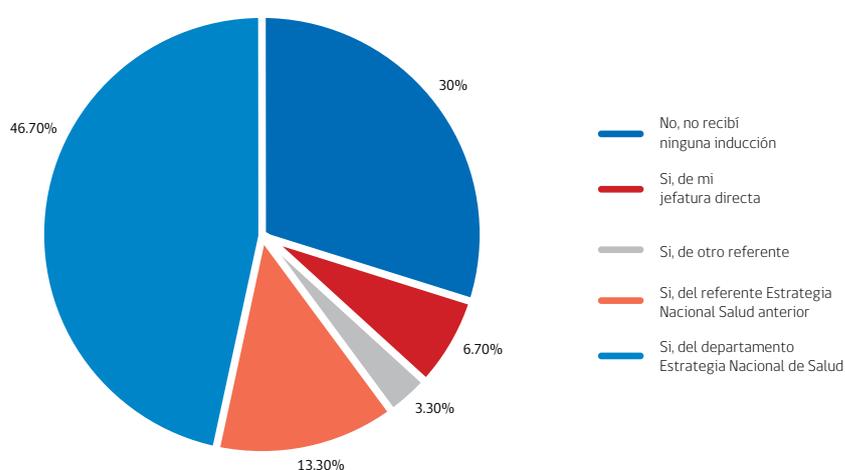
## RESULTADOS SEGÚN VINCULACIÓN CON LA ENS: REFERENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL

### 1. Experiencia en rol de referentes

Treinta referentes de la Estrategia Nacional, que representan el 67% de estos, respondieron la encuesta realizada. De ellos, un 20% señala que es referente desde el año 2013 de la Estrategia Nacional de Salud y sólo un 6,7% está a cargo desde el año 2020.

Respecto de la inducción, el 47% tuvo una inducción por parte del Departamento Estrategia Nacional de Salud (ver gráfico 166), porcentaje mayor al reportado en la Evaluación de Mitad del Periodo, en la que solo el 22% lo tuvo. Mientras, el 30% declara no haber tenido ningún tipo de inducción. Los restantes por su parte, fueron inducidos por el referente anterior, la Jefatura directa u otro referente.

**GRÁFICO 166:**  
PORCENTAJE QUE RECIBIÓ INDUCCIÓN ACERCA DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ACTORES AL ASUMIR COMO REFERENTE DE LA ESTRATEGIA



Fuente: Elaboración propia DENS.

Al consultárseles sobre si están encargados de otra línea de trabajo, el 90% de los referentes señala que sí. En cuanto a su carga de trabajo, el 57% indica que solo a veces tiene el tiempo necesario para cumplir con las tareas de su rol como referente. No obstante, un 60% cuenta con un equipo de trabajo que lo apoya en sus funciones. Aun así, el 50% está de acuerdo con tener otro referente en el organismo que representa.

Estas respuestas son similares a las obtenidas en la Evaluación de Mitad del Periodo, en donde la mayoría de los referentes declara que tener un equipo de trabajo de apoyo, no asegura tener el tiempo necesario disponible para cumplir las funciones de referente. Por este motivo, la mitad de los encuestados concuerda en que se necesita contar con otro referente de la ENS dentro de su organismo.

En cuanto al apoyo de las jefaturas directas y las autoridades de sus organismos en las acciones vinculadas a la Estrategia que realizan los referentes, un 43% señala que siempre cuenta con el apoyo de su jefatura directa. Sin embargo, esta percepción de apoyo disminuye a un 23% cuando se les consulta por la autoridad de su organismo.

Al responder las preguntas que abordan el grado de reconocimiento interno de los referentes, el 87% indica que asesora a nivel de Departamento o División por consultas o temas relativos a la Estrategia Nacional de Salud.

Al consultar sobre la calidad, puntualidad y voluntad de los integrantes de su División a las solicitudes de trabajo en torno a la Estrategia Nacional, en todos los criterios evaluados, más de un 60% de los referentes califica positivamente este aspecto.

El 97% declara que conoce con claridad cuáles son sus funciones como referente de la estrategia. En relación a las preguntas acerca de las actividades que realizan los referentes como parte de sus funciones, tales como liderar los equipos de trabajo de la ENS, trabajar en la formulación, monitoreo, análisis y difusión de la estrategia, entre otras (ver tabla 46), un 84% de las respuestas fueron positivas, abarcando entre sus funciones todas las actividades que les fueron consultadas.

**TABLA 46:**  
ACTIVIDADES QUE REALIZAN COMO PARTE DE SUS FUNCIONES LOS REFERENTES ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD.

Actividades	SI (%)	NO (%)
Convocar al equipo de trabajo designado para la gestión de la Estrategia Nacional de Salud	28 (93%)	2 (7%)
Dirigir la formulación de un plan de trabajo anual de acuerdo con los lineamientos emanados desde el Departamento Estrategia Nacional de Salud	29 (97%)	1 (3%)
Liderar la ejecución de plan de trabajo del equipo	23 (77%)	7 (23%)
Monitorear el desarrollo del plan de trabajo	30 (100%)	0
Difundir el nivel de implementación y/o apoyar el análisis de resultados relativos a la Estrategia Nacional de Salud	27 (90%)	3 (10%)
Remitir o canalizar información oportunamente, en respuesta a requerimientos del Departamento Estrategia Nacional de Salud, así como transmitir inquietudes de los equipos locales al DENS en los casos que sea pertinente	30 (100%)	0
Distribuir y/o asignar las responsabilidades del cumplimiento de los indicadores al interior de tu División (o departamento)	17 (57%)	13 (43%)
Informar a la autoridad de tu organismo el cumplimiento de la planificación operacional	30 (100%)	0
Conformar un equipo regional con otros referentes de la Estrategia Nacional de Salud que favorezca el cumplimiento de los objetivos sanitarios	15 (50%)	15 (50%)
Analizar la calidad de los indicadores de la Estrategia Nacional de Salud	19 (63%)	11 (37%)
Informar a la autoridad de tu organismo el nivel de cumplimiento de la Estrategia Nacional de Salud en lo relativo a tu División (o departamento)	25 (83%)	5 (17%)
Replicar capacitaciones recibidas por el nivel central (en relación a la Estrategia Nacional de Salud) en tu equipo de trabajo	29 (97%)	1 (3%)

Fuente: Elaboración propia DENS.

Con respecto a la comunicación de los referentes con otros actores vinculados a la Estrategia, se les pidió evaluar, con una puntuación de 1 a 5, qué tan accesibles eran en este tema dichos actores. El que alcanzó el mayor porcentaje, calificándolo de "muy accesible", fue el equipo de la Estrategia Nacional de la Salud MINSAL, departamento con el cual los referentes históricamente han tenido una mayor relación, debido a las funciones que estos cumplen. Lo siguen los equipos técnicos de nivel local en las regiones y otros referentes de la estrategia. En último lugar quedan los otros equipos técnicos del MINSAL, con quienes los referentes tienen mayores dificultades de accesibilidad.

## 2. Gestión Departamento Estrategia Nacional de Salud

En relación a la gestión del equipo de la Estrategia Nacional de Salud del Ministerio de Salud, como se observa en la Tabla 47, los encuestados en general evaluaron de forma positiva cada uno de los aspectos consultados. Para lo que tiene relación con la claridad de la información no se obtuvo ningún puntaje bajo la media. Lo mismo ocurrió con la consistencia de la información entregada, entrega oportuna de indicaciones para los procesos, disponibilidad para aclarar dudas, disposición para acoger sugerencias, calidad de las capacitaciones ofrecidas, y cantidad de videoconferencias ofrecidas.

En tanto los menores puntajes, se encontraron en suficiencia de capacitaciones ofrecidas a los referentes, calidad de las videoconferencias ofrecidas, coordinación a nivel MINSAL para entregar orientaciones claras a nivel Regional y facilitación de comunicación entre referentes y equipos técnicos del MINSAL.

**TABLA 47:**  
EVALUACIÓN DE REFERENTES DEL TRABAJO DEL EQUIPO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD SEGÚN CRITERIOS.

Puntuación	Claridad en la comunicación	Consistencia de la información entregada	Entrega oportuna de indicaciones para el desarrollo de los procesos	Disponibilidad para aclarar preguntas	Facilitación de comunicación entre tú como referente y equipos técnicos MINSAL	
Más baja	0	0	0	0	0	
Baja	0	0	0	0	6%	
Media	10%	6%	3%	3%	20%	
Alta	40%	47%	47%	20%	27%	
Más Alta	50%	47%	50%	77%	47%	
Puntuación	Coordinación entre equipos MINSAL para dar orientaciones claras a nivel regional	Disposición para acoger sugerencias	Suficiencia de capacitaciones ofrecidas a referentes	Calidad de capacitaciones ofrecidas a referentes	Suficiencia de videoconferencias realizadas con referentes	Calidad de videoconferencias realizadas con referentes
Más baja	0	0	3%	0	0	0
Baja	7%	0	7%	0	0	3%
Media	33%	14%	27%	20%	37%	13%
Alta	27%	43%	30%	40%	43%	57%
Más Alta	33%	43%	33%	40%	20%	27%

Fuente: Elaboración propia DENS.

### 3. Estrategia Nacional de Salud

Al igual que en la Evaluación de Mitad de Periodo, se preguntó a los referentes por su percepción sobre el conocimiento y valoración de la Estrategia Nacional de Salud en su organismo por parte de sus pares y de ellos mismos como referentes.

En lo concerniente a la percepción del grado de conocimiento al interior de sus organismos, el 47% de los referentes señala que “casi todos” conocen la estrategia; en cuanto a si la consideran una herramienta relevante para el sector salud, un 47% indica que casi todos, un 50% considera que algunos y un 3% indica que nadie.

Sobre la contribución de la Estrategia Nacional de Salud para el logro de los Objetivos Sanitarios (ver gráfico 167), un 37% indica que mucho, el 53% señala que bastante y un 10% indica que poco, ningún referente responde que no hay contribución.

En los temas que más contribuye la estrategia según los referentes están:

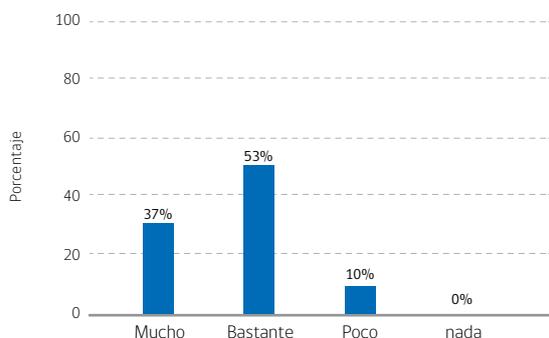
- La priorización de temas señalados en la estrategia en su organismo.
- Integración de las líneas temáticas del sector salud.
- La alineación del trabajo del sector salud.

En las que menos contribuyen según los referentes están:

- El fortalecimiento de la participación ciudadana en el sector salud.
- La instalación de las redes integradas de servicios de salud.
- El fortalecimiento de la intersectorialidad.

GRÁFICO 167:

PERCEPCIÓN DE LOS REFERENTES SOBRE LA CONTRIBUCIÓN DE LA ESTRATEGIA AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS SANITARIOS.



Fuente: Elaboración propia DENS.

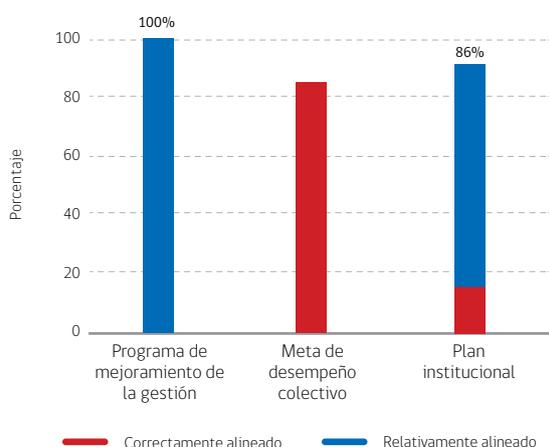
En lo relativo a las consultas por la correcta alineación entre instrumentos de planificación y gestión con la Estrategia Nacional de Salud, al igual que en la evaluación de mitad de periodo, el análisis se hizo sólo con las respuestas de referentes SEREMI y Servicios de Salud con respecto a los instrumentos propios de cada espacio.

En el caso de los referentes SEREMI (Gráfico 168), el 86% de ellos consideró que las metas de desempeño colectivo están correctamente alineadas con el Plan Nacional de Salud, mientras que el programa de mejoramiento de la gestión lo está en menor medida, con el 100% indicando que está relativamente alineado. En cuanto al plan institucional, los referentes indican que está en un 86% relativamente alineado y en un 14% correctamente alineado.

Los Servicios de Salud, por su parte, reportaron una menor alineación en general de sus instrumentos con la Estrategia Nacional de Salud, destacando el PRAPS, con un 79% relativamente alineado. Los restantes instrumentos consultados, compromisos de gestión, metas IAAPS e indicadores de metas sanitarias obtuvieron los mismos porcentajes, un 14% correctamente alineado y un 68% relativamente alineado (Gráfico 169).

GRÁFICO 168:

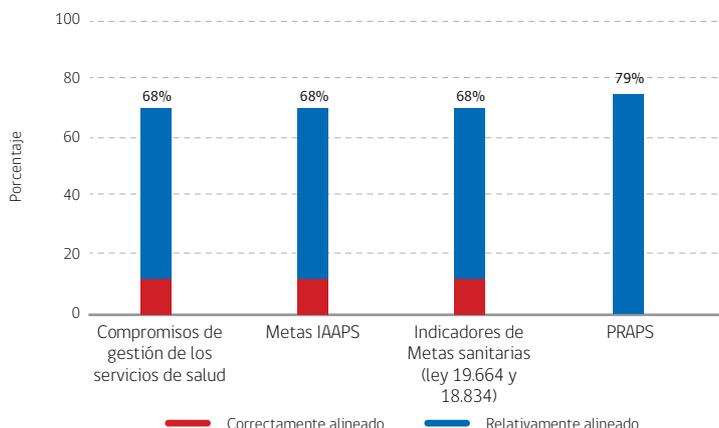
ALINEACIÓN INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA CON LOS OBJETIVOS SANITARIOS DE LA DÉCADA.



Fuente: Elaboración propia DENS.

**GRÁFICO 169:**

ALINEACIÓN INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN EN REDES ASISTENCIALES CON LOS OBJETIVOS SANITARIOS DE LA DÉCADA.



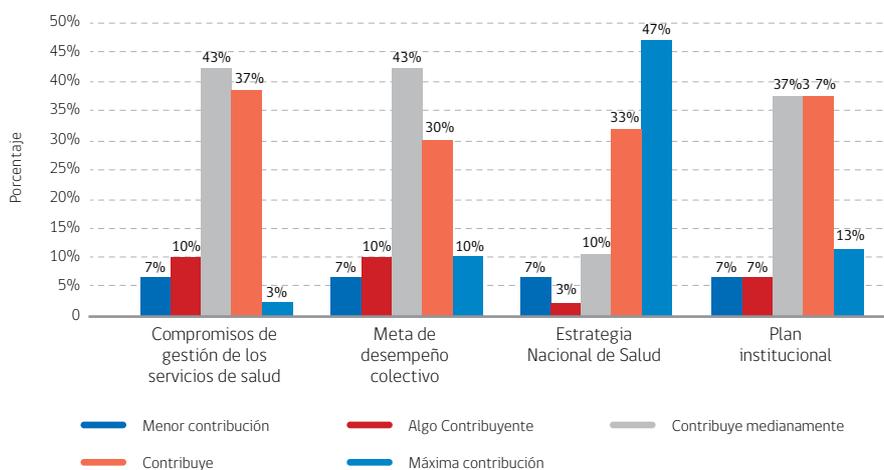
Fuente: Elaboración propia DENS.

Además, también se consultó respecto de la contribución de los instrumentos de planificación y gestión a los Objetivos Sanitarios. Estos también se consolidaron según referentes de SEREMI o Servicios de Salud. En este caso, los encuestados asignaban una puntuación de 1 (menor contribución) a 5 (máxima contribución).

Como se observa en el gráfico 170, los referentes SEREMI puntuaron sobre un 50% con mayor puntaje a la Estrategia Nacional de Salud (Contribuye con un 33% y Máxima contribución con un 47%) y el Plan Institucional (Contribuye con un 37% y Máxima contribución con un 13%), mientras que el Programa de Mejoramiento de Gestión y las Meta de Desempeño Colectivo tienen solo hasta un 40% de máximo puntaje.

**GRÁFICO 170:**

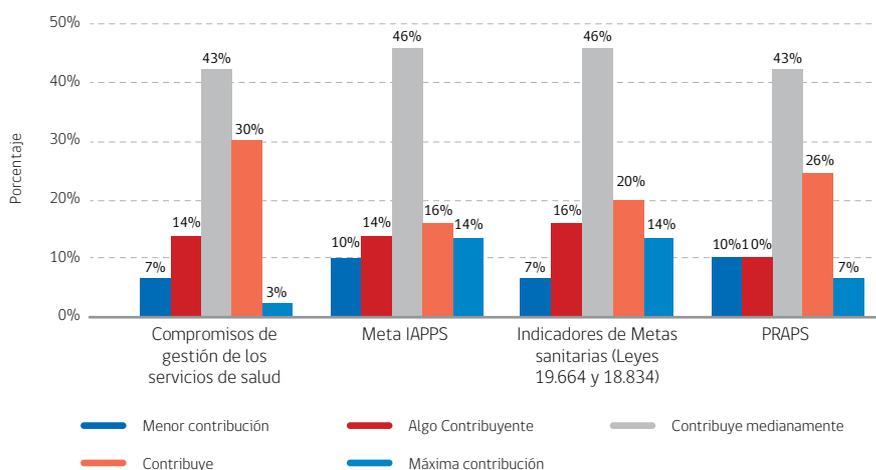
CONTRIBUCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA A LOS OBJETIVOS SANITARIOS DE LA DÉCADA.



Fuente: Elaboración propia DENS.

En tanto los referentes de los Servicios de Salud señalan que contribuyen medianamente todos los instrumentos consultados: compromisos de gestión de los servicios (43% contribuye medianamente), meta IAPPS (46% contribuye medianamente), indicadores de metas sanitarias (46% contribuye medianamente) y PRAPS (43% Contribuye medianamente) (ver gráfico 171).

**GRÁFICO 171:**  
CONTRIBUCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE REDES ASISTENCIALES A LOS OBJETIVOS SANITARIOS DE LA DÉCADA



#### 4. Planificación Operativa

La planificación operativa y sus instrumentos constituyen la operacionalización a nivel local de la planificación estratégica, es así como el 90% de los encuestados señala que recibió suficiente orientación del equipo DENS en el trabajo de la Planificación Operativa. Como se observa en la Tabla 48, cuando se les consulta sobre las áreas en que contribuye la planificación operativa al trabajo del sector, un 77% indica que alinea el trabajo del sector salud bajo un marco común, un 73% que facilita la organización del trabajo de equipos a nivel local, un 57% porque entrega directrices claras sobre cómo enfrentar las necesidades de salud y un 43% porque fortalece la comunicación entre equipos.

**TABLA 48:**  
ÁREAS EN QUE CONTRIBUYE LA PLANIFICACIÓN OPERATIVA AL TRABAJO DEL SECTOR.

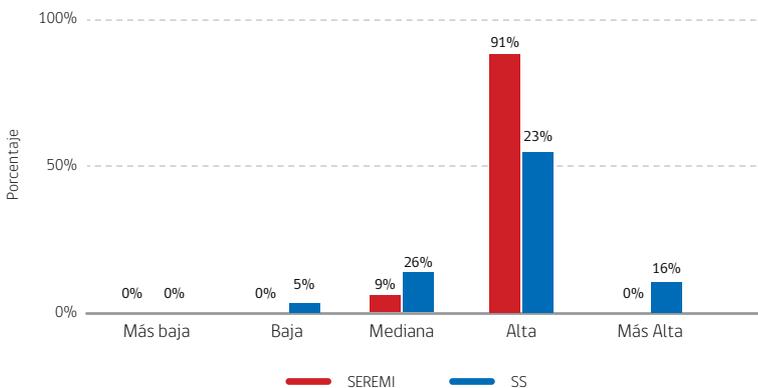
Contribución Planificación Operativa	N	(%)
Alinea el trabajo del sector salud bajo un marco común	23	77%
Entrega directrices claras sobre cómo enfrentar necesidades de salud	17	57%
Facilita la organización del trabajo de equipos a nivel local	22	73%
Fortalece la comunicación entre equipos de trabajo	13	43%
Facilita la organización del trabajo de equipos a nivel local	14	47%

**Fuente:** Elaboración propia DENS.

Al solicitar evaluar los instrumentos para la Planificación Operativa, se les consultó a los referentes sobre los Lineamientos Temáticos, indagando en torno a la calidad de contenido, utilidad del instrumento y uso del instrumento, evaluando en una escala de 1 (Más baja) a 5 (Más alta).

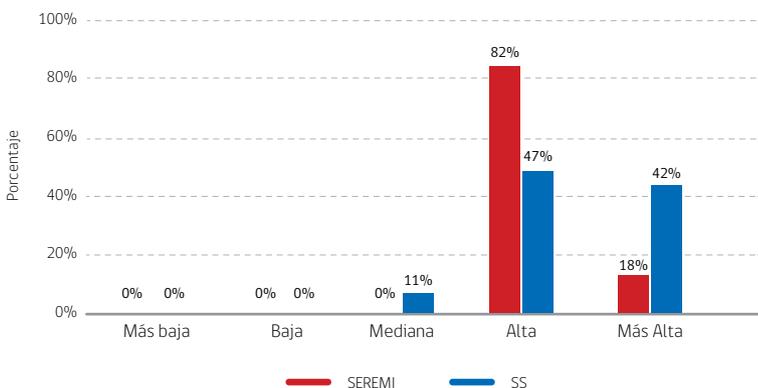
Como se observa en el gráfico 172, un 69% de los referentes de los Servicios y un 91% de los referentes SEREMI le da un puntaje entre Alta y Más Alta en calidad a los lineamientos temáticos. Cuando se les consulta por la utilidad de estos para la planificación (ver gráfico 173), un 100% de quienes se desempeñan en SEREMI y un 89% desde el Servicio de Salud los califica con Alta y Más Alta. Y en cuanto a la utilización por parte de los equipos de sus organismos para la formulación de actividades, un 82% de los referentes SEREMI y un 69% de los referentes de Servicios de Salud le asignan un puntaje entre Alta y Más Alta (ver gráfico 174).

**GRÁFICO 172:**  
CALIDAD DE CONTENIDO DE LOS LINEAMIENTOS TEMÁTICOS COMO INSTRUMENTO PARA LA PLANIFICACIÓN OPERATIVA.



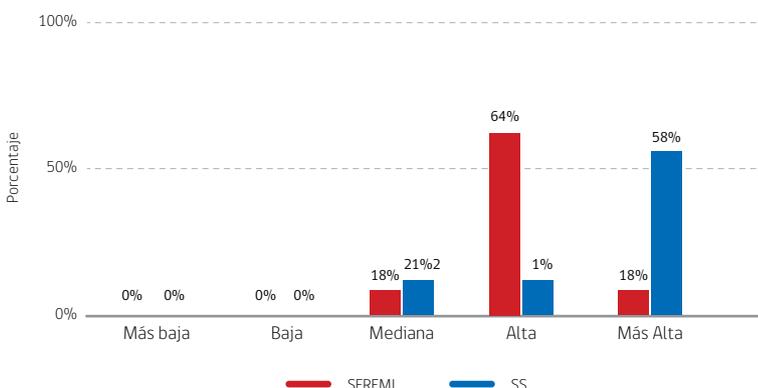
Fuente: Elaboración propia DENS.

**GRÁFICO 173:**  
UTILIDAD LINEAMIENTOS TEMÁTICOS COMO INSTRUMENTO PARA LA PLANIFICACIÓN OPERATIVA.



Fuente: Elaboración propia DENS.

**GRÁFICO 174:**  
UTILIZACIÓN EFECTIVA DE LOS LINEAMIENTOS TEMÁTICOS PARA LA PLANIFICACIÓN OPERATIVA.

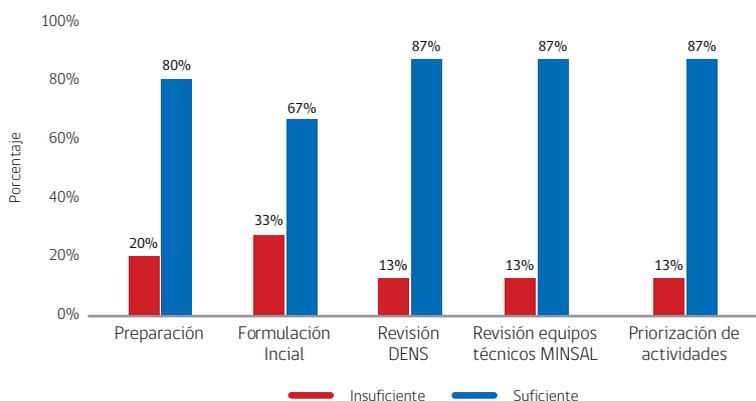


Fuente: Elaboración propia DENS.

En cuanto a la primera fase de la Planificación Operativa, que considera la difusión de los lineamientos temáticos a nivel regional, el 63% responde que la mayoría o todos los actores relevantes fueron informados y un 60% indica que se hizo en un plazo adecuado para la preparación de la formulación de actividades. Este ítem muestra una mejora en lo reportado en la evaluación de mitad de periodo, en donde solo el 46% respondió que la difusión logró informar a los actores relevantes y un 30% consideró que los plazos fueron suficientes (1).

En relación a las restantes etapas de la Planificación Operativa, los referentes mayoritariamente señalan que los plazos para cada etapa de planificación son suficientes (ver gráfico 175).

**GRÁFICO 175:**  
PLAZOS PARA LAS ETAPAS DE LA PLANIFICACIÓN OPERATIVA

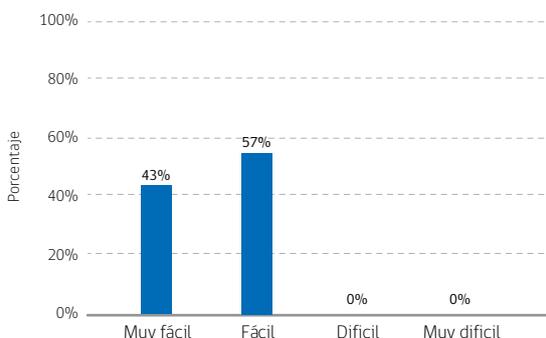


Fuente: Elaboración propia DENS.

Lo mismo ocurre cuando se les consulta sobre la fecha en que se hizo la formulación de actividades, con un 67% de los referentes que señala que es adecuada. Además, en respuesta abierta indican que está presente la evaluación reciente, lo que permite ajustar las actividades a lo que realmente es factible planificar para el próximo período y permite unir el análisis de lo realizado el año anterior y programar de acuerdo a eso el próximo año. Quienes respondieron "No" (33%) señalaron que deberían estar alineadas con la programación de redes asistenciales y sus compromisos de gestión y programación sanitaria.

Al evaluar la plataforma SIMPO como instrumento en el cual se realiza la Planificación Operativa, el 57% de los referentes señala que es fácil y 43% que es muy fácil de usar (gráfico 176).

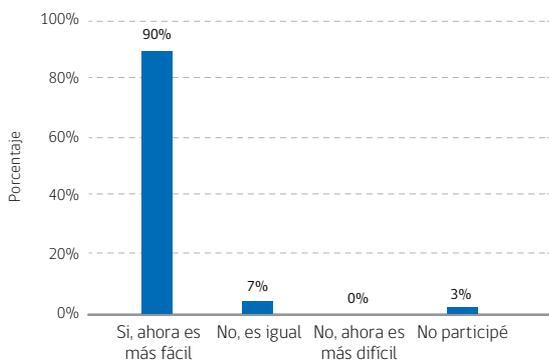
**GRÁFICO 176:**  
NIVEL DE DIFICULTAD QUE LE ASIGNAN LOS REFERENTES AL USO DE LA PLATAFORMA SIMPO



Fuente: Elaboración propia DENS.

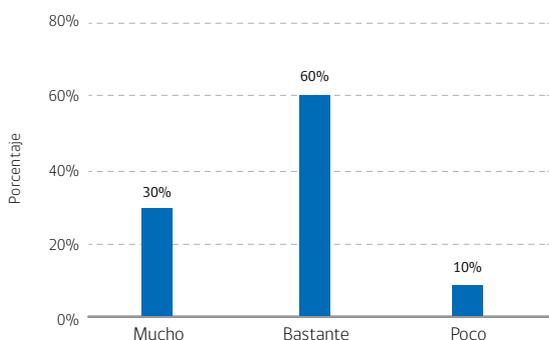
Un 90% refiere que ahora es más fácil el trabajo de formulación de actividades (gráfico 177), lo que corresponde a un 20% más que en la evaluación de mitad del periodo (1). Acerca de si las etapas de revisión en la formulación de actividades a través de SIMPO facilitan la comunicación entre equipos de nivel central y regional, el 60% de los referentes señala que bastante, un 30% que mucho y un 10% que nada (ver gráfico 178).

**GRÁFICO 177:**  
FACILITACIÓN DEL TRABAJO DE FORMULACIÓN DE ACTIVIDADES A TRAVÉS DE SIMPO



Fuente: Elaboración propia DENS.

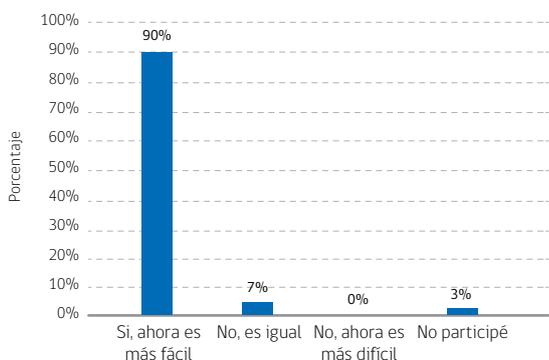
**GRÁFICO 178:**  
FACILITACIÓN DE LA COMUNICACIÓN ENTRE EQUIPOS DE NIVEL CENTRAL Y REGIONAL PARA LAS ETAPAS DE REVISIÓN EN LA FORMULACIÓN DE ACTIVIDADES EN SIMPO



Fuente: Elaboración propia DENS.

Por último, al consultar a los referentes ENS si el SIMPO facilita el reporte de cumplimiento de actividades, el 90% responde afirmativamente (gráfico 179).

**GRÁFICO 179:**  
FACILITACIÓN DEL TRABAJO DE REPORTE DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES



Fuente: Elaboración propia DENS.

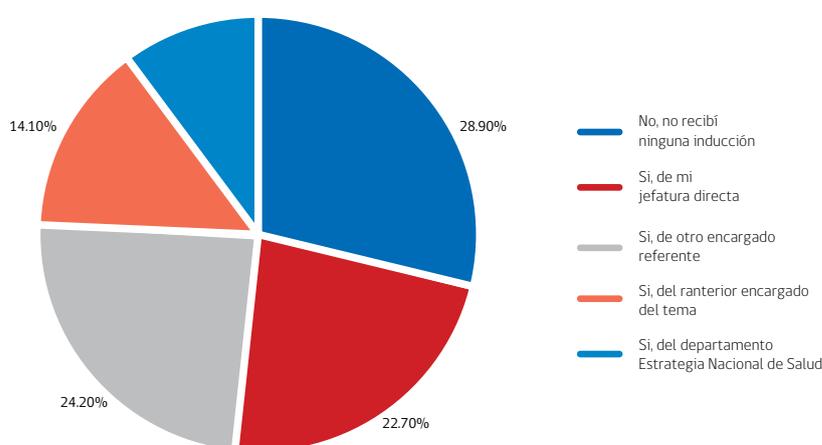
## RESULTADOS SEGÚN VINCULACIÓN CON LA ENS: TÉCNICOS ENCARGADOS DE TEMA A NIVEL NACIONAL Y REGIONAL DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD

### 1. Experiencia en rol de Encargados nacionales y regionales

Se obtuvo 128 respuestas de encargados de temas de la Estrategia Nacional de Salud a nivel nacional y regional. De 44 temas consultados, se obtuvo 41 respuestas de a lo menos un encargado. Los temas que no contaron con respuesta son climaterio, investigación en salud y cooperación internacional.

El 78%, correspondiente a 100 encargados, tiene una experiencia en el cargo mayor a tres años y un 22%, 28 encargados, posee una experiencia menor a dos años. 91 encargados (71%) recibieron inducción del antiguo encargado, la jefatura directa, el DENS u otro encargado. Sin embargo, 37 encargados (29%) no recibieron inducción acerca de la Estrategia Nacional de Salud (gráfico 180).

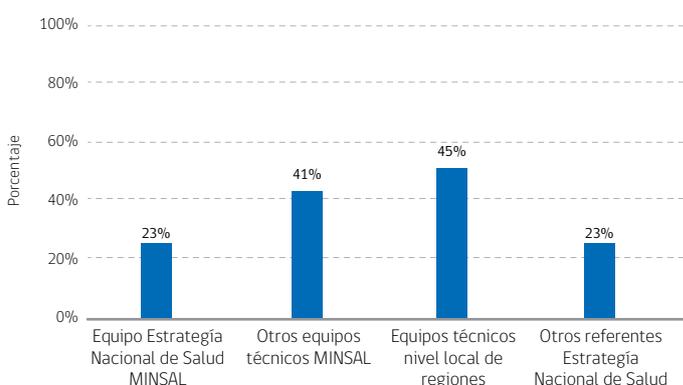
**GRÁFICO 180:**  
PORCENTAJE DE ENCARGADOS QUE RECIBIÓ INDUCCIÓN ACERCA DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ACTORES AL ASUMIR COMO ENCARGADO DE TEMA.



Fuente: Elaboración propia DENS.

En cuanto a la comunicación entre los distintos actores (ver gráfico 181), los encargados indican que con quienes es más accesible la comunicación es con los equipos técnicos de nivel regional (55%) y los otros equipos técnicos del MINSAL (41%), mientras que con el equipo DENS MINSAL (23%) y otros referentes de la estrategia (23%), los encargados perciben una menor accesibilidad.

**GRÁFICO 181:**  
COMUNICACIÓN ENTRE LOS ENCARGADOS Y OTROS ACTORES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD.



Fuente: Elaboración propia DENS.

## 2. Gestión Departamento Estrategia Nacional de Salud (DENS)

Al evaluar el trabajo del equipo DENS en MINSAL, los encargados dan mayores puntajes a claridad en la comunicación, consistencia de la información entregada, disponibilidad para aclarar dudas y coordinación entre equipos MINSAL para dar orientaciones claras a las regiones. Los menores puntajes se obtienen de los temas relacionados con las capacitaciones entregadas y la calidad y suficiencia de las videoconferencias que se realizan con los referentes (ver tabla 49).

**TABLA 49:**  
EVALUACIÓN DE ENCARGADOS DEL TRABAJO DEL EQUIPO ENS DEL MINISTERIO DE SALUD SEGÚN CRITERIOS.

Puntuación	Claridad en la comunicación	Consistencia de la información entregada	Entrega oportuna de indicaciones para el desarrollo de los procesos	Disponibilidad para aclarar preguntas	Facilitación de comunicación entre tú como referente y equipos técnicos MINSAL	
Más baja	3%	3%	3%	4%	5%	
Baja	10%	12%	14%	8%	10%	
Media	29%	28%	33%	34%	27%	
Alta	33%	34%	31%	27%	32%	
Más Alta	25%	23%	19%	27%	26%	
Puntuación	Coordinación entre equipos MINSAL para dar orientaciones claras a nivel regional	Disposición para acoger sugerencias	Suficiencia de capacitaciones ofrecidas a referentes	Calidad de capacitaciones ofrecidas a referentes	Suficiencia de videoconferencias realizadas con referentes	Calidad de videoconferencias realizadas con referentes
Más baja	3%	4%	8%	6%	11%	11%
Baja	10%	10%	21%	14%	19%	14%
Media	37%	35%	38%	34%	38%	35%
Alta	31%	27%	21%	30%	19%	23%
Más Alta	16%	24%	12%	16%	13%	17%

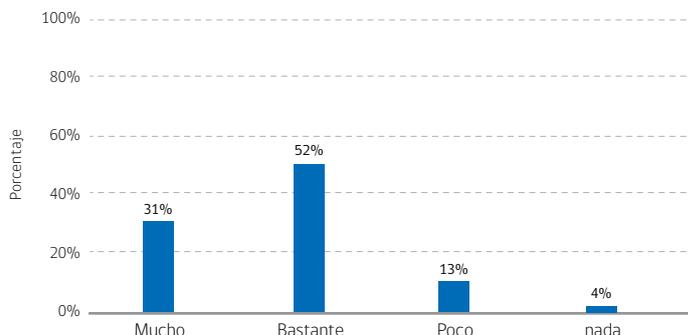
Fuente: Elaboración propia DENS.

## 3. Estrategia Nacional de Salud

Ante la pregunta de cuantos en su organismo conocen la estrategia, 13% indica que todos, 44% casi todos, 49% algunos y solo 2% que casi nadie. De quienes conocen la estrategia, según los encargados, el 17% considera que la Estrategia es una herramienta relevante para el sector salud, 39% que casi todos consideran la Estrategia es una herramienta relevante para el sector salud y un 43% que solo algunos creen que la Estrategia es una herramienta relevante para el sector salud.

En cuanto a su percepción sobre si la Estrategia Nacional contribuye al trabajo del sector para el cumplimiento de los objetivos sanitarios el 31% indica que mucho, el 52% bastante y el 13% poco (ver gráfico 182).

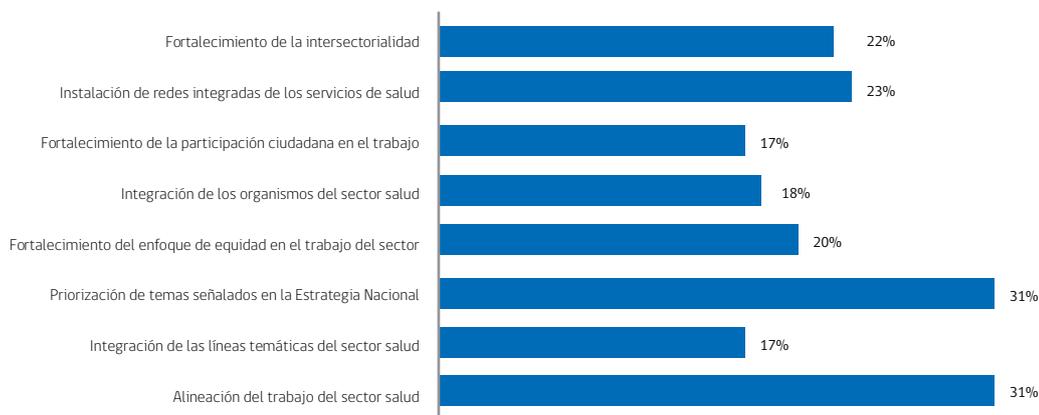
**GRÁFICO 182:**  
PERCEPCIÓN DE LOS ENCARGADOS DE TEMA A NIVEL NACIONAL Y REGIONAL SOBRE LA CONTRIBUCIÓN DE LA ESTRATEGIA AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS SANITARIOS.



Fuente: Elaboración propia DENS.

Sobre los temas en que más contribuye la Estrategia Nacional de Salud, los encargados le entregan mayor puntaje (5 puntos) a la priorización de temas señalados en la Estrategia Nacional de Salud en su organismo y alineación del trabajo del sector salud. Entre los que menos contribuyen están: integración de las líneas temáticas del sector salud y fortalecimiento de la participación ciudadana en el trabajo del sector (ver gráfico 183).

**GRÁFICO 183:**  
TEMAS EN LOS QUE MÁS CONTRIBUYE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD SEGÚN LOS ENCARGADOS.



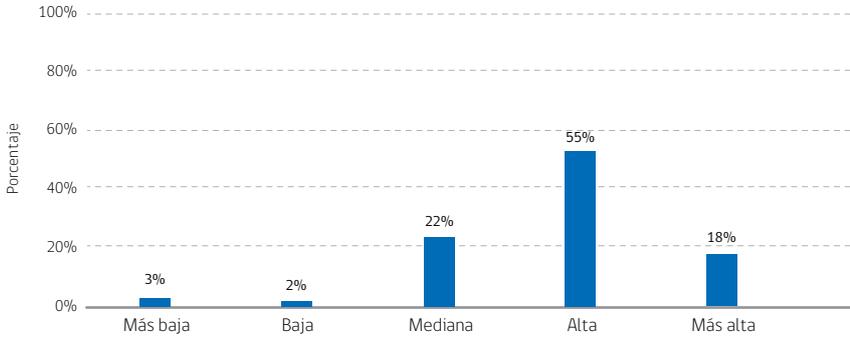
Fuente: Elaboración propia DENS.

## 4. Planificación Operativa

En cuanto a la difusión de los lineamientos temáticos, instrumento que elaboran los encargados de temas del nivel central para guiar las acciones del nivel regional en la Planificación Operativa Anual (POA), un 56% de los encuestados señala que la mayoría o todos los actores relevantes en la Planificación Operativa (POA) fueron informados y un 44% señala que los plazos entregados fueron suficientes para que los equipos prepararan su planificación.

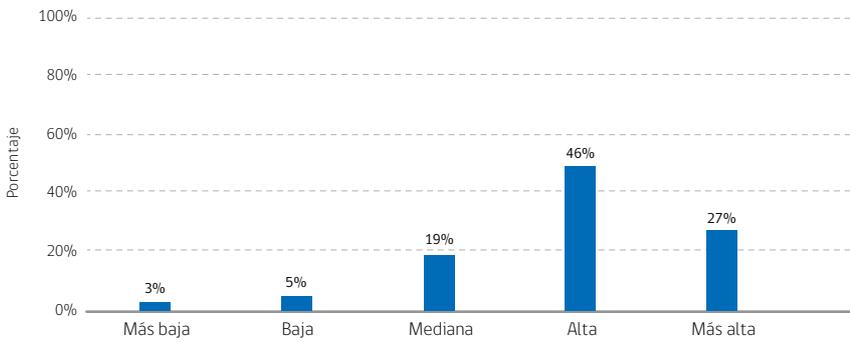
Al evaluar la calidad y utilidad de los lineamientos, un 73% le da un puntaje Alto y Más alto en estos dos aspectos (ver gráficos 184 y 185) y, en cuanto a la utilización por parte de los equipos de sus organismos para la formulación de actividades, también un 73% le da un puntaje entre Más y Más Alto (gráfico 186).

**GRÁFICO 184:**  
CALIDAD DEL CONTENIDO LINEAMIENTOS TEMÁTICOS.



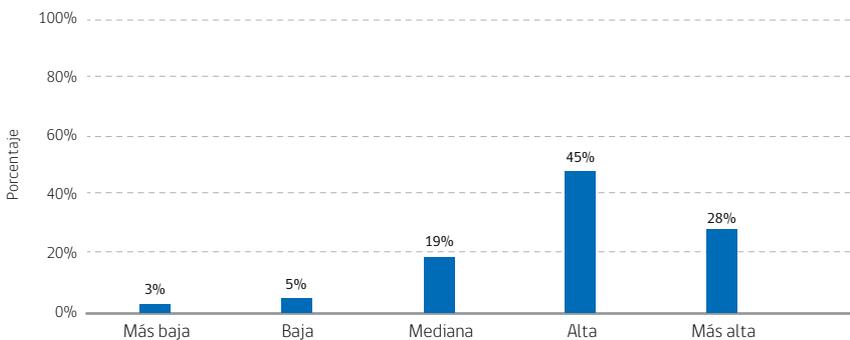
Fuente: Elaboración propia DENS.

**GRÁFICO 185:**  
UTILIDAD DE LOS LINEAMIENTOS TEMÁTICOS.



Fuente: Elaboración propia DENS.

**GRÁFICO 186:**  
UTILIZACIÓN EFECTIVA LINEAMIENTOS TEMÁTICOS.



Fuente: Elaboración propia DENS.

# RECOMENDACIONES

- Avanzar en instalar en los equipos técnicos el monitoreo de sus indicadores de forma continua de acuerdo a la disponibilidad de datos y así mejorar la toma de decisiones.
- Establecer indicadores que tengan fuentes de datos consistentes, confiables y precisos, pertinentes y periódicos.
- Releva la necesidad de tener encuestas poblacionales periódicas.
- Generar estudio de factibilidad técnica de los indicadores planteados para que sean concordantes con el nivel estratégico.
- Establecer un plan de monitoreo y evaluación continuo que incorpore resultados de indicadores e implementación de la política pública.
- Intencionar y facilitar el trabajo conjunto de distintos actores de los equipos técnicos para el análisis del monitoreo y evaluación de los temas de salud.
- Fomentar la participación de los técnicos en los distintos procesos asociados a la Estrategia Nacional de Salud.
- Generar un plan de inducción para nuevos referentes y encargados de tema de la Estrategia Nacional de Salud.
- Asegurar horas protegidas para cumplir con las funciones que tienen los referentes de la ENS.
- Incentivar y sensibilizar acerca de la relevancia de la ENS como carta de navegación del sector en las autoridades.
- Generar estrategias que permitan que los instrumentos de gestión de Salud Pública y Redes Asistenciales estén correctamente alineados con la Estrategia Nacional de Salud.
- Continuar fortaleciendo la Planificación Operativa pues es la bajada del nivel estratégico de los Objetivos Sanitarios de la Década.

# CONCLUSIONES

La Evaluación de Final de Período se ha desarrollado para dar cuenta del cumplimiento de las metas y el proceso implementado para el logro de ellas, en consecución de los objetivos sanitarios propuestos al inicio de la década. En este contexto, es necesario relevar la importancia del proceso de evaluación y monitoreo como un continuo en el ciclo de la planificación, presentándose como virtuosa cuando es flexible y capaz de adaptarse a las crecientes necesidades de la población.

En consecuencia, uno de los aprendizajes está relacionado con la importancia de fortalecer este proceso en la próxima década a través de un plan que establezca el monitoreo y evaluación permanente, como un insumo sólido y objetivo para la toma de decisiones tanto en lo operativo como en lo estratégico.

En la década 2011-2020, se implementó la plataforma SIMPO como herramienta para la planificación operativa y monitoreo de indicadores. Esto permitió facilitar dichos procesos, además de interiorizar la continuidad del ciclo de la planificación.

Respecto al componente Monitoreo, al comparar con la Evaluación de Mitad de Período, en general se observa que se mantuvo un 22% de indicadores "No Evaluable", que son aquellos en los que no hay datos disponibles, hay falta de continuidad de ellos o no son comparables con la línea base.

En lo relativo a la evaluación de final de la década 2001-2010, la comparación debe tener algunos resguardos, ya que en esa evaluación se definieron seis estados de avance (cumple, avance importante, avance discreto, retroceso, no cumple y no evaluable) y, en la actual, sólo cinco estados, en los que llama la atención el aumento de las metas en retroceso, de 9,9% a 17%. Las metas no evaluables aumentaron de 18,8% a 22%. Las metas con avance discreto aumentaron de 5,9% a 15%. También aumentaron las metas en categoría de avance importante, de un 8,9% a un 10%, y las metas en estado de cumplimiento se mantuvieron en porcentajes similares a la década pasada.

Al observar el cumplimiento de metas de impacto por eje estratégico, debe ponerse atención en los problemas de salud de los ejes 2 y 3, Enfermedades no transmisibles, violencia y discapacidad y Hábitos de vida respectivamente, ya que concentran el 58% (7 de 12) de las metas en estado de retroceso.

Las metas de resultados esperados no son comparables, debido a que anteriormente no se incorporó ese nivel en la evaluación. No obstante, el eje 7 de estos, Institucionalidad del Sector con un 30% de los resultados esperados en retroceso, concentra el mayor porcentaje de estos en ese estado de avance, lo que llama a observar y analizar qué procesos se encuentran afectados.

De esta evaluación, se obtienen varios aprendizajes, tanto desde los resultados sanitarios como del proceso de implementación de la política pública. Desde el punto de vista de los resultados de los indicadores, donde cada meta fue analizada por los equipos técnicos, tanto en su nivel estratégico como operativo, constituyó un insumo

para la construcción de la Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030, dando cuenta de necesidades que se debían priorizar y atender en dicho proceso. De ellas, se releva el énfasis en poblaciones vulnerables y los desafíos generados por los cambios demográficos y contingencias sanitarias.

Del análisis de indicadores, es necesario abstraer que se debe resguardar la correspondencia de estos con su nivel estratégico, es decir, que dicho nivel se evalúe con indicadores de resultado teniendo en cuenta otros indicadores que existen en el sector o bien indicadores que se encuentran ya validados internacionalmente. Además, en el proceso se debe considerar indicadores cuyas fuentes de datos sean consistentes, confiables y precisos, pertinentes y periódicos, es decir no considerar indicadores con fuentes provenientes de probables estudios o que se encuentren en construcción.

Para la implementación de la política, se observó la necesidad de que los temas asociados al Plan Nacional de Salud tengan un equipo técnico encargado, que sea consistente en el tiempo y pueda realizar la bajada operativa necesaria para obtener avances sanitarios, teniendo en cuenta a donde se quiere llegar estratégicamente más allá de la mera provisión de servicios.

El componente análisis crítico se realizó a doce temas priorizados de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 a partir de cuatro componentes: análisis de indicadores y epidemiológico, análisis de la planificación operativa, revisión de la literatura y análisis comparativo. Con ellos se pretendió evaluar el desempeño de la cadena de resultados, para determinar su efectividad y suficiencia en relación al cumplimiento de los objetivos sanitarios. De este, los resultados por temas son similares a lo que se evaluó en el componente monitoreo respecto de la calidad y representatividad de los indicadores.

Se estableció la necesidad de dar continuidad al abordaje de los temas analizados en la Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030, considerando la limitación de los resultados alcanzados, debido a su prevalencia, incidencia y/o mortalidad, la alta carga sociosanitaria y el nivel de daños producidos a la calidad de vida de las personas en las distintas etapas que estas producen si no son abordadas. Esto, acompañado de modificaciones en el establecimiento de indicadores, la selección de fuentes de información y formas de medición, así como el fortalecimiento de la planificación estratégica y operativa, siendo esta realizada en forma conjunta entre organismos, fortaleciendo la supervisión de acciones claves para el alcance de los resultados dispuestos en la estrategia.

También se establece la necesidad de fortalecer de la Atención Primaria de Salud, en términos de recursos físicos, humanos y financieros, revisando a su vez el impacto de incentivos económicos sobre procedimientos claves, promoviendo además el desarrollo de acciones basadas en la evidencia, en donde se ofrezcan parámetros de implementación para aquellas que se realizan en forma permanente. Por otro lado, promover a nivel intersectorial el desarrollo de procesos de planificación conjunta, tanto a nivel central como regional, y entre equipos técnicos de un mismo organismo, o entre los distintos organismos (SEREMI-Servicio de Salud), de modo de avanzar hacia la planificación y evaluación conjunta y favoreciendo el alcance de los resultados.

El componente de apropiación es un elemento importante a la hora de observar el grado en que los encargados temáticos del nivel central de la Estrategia Nacional de Salud valoran y entienden lo que hacen, generando que su enfoque durante la planificación, monitoreo, evaluación y reporte se oriente en los resultados esperados.

A partir de la aplicación de la encuesta, fue posible observar que el 76,8% de los encargados conoce de manera completa los indicadores de impacto y resultados esperados de su tema. Además, que ellos poseen una media de años superior en el cargo a los que la conocen parcialmente, por lo que la experiencia adquirida influye en lo que sabe cada uno acerca de sus indicadores y resultados.

En cuanto a la cadena de resultados y las metas establecidas para el final de periodo, los encargados se encuentran altamente familiarizados. Cabe mencionar que estos encargados tienen entre 5 y 3 años en sus cargos. Igual situación ocurre con los indicadores de impacto, ya que al existir encargados que son constantes en el tiempo, permite una mayor familiarización con los resultados y metas.

El principal desafío que reportan los encargados tiene que ver con las fuentes de información y su acceso rápido y oportuno, indicando que estos temas son de vital importancia para el desarrollo de sus tareas en torno al reporte, monitoreo y evaluación.

En cuanto a los factores facilitadores, señalan que la coordinación interna y externa favorece el ejercicio de sus funciones y el mantenimiento de una relación constante a nivel intraministerial con las SEREMIS, con los Servicios de Salud y con el extrasector.

En relación a los lineamientos temáticos, un alto porcentaje los conoce cabal o parcialmente. Entre las ventajas que destacan se encuentran la entrega de lineamientos y la facilitación de los procesos de planificación operativa anual.

Relativo al componente de coordinación, este permite observar en qué grado los actores involucrados en la Estrategia Nacional de Salud se vinculan y comunican entre ellos.

Sobre la experiencia de los grupos, estos presentan un alto grado de permanencia como referentes o encargados de la estrategia. El 59% de los referentes tiene más de cuatro años en el cargo y un 46% de los encargados regionales y nacionales de temas también.

En el caso de los referentes de la Estrategia, estos señalaron que el equipo DENS MINSAL es muy accesible, junto a los equipos técnicos de nivel local y otros referentes, pero indican mayores dificultades en este ámbito con los otros equipos técnicos de nivel central. Por su parte, los encargados de tema de nivel regional y nacional presentan otra perspectiva, indicando que la comunicación es más accesible con los equipos técnicos de nivel central y de nivel regional, mientras que con DENS MINSAL y otros referentes de la Estrategia este punto es menor.

Acerca de la relevancia de la estrategia para el trabajo del sector salud, un 17% de los encargados de tema a nivel nacional y regional la percibe como una herramienta relevante para el sector salud y en el caso de los referentes de la Estrategia, un 47% tiene esta percepción. Por otro lado, se debe señalar que sólo un 23% de los referentes percibe apoyo de la autoridad de su organismo en las acciones vinculadas a la Estrategia Nacional de Salud.

Respecto de la coordinación de los referentes y encargados con el equipo de la estrategia nacional MINSAL, los dos grupos evalúan bien este aspecto, especialmente el tema de la claridad en la comunicación y la consistencia de la información entregada. Sin embargo, el tema de capacitaciones entregadas y calidad y suficiencia de las videoconferencias es un aspecto que relevan con un menor puntaje, tanto referentes como encargados.

Sobre los lineamientos temáticos, ambos grupos los consideran de calidad, 60% en los referentes y 75% en el caso de los encargados regionales y nacionales. Lo mismo ocurre en torno a la utilidad y utilización para la formulación de actividades, con sobre 70% de los encuestados asignándoles un alto puntaje entre los referentes y los encargados.

En torno a la Planificación Operativa, el 77% de los referentes señala que es un instrumento valioso que alinea el trabajo del sector salud bajo un marco común. Respecto del sistema informático, SIMPO, refieren que facilita la formulación de actividades, la comunicación entre equipos a nivel central y regional, para la revisión de actividades y el reporte de actividades.

# REFERENCIAS

1. OMS. Monitoreo, evaluación y análisis de las estrategias nacionales de salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2011 [cited 2021 Nov 26]. Available from: [https://www.who.int/healthinfo/country\\_monitoring\\_evaluation/MandE\\_NHS\\_spanish.pdf](https://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/MandE_NHS_spanish.pdf)
2. Chile. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2016 [cited 2021 Nov 26]. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
3. Chile. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios: Evaluación de mitad de periodo, grupo de aprendizaje Coordinación. Santiago: MINSAL; 2017. 44 p.
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas [Internet]. Santiago: CEPAL; 2005 [cited 2021 Nov 26]. Available from: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/5607-metodologia-marco-logico-la-planificacion-seguimiento-la-evaluacion-proyectos>
5. Chile. Ministerio de Salud. Evaluación de mitad de período de los Objetivos sanitarios de la década (OSD) 2000-2010. Santiago: MINSAL; 2006.
6. Chile. Ministerio de Salud. Los objetivos sanitarios de la década 2000-2010: Evaluación de final de Periodo [Internet]. Santiago: Minsal; 2010 [cited 2021 Nov 26]. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/94c89f56c4e270b0e04001011e011c9c.pdf>
7. Chile. Ministerio de Salud. Evaluación de mitad de periodo: Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2017 [cited 2021 Nov 26]. Available from: <https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/01/Informe-de-Evaluacion-de-Mitad-de-Periodo-ENS.pdf>
8. Chile. Ministerio de Salud. Evaluación de Diseño Estrategia Nacional de Salud con Participación Ciudadana. Santiago; 2016 Aug.
9. Chile. Ministerio de Salud. DENS. Fichas Indicadores de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 [Internet]. MINSAL. 2020 [cited 2021 Nov 30]. Available from: <https://estrategia.minsal.cl/fichas/>
10. Chile. Ministerio de Salud. Resumen Análisis Crítico temas Estrategia Nacional de Salud 2011-2020: Componente inicial de la Evaluación Final de Período [Internet]. Santiago; 2020 Aug [cited 2021 Nov 30]. Available from: <https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/Resumen-Análisis-Crítico-ENS-2011-2020.pdf>

11. Chile. Ministerio de Salud. ANÁLISIS CRÍTICO DE TEMAS: VIH Y CONDUCTA SEXUAL SEGURA. Santiago; 2020.
12. Chile. Ministerio de Salud. ANÁLISIS CRÍTICO DE TEMAS: DIABETES MELLITUS INSUMO PARA LA EVALUACIÓN FINAL DE PERIODO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD. Santiago; 2019 Oct.
13. Chile. Ministerio de Salud. ANÁLISIS CRÍTICO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD 2011-2020, Enfermedades cardiovasculares (ECV). Santiago; 2020 Sep.
14. Chile. Ministerio de Salud. Análisis Crítico de Temas: Infección Respiratoria Aguda y Enfermedad Respiratoria Crónica Insumo para la Evaluación de Final de Período Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020 [Internet]. Santiago; 2020 Oct [cited 2021 Dec 7]. Available from: <https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/11/Análisis-Crítico-Infecciones-Respiratorias-Agudas-Enfermedad-Respiratoria-Crónica-2020.pdf>
15. Chile. Ministerio de Salud. ANÁLISIS CRÍTICO DE TEMAS: TABACO INSUMO PARA LA EVALUACIÓN FINAL DE PERIODO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD 2011-2020. Santiago; 2020 Jan.
16. Chile. Ministerio de Salud. ANÁLISIS CRÍTICO DE TEMAS: TUBERCULOSIS INSUMO PARA LA EVALUACION FINAL DE PERIODO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD 2011-2020. Santiago; 2020 Jan.
17. Chile. Ministerio de Salud. ANÁLISIS CRÍTICO DE TEMAS: CONSUMO RIESGOSO DE ALCOHOL INSUMO PARA LA EVALUACIÓN FINAL DE PERIODO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD. Santiago; 2020 Jan.
18. Chile. Ministerio de Salud. ANÁLISIS CRÍTICO DE TEMAS: DROGAS ILÍCITAS. Santiago; 2020 Jan.
19. Chile. Ministerio de Salud. ANÁLISIS CRÍTICO DE TEMAS: SALUD MENTAL INSUMO PARA LA EVALUACIÓN FINAL DE PERIODO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD. Santiago; 2020 Jan.
20. Chile. Ministerio de Salud. ANÁLISIS CRÍTICO DE TEMAS: SUICIDIO EN ADOLESCENTES. Santiago; 2020 Jan.
21. Chile. Ministerio de Salud. ANÁLISIS CRÍTICO DE TEMAS: FACTORES PROTECTORES Y ACTIVIDAD FISICA INSUMO PARA LA EVALUACION FINAL DE PERIODO ESTRATEGIA NACIONAL DE. Santiago; 2020 Nov.
22. Chile. Ministerio de Salud. DENS. Orientaciones para la Planificación Operativa Anual para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década. Santiago; 2017.

## ANEXO 1

### Preguntas encuesta componente "Apropiación"

- 1.- Indique a qué División pertenece.
- 2.- ¿Qué tema de la Estrategia Nacional de Salud tiene a su cargo a nivel central? (Puede marcar más de uno).
- 3.- ¿Durante qué periodo (en años), se hizo o se ha hecho cargo de su(s) temática(s) en el Nivel central?
- 4.- ¿Conoce los indicadores de impacto y resultados esperados que son medidos en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 en relación a su tema?
- 5.- ¿Cuál o cuáles son los motivos?
- 6.- Respecto del tema de la Estrategia Nacional de Salud que ud. se encuentra encargado, indique de 1 a 5 su grado de familiarización con la cadena de resultados y las metas establecidas para el final del período. Donde 1 es "No estoy familiarizado con la cadena de resultados y las metas establecidas" y 5 es "Estoy absolutamente familiarizado con la cadena de resultados y las metas establecidas".
- 7.- Califique de 1 a 5 su experiencia de reportar y monitorear los indicadores de su tema en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. Donde 1 es "Muy poco satisfactoria" y 5 "Muy satisfactoria". Si no está dentro de sus responsabilidades monitorear y reportar indicadores seleccione "0".
- 8.- Comente los motivos de la calificación anteriormente otorgada.
- 9.- Califique de 1 a 5 qué tan difícil ha sido recolectar datos desde su fuente de información cuando se le ha solicitado reportar información relativa a su tema. Donde 1 es "Muy difícil" y 5 es "Muy fácil". Si no está dentro de sus responsabilidades recolectar datos desde su fuente de información seleccione "0".
- 10.- Califique de 1 a 5 qué tan difícil ha sido recolectar datos en los plazos solicitados cuando se le ha solicitado reportar información relativa a su tema. Donde 1 es "Muy difícil" y 5 es "Muy fácil". Si no ha tenido que reportar datos dentro de ciertos plazos seleccione "0".
- 11.- En su opinión, ¿cuáles han sido los principales desafíos para realizar el monitoreo, reporte y evaluación de su tema en la Estrategia Nacional de Salud?
- 12.- En su opinión, ¿cuáles han sido los principales facilitadores para realizar el monitoreo, reporte y evaluación de su tema en la Estrategia Nacional de Salud?
- 13.- ¿Conoce el proceso de elaboración de los lineamientos temáticos y el instrumento asociado a éste?
- 14.- ¿Le ha resultado satisfactorio el proceso y uso de dicho instrumento? Comente a continuación.
- 15.- ¿Ha participado en la elaboración y/o actualización de los lineamientos temáticos de los últimos 4 años?
- 16.- Comente su respuesta a la pregunta anterior.
- 17.- Si ha participado en la elaboración y/o actualización de los lineamientos temáticos, ¿ha sido este proceso trabajado en conjunto con los equipos regionales?
- 18.- Como encargado de Nivel central, indique si el tema que está a su cargo ha experimentado, en el último tiempo, algún cambio normativo. Por ejemplo: ¿la promulgación de alguna política pública dentro de la década 2011-2020?
- 19.- ¿En qué año fue la promulgación de dicha política pública? (año).
- 20.- ¿La promulgación de dicha política pública podría haber influido en los resultados obtenidos en lo que respecta al estado de avance de las metas? ¿De qué manera?

## ANEXO 2

## Respuestas a pregunta 12 de encuesta componente "Apropiación"

TABLA 1:

FACILITADORES PARA REALIZAR EL MONITOREO, REPORTE Y EVALUACIÓN DE SU TEMA EN LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD

TEMAS	RESPUESTAS
Coordinación interna y externa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El trabajo o coordinación intraminsal.</li> <li>• Colaboración entre departamentos del nivel central para obtención de datos.</li> <li>• Trabajo de la red de coordinadores regionales.</li> <li>• Contar con referente desde los Servicios de Salud.</li> <li>• Un elemento facilitador ha sido el interés y la voluntad personal en cumplir con los requerimientos de información.</li> <li>• Hasta el año 2017, la estrategia de promoción de salud en lugares de trabajo era meta de desempeño colectivo, lo cual generaba que la mayoría de las seremis respetaran los plazos de reporte todos los semestres.</li> <li>• El apoyo del equipo del DEIS y que contamos con un profesional exclusivo para el desarrollo de esta actividad.</li> <li>• Los funcionarios que cumplen el rol de enlace con la ENS.</li> <li>• Tanto los equipos de salud directos como los técnicos ministeriales han comprometido múltiples estrategias en fortalecer las líneas de desarrollo infantil, donde hemos podido contrarrestar los avances de manera local.</li> <li>• Trabajo conjunto en los temas de adolescencia con equipo Diprece.</li> <li>• El aporte de otras instituciones (académicas, internacionales) para la consecución de apoyo, por ejemplo, para disponer de recursos que puedan financiar los estudios que entregan información.</li> </ul>
Apoyo Equipo DENS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El apoyo del equipo ENS.</li> <li>• El apoyo del Depto ENS y su plataforma.</li> <li>• Buena relación con el equipo de Estrategia y disponibilidad de parte de ellos.</li> </ul>
Experiencia adquirida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La experiencia de compañeros que llevan más tiempo realizando esa labor.</li> <li>• Alto nivel técnico de los referentes de promoción de la salud en las SEREMIS.</li> <li>• Conocimiento del tema.</li> <li>• Monitoreo y reporte, el Departamento puede acceder a ellos con facilidad, pero la evaluación no se ha trabajado con mayor profundidad con el equipo de la ENS.</li> <li>• Son temas propios del departamento y que además se encuentran planteados en el respectivo COMGES de Participación Ciudadana.</li> <li>• El equipo de mi departamento que ya tiene experiencia en reportar.</li> <li>• A través de los referentes técnicos, se ha logrado mejorar los registros estadísticos para reportar acciones que tributan a la ENS.</li> </ul>
Resultados claros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicador de resultados claros. Tener clara la meta a la que se quiere llegar.</li> <li>• El equipo funciona con una planificación estratégica propia que comunica con la de MINSAL.</li> <li>• En relación al monitoreo, contar con indicadores y compromiso con SS.</li> <li>• El documento de las fichas técnicas.</li> </ul>

<p>Uso de TIC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con un repositorio de datos online.</li> <li>• Existencia de un sistema de vigilancia, con monitoreo permanente.</li> <li>• La mejora de la plataforma sin lugar a dudas y la comunicación con referente ENS siempre y cuando sea con tiempos holgados.</li> <li>• Registros oficiales del DEIS.</li> <li>• El que existan las bases de datos, el que el acceso esté disponible, contar con apoyo desde Control De gestión DIVAP.</li> <li>• La plataforma del SIMPO es la principal facilitadora para efectuar dichas actividades.</li> <li>• Registros locales y centralización de datos en DEIS.</li> <li>• Que la información necesaria se recolecta diariamente en una plataforma web de libre acceso.</li> <li>• En el caso de salud perinatal, que es un indicador existente desde los indicadores básicos en salud que monitorea DEIS.</li> <li>• La disponibilidad de una base de datos propia del programa, con la cual es posible generar, en la mayoría de los casos, los indicadores que se solicitan.</li> <li>• Contar con sistemas informáticos que modernicen el reporte de las acciones de monitoreo y evaluación.</li> </ul>
-------------------	---





