

**RESUMEN EJECUTIVO
EVALUACIÓN PROGRAMAS GUBERNAMENTALES
(EPG)**

**PROGRAMA
VIDA SANA
INTERVENCIONES EN FACTORES DE RIESGO DE
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN NIÑOS,
ADOLESCENTES, ADULTOS Y MUJERES POST-PARTO**

**MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES**

**PANELISTAS:
MARÍA LUISA DAIGRE (COORDINADORA)
MARCELA FERRER-LUES
ELISA HEYNIG PEPPER**

ENERO – AGOSTO 2016

NOMBRE PROGRAMA: VIDA SANA – Intervenciones en factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (ENT)¹ en niños, adolescentes, adultos y mujeres post-parto.

AÑO DE INICIO: 2011

MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Salud

SERVICIO RESPONSABLE: Subsecretaría de Redes Asistenciales

RESUMEN EJECUTIVO

PERÍODO DE EVALUACIÓN: 2012-2015

PRESUPUESTO PROGRAMA AÑO 2016: \$9.170,9 millones

1. Descripción general del programa

El Programa Vida Sana forma parte de la estrategia de atención primaria de salud de prevención de las ENT. Su ejecución recae en el Ministerio de Salud (MINSAL), Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria (DIVAP) a través de la Red de centros de salud de Atención Primaria (APS). Se inició en el año 2011 y no tiene previsto fecha de término. Está instalado en todas las regiones del país y en 241 comunas. Sus objetivos se definen como:

FIN: *“Contribuir a reducir los factores de riesgo² de desarrollar diabetes y enfermedades cardiovasculares en la población”.*

El **PROPÓSITO** es:

“Disminuir 3 de los factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares - 1) Dieta inadecuada³, 2) Deficiente condición física⁴ y 3) Sobrepeso/Obesidad - en niños, niñas, adultos y mujeres post-parto de 2 a 64 años, beneficiarios de FONASA”.

El programa desarrolla una estrategia de doce meses de duración, con un enfoque nutricional y de actividad física, que busca entregar herramientas para la modificación de hábitos y el mejoramiento de la condición de salud de sus beneficiarios. Para el logro de estos objetivos ejecuta dos componentes, en cuya implementación el programa declara

¹ Enfermedades no transmisibles (ENT): también conocidas como enfermedades crónicas, no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de ENT son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes. "OMS - Nota Descriptiva Enfermedades No transmisibles <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>.

² El programa define factor de riesgo como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Añade que los factores de riesgo más importantes asociados a desarrollar diabetes y enfermedades cardiovasculares incluyen un alto índice de colesterol, una dieta inadecuada, el sobrepeso y la obesidad, la inactividad física, y el uso de tabaco y alcohol. El programa ha señalado que se trata de una definición propia, inspirada en documentos de la página de la OMS: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/.

³ El programa señala que se está en presencia de una dieta inadecuada cuando “la ingesta de alimentos no se relaciona con las necesidades dietéticas del organismo. Hay una ingesta de alimentos hipercalóricos con abundantes grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes saludables, sumado a un desorden en frecuencia y cantidades según los requerimientos de cada sujeto. Una buena nutrición considera una dieta suficiente y equilibrada”. Se trata de una definición propia del programa, que se basa en documentos de las páginas de la OMS: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/> y http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_why/es/.

⁴ El programa define deficiente condición física como “un bajo nivel de desarrollo de las capacidades físicas, afectando la realización de diferentes actividades físicas cotidianas, profesionales y recreativas” Las fuentes en que se inspira esta definición, son: <http://www.efdeportes.com/efd170/la-condicion-fisica-evolucion-historica.htm> <http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/File/fundamentacion2.pdf>.

utilizar enfoque comunitario ⁵. El primero realiza actividades individuales a los beneficiarios y el segundo, grupales.

Componente 1: El programa se inicia con un control de ingreso, cuyo objetivo es determinar la condición de ingreso del beneficiario. Comprende 1 consulta médica (evalúa las causales de ingreso al programa y descarta la presencia de criterios de exclusión⁶), 1 consulta nutricional, 1 consulta psicológica y 1 de actividad física. En total, durante el período de duración de la estrategia, el programa entrega a los beneficiarios 1 consulta médica, 1 consulta nutricional, 4 controles nutricionales, 2 consultas psicológicas, 3 evaluaciones realizadas por un profesional de la actividad física y exámenes de laboratorio⁷. La ejecución de este componente está a cargo de los equipos interdisciplinarios del programa en el nivel local y se lleva a cabo principalmente en los centros de salud de atención primaria (APS), así como también puede realizarse en escuelas donde se ejecute el programa.

Componente 2: Intervenciones grupales en la población beneficiaria consistentes en 5 Círculos de Vida Sana, que son talleres realizados por una dupla nutricionista – psicólogo, cuyo objetivo es entregar educación nutricional y de hábitos, así como apoyo psicológico, para que los beneficiarios adopten el cambio de conducta que busca el programa. A esto se agregan sesiones semanales de actividad y ejercicio físico⁸, que suman 144 horas durante los 12 meses de intervención, para todos los beneficiarios. Las actividades son ejecutadas por los profesionales del programa en instalaciones tanto de los centros de salud donde éste se desarrolla, como de centros comunitarios, gimnasios municipales y escuelas, entre otros.

La estrategia del programa define énfasis específicos para los grupos etarios de 2 a 19 años y de 20 a 64 años. En el primero, se refuerzan las acciones considerando el rol de padres o adultos significativos, a fin de potenciar sus fortalezas y habilidades referentes a la adquisición de hábitos y conductas saludables en el entorno familiar. En el grupo de adolescentes se respeta su autonomía progresiva y el derecho a la privacidad y confidencialidad. En el grupo de adultos se refuerza el autocuidado, así como también su rol en el entorno familiar como agente positivo para favorecer y reforzar competencias y habilidades en la adquisición de hábitos y conductas saludables en el entorno.

La población potencial del programa se define como el conjunto de personas que presentan mal nutrición por exceso, entre los usuarios inscritos en los Centros de Salud

⁵ **Enfoque comunitario.** Definición entregada por el programa, citando como fuente el Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario", MINSAL, versiones de los años 2008 y 2014. "El enfoque comunitario es un modelo metodológico en el cual subyace una cosmovisión o paradigma particular de lo psicosocial, para orientar el trabajo de las instituciones con las comunidades humanas con las que se relaciona. Define un modelo de relación entre las personas con su entorno y los equipos de salud, en que se entiende la atención de salud como un proceso continuo de cuidado integral de las personas y sus familias, el que por una parte se anticipa a la aparición de enfermedad y entrega herramientas para el autocuidado y por otra, frente a un problema de salud, permite a la red sanitaria responder de manera oportuna, eficiente y eficaz para recuperar el estado de bienestar. Se pone énfasis en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar y mantener la salud. Así también se procura acoger, rehabilitar y ayudar a las personas a su reinserción en la comunidad y sociedad."

⁶ **Criterios de exclusión,** que se aplican por igual a todos los grupos etarios: a) Patología oncológica con tratamiento actual o reciente, b) Hipertensión Arterial, c) Insuficiencia orgánica (renal, cardíaca, hepática, etc.), d) Eventos cardiovasculares, e) Diabetes Mellitus, f) Patología psiquiátrica que contraindique el ingreso al programa, g) Cualquier otra patología que a juicio del evaluador contraindique el ingreso al programa.

⁷ Perfil lipídico y glicemia. La realización del segundo examen se realiza sólo en caso los resultados del primero resulten alterados.

⁸ Estas actividades consideran metodologías lúdicas y dinámicas que combinan juegos con actividades de reflexión y análisis, a objeto de favorecer la integración de los contenidos.

de Atención Primaria validados por FONASA⁹. Por su parte, la población objetivo es un subconjunto de la anterior y se define como aquella inscrita en los Centros de Salud de Atención Primaria, validada por FONASA, que cumpla con los siguientes criterios, según tramo etario¹⁰:

- Niños y niñas de 2 a 9 años con controles de salud¹¹, con mal nutrición por exceso.
- Jóvenes de 10 a 14 años intervenidos por el control joven sano, con mal nutrición por exceso.
- Hombres y mujeres de 15 a 64 años con examen de medicina preventiva, con mal nutrición por exceso.

En el año 2015, la población potencial y objetivo del programa alcanzó a 3.334.477 y 868.687 personas respectivamente, las que en el período evaluado han aumentado en 32% y 114,5%, respectivamente.

2. Resultados de la Evaluación

▪ Justificación del programa

El panel considera que la opción del programa de intervenir en la dieta y la actividad física es adecuada y consistente con la evidencia disponible que los identifica, junto al consumo de tabaco, como los principales factores de riesgo modificables de las ENT¹². También, considera pertinente el énfasis en las enfermedades cardiovasculares y diabetes. Las primeras son la principal causa de muerte en la población chilena, al ser responsables de más de 24 mil defunciones anuales, casi un tercio del total de muertes¹³. Por su parte, la diabetes ha mostrado un aumento constante en el país. La tasa de mortalidad entre 1999 y 2007 aumentó en un 17%. La Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2009-2010 mostró que 9,4% de la población mayor de 15 años tiene diabetes tipo 2, cifra que aumentó 3 puntos con respecto a la medición de la ENS 2003. Además, la diabetes tiene graves consecuencias para la salud y es un factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares.

A juicio del Panel, la intervención del Estado en la prevención de ENT se justifica por los costos y gastos futuros que implican para el país, las familias y los individuos, dadas su alta prevalencia y consecuencias de mortalidad y morbilidad. FONASA gastó cerca de US\$200 millones para el tratamiento de la diabetes, infartos e hipertensión de sus afiliados durante el año 2006. Se ha estimado que los costos directos e indirectos de las ENT corresponden a \$2.702,5 millones (pesos 2016)¹⁴. Además, la intervención del Estado tiene un fundamento de equidad, pues la morbilidad y mortalidad asociada a ENT, como sus factores de riesgo, se presentan con mayor prevalencia en los sectores de menores ingresos, siendo por tanto los que reciben los mayores impactos. La ENS 2009-2010 mostró que existe una gradiente socioeconómica estadísticamente significativa para muchos problemas de salud, aún controlando el efecto del sexo y la edad, lo que implica que la población de estratos socialmente más carenciados tiene mayor carga de

⁹ La definición se refiere a sobrepeso y obesidad. Fuente de información: FONASA, instancia encargada de entregar el dato de población validada, inscrita en los Centros de Salud.

¹⁰ La población potencial y objetivo excluye a quienes presenten Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, en tanto son beneficiarios de los programas respectivos del Ministerio de Salud.

¹¹ El programa no especifica si el control debe estar al día. Se señala población bajo control, registrada.

¹² World Health Organization. "Preventing chronic diseases: a vital investment: Who global report". Geneva, 2005.

¹³ Ministerio de Salud. "Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020". Santiago, 2011

¹⁴ Caro, D. "Impacto económico de las enfermedades crónicas". Seminario para optar al Título de Ingeniero Comercial, Mención Economía. Universidad de Chile, Facultad de Economía y Negocios. 2014.

morbilidad y mayor presencia de factores de riesgo. Destacan los siguientes problemas de salud o factores de riesgo, con mayores prevalencias en estratos educacionales bajos: presión arterial elevada, dislipidemia HDL, obesidad, relación sodio/potasio en orina >1 (excesivo consumo de sal) y sedentarismo.

Los ejes transversales del programa son intersectorialidad, promoción de la salud, fomento de la participación social, trabajo comunitario de salud y trabajo en equipo de salud. El panel considera que estos ejes están en línea con los objetivos del programa y que es relevante que estén explícitos. No obstante, en términos de su implementación, se considera que no están operacionalizados ni se realiza seguimiento sobre cómo se llevan a cabo, lo que se evalúa en forma negativa. Su ejecución queda sujeta a la interpretación del equipo local, para lo cual cuentan sólo con una orientación del nivel central¹⁵. El programa no tiene conocimiento de si efectivamente estas orientaciones se implementan y de la forma en que se hace. Esto es muy relevante, pues los ejes transversales tienen sentido a nivel de la ejecución del programa en los territorios. Sin embargo, según información entregada por el programa, la implementación de los ejes comenzará a ser monitoreada este año 2016, cuestión que el panel evalúa positivamente.

El panel considera que la definición de la población potencial es adecuada, porque corresponde a la población que presenta el problema. En relación con la población objetivo, su definición es coherente con los objetivos buscados por el programa. En especial, corresponde a población de la cual se tiene certeza que presenta el problema, pues ha recibido un diagnóstico por parte de los equipos de salud. Sin embargo, no está bien cuantificada pues no se contó con la medición de los grupos etarios con los que trabaja el programa, para los años evaluados. Esto constituyó una importante limitación para el panel en este proceso evaluativo, ya que no fue posible calcular la cobertura del programa en todos los años para todos los grupos etarios. El programa ha informado que esta deficiencia será subsanada a partir de 2016, lo que se evalúa positivamente.

Respecto de la estrategia definida por el programa, se trata de una intervención de nivel individual. Existe consenso en que la disminución de los factores de riesgo y prevención de ENT debe realizarse mediante un conjunto diferenciado de intervenciones situadas en el nivel poblacional e individual. Ambos niveles son complementarios y debieran ser integrados como parte de una estrategia global¹⁶. No obstante, se debe considerar que las estrategias individuales tienen una menor cobertura, alto costo y baja sustentabilidad en el tiempo; por contraste, las estrategias poblacionales alcanzan una mayor cobertura, alta sustentabilidad y una relación costo-beneficio más favorable^{17 18}. Además, el panel observa que el programa adopta el enfoque centrado en la responsabilidad del individuo para generar y mantener los cambios, el cual que ha sido criticado por la literatura especializada desde la década de 1970. Al respecto, cabe señalar que el programa declara tener un enfoque comunitario, adoptando la definición elaborada por el MINSAL para todos los programas. Sin embargo, a juicio del panel, esta definición es una orientación transversal del MINSAL, y que debe observarse la forma en que cada

¹⁵ El documento *"Orientaciones y Lineamientos. Programa Vida Sana. Manual del Profesional"* (2015) incluye una definición de los ejes transversales (pág. 27), sin una explicación de cómo se operacionalizan en el nivel local, ni sobre cómo son monitoreados.

¹⁶ World Health Organization. *"Preventing chronic diseases: a vital investment: Who global report"*. Geneva, 2005.

¹⁷ Rigotti, A. *"Fomento de estilos de vida más saludables en la población ¿Qué dice la evidencia?"* En Organización Panamericana de la Salud. Seminario Experiencias exitosas de prevención de la obesidad. Santiago, 21y 22 de enero de 2013 (página 14).

¹⁸ Cabe destacar que el actual gobierno dio un giro en el enfoque del Sistema Elige Vivir Sano, representado simbólicamente en el cambio de su denominación por Elige vivir sano *"en comunidad"*. También se expresa en la estrategia de municipios, comunas y comunidades saludables, que está siendo implementada por el Programa de Promoción de Salud del MINSAL. El panel estima que este giro da cuenta de un intento de hacerse cargo de las limitaciones del enfoque individual, materia que también podría ser abordada por el Programa Vida Sana.

programa incorpora esta dimensión. En el caso de Vida Sana, el panel no pudo constatar una definición propia de enfoque comunitario que oriente la implementación del programa en el nivel local, especialmente las intervenciones del componente 1.

Existe cierta evidencia sobre limitaciones para el cambio de estilo de vida en mujeres que han participado del programa (principalmente un bajo nivel de ingresos para acceder a los alimentos saludables y hacer ejercicio; otras limitaciones en el plano individual, familiar y social) y que los cambios logrados tienden a no permanecer en el tiempo, lo que en algunas mujeres genera sentimientos de culpa, pues interpretan que no tendrían la fortaleza o fuerza de voluntad para vencer los obstáculos y lograrlo¹⁹. Esto coincide con una revisión de la evidencia sobre intervenciones en el nivel individual para producir cambios en la actividad física a través de la modificación de comportamientos y actitudes, realizada para las guías NICE²⁰ del Reino Unido. Se encontró intervenciones que sustentan un cambio moderado en el corto plazo en la actividad física en personas adultas. Sin embargo, también se encontró que esos cambios no se mantenían en el tiempo (en un período de tres o más meses después de terminada la intervención). En el caso de la instalación de hábitos de dieta saludable, se encontró un efecto positivo de la consejería nutricional entregada en la atención primaria de salud. No se menciona evidencia sobre la sustentabilidad de dichos cambios²¹. Estos resultados pueden comprenderse en el marco de que la prevención de las ENT es un ámbito que excede el sector salud, y que debiera ser abordada mediante una estrategia intersectorial, tal como se ha planteado en la propuesta de Salud en Todas las Políticas, impulsada por la OMS. En este sentido, el panel considera que el Sistema Elige Vivir Sano en Comunidad del Ministerio de Desarrollo Social²² podría constituirse en una vía para reforzar el programa, en el caso de que el programa formara parte de dicho sistema. En concordancia con lo anterior, el panel observa la ausencia de un enfoque intersectorial, que entregue distintos apoyos para fortalecer los resultados de la intervención y la sustentabilidad de los cambios.

Respecto de las modificaciones en la estrategia de intervención, introducidos en los años 2014 y 2015²³, éstas se realizaron sin contar con una evaluación sistemática de los resultados del programa, que indicara la necesidad de cambiar los criterios de inclusión o la metodología de intervención. No obstante, el panel considera que el aumento de la atención a menores, al ampliarlo desde los 2 años, es adecuado dada la evidencia respecto de la obesidad en la niñez como predictor de la obesidad en la adolescencia y

¹⁹ Ferrer-Lues, M; Anigstein, MS; Zamora, P; Hevia, A; Muñoz, C. "Percepción del discurso de los estilos de vida saludable y su repercusión en el comportamiento de población adscrita al Programa Vida Sana en la comuna de Pedro Aguirre Cerda" Saúde e Sociedade. Summary of Abstracts 22nd IUHPE World Conference on Health Promotion. Promoting Health and Equity. Curitiba, Brasil, May 2016. 25 /Suppl.1.

²⁰ National Institute for Health and Care Excellence.

²¹ Cancer Care Research Centre, University of Stirling and The Alliance for Self Care Research, University of Abertay. "A Review of the Effectiveness of interventions, approaches and models at individual, community and population level aimed at changing health outcomes through changing knowledge attitudes and behaviours". Scotland, 2006.

²² Este Sistema se creó mediante la Ley 20.670 de 2013. Tiene por propósito promover hábitos y estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas. Para ello, todos los órganos de la Administración del Estado, con competencia en materias vinculadas a la promoción de hábitos de vida saludables, deben incorporar en sus políticas, un conjunto de planes, programas y/o medidas que tengan por finalidad informar, educar y fomentar la prevención de los factores y conductas de riesgo asociadas a las ENT, derivadas de hábitos y estilos de vida no saludables.

²³ Los más importantes corresponden al año 2015. Entre ellos destacan el aumento en las edades de cobertura, pasando de 2 a 64 años (en el año 2014 era de 6 a 54 años) y la transformación del programa en una intervención continua disponible a los usuarios durante los 12 meses del año, comprendiendo actividad física permanente (hasta el 2014 las sesiones de actividad física terminaban en el cuarto mes).

adulthood²⁴, and the high prevalence of obesity in Chilean school children of pre-kindergarten and kindergarten²⁵. Additionally, the international experience of programs against obesity shows that the prolonged effort of a multi-professional team has a high cost and achieves poor results in the medium and long term. For this reason, there is consensus that the promotion of diets and lifestyles more conducive to health should be initiated early, to form habits that last throughout life²⁶.

▪ **Eficacia**

The panel cannot pronounce itself regarding the efficacy of the achievement of objectives at the level of purpose and end, due to the fact that no account is taken of information that allows measuring the results of the program. This is due to the fact that the information systems present weaknesses that have prevented measuring the contribution of the program to the reduction of risk factors of developing diabetes and cardiovascular diseases, through the measurements of the improvement of the diet, inadequate, deficient physical condition and reduction of overweight and obesity, in the beneficiary population of the program. The weaknesses of the information systems originate, principally, in the register that is carried out in the field during the attention of the beneficiaries, since the Excel spreadsheets lack pre-coded fields, in order to reduce the registration errors. There is also no dictionary of variables that establishes the valid values. The program has indicated that the data for 2012-2013 are not reliable for the reasons mentioned. Regarding the 2014 data, the panel analyzed the Excel spreadsheets, finding various inconsistencies, erroneous data and others missing, which prevents the panel from validating the indicators calculated with that information. The 2015 data base was under construction during this evaluation, so it was not possible to calculate valid and reliable indicators. As previously mentioned, it was not possible to know the results obtained by the intervention of the program in its beneficiaries, in the period of evaluation. The analysis of efficacy that is indicated here, is based on available data (number of beneficiaries and attendances delivered), which allowed the panel to calculate coverage indicators.

The beneficiaries of the program are defined as those who entered the program. In this respect, it should be noted that a significant number of beneficiaries do not complete the 12-month intervention cycle, as according to the information delivered by the program, in 2015 they reach 86% by the 12th month of the intervention²⁷. This is a critical aspect since, if the intervention designed by the program is not completed, the beneficiaries will not be able to achieve the specific objectives that have been set for each of them. Both the program managers and the opinion of two experts²⁸ and a review of similar interventions such as *Vida Sana*²⁹, indicate that lack of adherence is common to programs of this type and that the levels of dropout

²⁴ Serdula MK, Ivery D, Coates RJ et al. "Do obese children become obese adults? A review of the literature" *Prev. Med.* 1993 Mar; 22(2): 167-77" citado en JUNAEB "Mapa Informe Mapa Nutricional 2013" Santiago, 2014.

²⁵ JUNAEB "Mapa Informe Mapa Nutricional 2013" Santiago, 2014.

²⁶ Atalah, E. "Epidemiología de la obesidad en Chile". *Rev. Med. Clin. Condes* 2012, 23 (2) 117-123.

²⁷ Datos beneficiarios 2015, según controles: Control 1 (mes 1): 54.667 (100%), Control 2 (mes 3): 35.496 (65%), Control 3 (mes 6): 26.581 (49%), Control 4 (mes 9): 15.581 (29%) y Control 5 (mes 12): 7.725 (14%). Fuente Programa Vida Sana, Mayo 2015.

²⁸ Entrevista con Dr. Tito Pizarro, Jefe División de Políticas Públicas del MINSAL, el 16 de Mayo del 2016 y con Dra. Lorena Rodríguez, Jefa del Departamento de Nutrición el 4 de mayo de 2016

²⁹ El abandono del plan de tratamiento es uno de los principales problemas observados en estudios de manejo de obesidad. En una revisión de estudios de tratamiento no farmacológico de obesidad, con fases de reducción de peso de 2 a 12 meses, Teixeira et al observaron que las menores tasas de abandono fueron de 50% a 55%, y que a menudo la causa del abandono se debía a una baja reducción de peso inicial. Véase TEIXEIRA PJ, GOING SB, SARDINHA LB, LOHMAN TG. "A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obes Rev* 2005; 6: 43-65.

fluctúan entre el 30% y 40%. No obstante, el programa no ha realizado un análisis sistemático de la adherencia y las razones que la explican, lo que se evalúa en forma negativa.

En el período 2012-2015 los beneficiarios han aumentado en 339,4%, alcanzando a 54.529 el año 2015. Su distribución por tramo etario revela que el grupo menor de 19 años supera el 50% del total en todos los años del periodo evaluado, lo que se considera positivo ya que las intervenciones en edades tempranas son más costo efectivas (Ver Justificación).

Las mujeres alcanzan en promedio, a poco más del 70% del total de beneficiarios en todos los años evaluados. Sin embargo, en el análisis por grupo etario esto cambia, ya que en el grupo de menores de 19 años la distribución es relativamente igual, con promedios de cerca de 55% de mujeres y 45% de hombres, sin grandes variaciones en los años evaluados. En el grupo de adultos en cambio (desde 20 años), las mujeres presentan valores cercanos al 95% de participación en el programa. Esta distribución en adultos se evalúa inadecuada ya que el problema de malnutrición por exceso está presente tanto en hombres como en mujeres y el análisis de la población objetivo del grupo de adultos muestra una distribución de 46% y 54% de hombres y mujeres, respectivamente, en el año 2015, la que es similar en los años 2012 a 2014. (Cuadro 1).

Cuadro 1: N° de beneficiarios efectivos, distribución por sexo y por grupo etario. Años 2012 al 2015

Tramos de edad	2012			2013			2014			2015		
	N° Total	Distribución por sexo		N° Total	Distribución por sexo		N° Total	Distribución por sexo		N° Total	Distribución por sexo	
		Hombre (%)	Mujer (%)									
2 a 19										29.217	45,0	55,0
6 a 19	7.073	44,0	56,0	9.663	44,7	55,3	17.924	43,6	56,4			
20 a 44		6,7	93,3	7.050	5,6	94,4						
20 a 54							13.035	5,5	94,5			
20 a 64										25.131	6,2	93,8
Post parto												
10 a 19										28		100,0
20 y más										153		100,0
Total	12.409	27,9	72,1	16.713	28,2	71,8	30.959	27,6	72,4	54.529	26,9	73,1

Fuente: Elaboración del panel en base a información Programa Vida Sana – MINSAL

A juicio del panel, esta distribución en adultos es consecuencia de la falta de enfoque de género en la implementación de la estrategia, lo que se evalúa como una debilidad del programa. En la población escolar, la distribución homogénea se debe a que se trata de escolares que son atendidos en las escuelas y por tanto, se trata de población cautiva.

La distribución de beneficiarios por tramos FONASA (A, B, C y D³⁰) señala que, en el año 2015, el 83% de ellos se ubica en los 3 primeros tramos de ingreso, lo que el panel evalúa

³⁰ En el año 2016 la clasificación FONASA corresponde a: Tramo A: i) personas indigentes o carentes de recursos, ii) causantes de subsidio familiar ley 18.020. Tramo B: i) personas que perciben un ingreso imponible mensual menor o igual a \$250.000, ii) beneficiarios de pensiones. Tramo C: i) personas que reciben un ingreso imponible mensual mayor a \$250.000 y menor a \$365.000. ii)

en forma positiva ya que se considera que, de no ser por la acción del programa, estos beneficiarios por su condición de menores ingresos, no tendrían acceso a ninguna otra vía de atención a su problema de malnutrición por exceso.

En relación a la producción del programa a nivel de componentes, se obtuvieron datos solamente para el año 2015. Para los años 2012 a 2014 el programa no cuenta con cuantificación de las atenciones a beneficiarios, por lo que no es posible analizar las variaciones que presenta la producción en el periodo analizado.

En 2015, el programa realizó un total cercano a las 400 mil atenciones a beneficiarios, de las cuales el 73,4% corresponden al componente 1 y el resto al componente 2. A fin de relativizar la información de producción, se calculó una tasa de número de atenciones promedio por beneficiario³¹ para el componente 1³². El resultado indica que el programa entregó un total de 0,77 atenciones médicas al año por beneficiario, lo que equivale a que un 23% de ellos no recibieron esa prestación. De acuerdo a la norma establecida por el programa, es el requisito de ingreso al mismo y por tanto el 100% de las personas que ingresan deberían hacerlo mediante una atención médica. En las atenciones psicológicas, se obtiene 1,12 por beneficiario en el año, mientras que la norma indica 2 atenciones. Las consultas por nutricionista muestran una tasa por beneficiario de 3, en contraste con las 5 atenciones programadas. Las atenciones por profesional de la actividad física revelan una tasa de 1,14 frente a las 3 programadas. En total, la norma establece 13 atenciones individuales para cada beneficiario durante los doce meses de intervención, obteniéndose una cifra de 6,71, cercana a la mitad de lo programado. Se considera inadecuado que el número de prestaciones que reciben los beneficiarios sea inferior al programado en una proporción tan significativa, ya que los recursos humanos a cargo de proporcionarlas que financia el programa, se calculan para cumplir con la totalidad de las prestaciones determinadas por la norma. Cabe señalar que estos resultados también pueden originarse en las deficiencias en el registro de información ya señalados, que podrían deberse a un mal registro de las atenciones o del número de beneficiarios.

Con respecto a las metas, el programa define objetivos específicos a lograr con los beneficiarios para cada grupo etario. El panel no pudo evaluar su cumplimiento debido a que no se validó el registro de estos datos, como ya se señaló.

En relación al análisis de cobertura, el programa no dispone de la cuantificación de la población objetivo para todos los tramos etarios que atiende³³, lo que impidió al panel efectuar este cálculo respecto de la población objetivo, en todos los tramos etarios en los años 2012 a 2014. Para el análisis del año 2015 (año a partir del cual se cuenta con esta información), el panel agrupó en uno solo los tramos etarios 2 a 5 años y 6 a 19 años,

personas con 3 o más cargas familiares pasarán a tramo B. Tramo D: i) personas que perciben un ingreso imponible mensual mayor a \$365.000, ii) personas con 3 o más cargas familiares pasarán a tramo C.

³¹ La tasa de atenciones por beneficiarios se calculó dividiendo el número de atenciones por el total de beneficiarios del programa.

³² No se realiza este análisis para el componente 2 ya que por tratarse de atenciones grupales, no corresponde efectuar cálculos per cápita.

³³ Ello se debe a que para el sistema de registro de información del Ministerio de Salud no es posible agrupar la población objetivo por las siguientes razones:

En el año 2012, 2103 y 2014 falta el tramo de 6 a 15 años de la población objetivo. De acuerdo a lo señalado por el programa, ello se debe a que no se cuenta con la información registrada en DEIS de usuarios que presenten algún factor de riesgo en esas edades, ya que antes del 2015 el ministerio no tenía registro de los usuarios del programa Control del Adolescente y por lo tanto, no fue posible contar con la cuantificación de la población objetivo del tramo de 6 a 15 años.

En el año 2014 falta el tramo de 44 a 55 años debido a que el DEIS presenta la información de 44 a 64 años, y no es posible obtener el dato por un rango diferente.

El año 2015 contiene todos los tramos etarios, aunque con agrupación diferente a la de beneficiarios, por las mismas razones ya señaladas.

tramos con los cuales trabaja el programa, lo que permitió hacer el análisis de cobertura sobre la población objetivo. Se considera que esta falta de información es una falencia importante del programa, ya que ello implica que en esos años se gestionó sin conocer los resultados en términos de cobertura que se obtenían. El programa ha informado que a partir del año 2016 esta dificultad será subsanada y se contará con la agrupación de la población objetivo equivalente a la de beneficiarios, lo que se evalúa adecuado.

En el año 2015, la cobertura del programa es de 1,6% y 6,3% respecto de su población potencial y objetivo, respectivamente. Los resultados de cobertura alcanzados son insuficientes para lograr el propósito del programa, ya que, dado al bajo porcentaje, aún cuando todos los beneficiarios lograran los objetivos, no se alcanzaría a generar un cambio significativo en el total de la población objetivo. Además, la cobertura está calculada sobre los usuarios que ingresan al programa. Si se tiene presente el bajo porcentaje de adherencia de éstos, la cobertura del programa disminuiría significativamente si se calculara sobre la base de los beneficiarios que terminan la intervención, la que en 2015, alcanza al 0,23% y 0,89% con respecto de la población potencial y objetivo, respectivamente.

En relación a la focalización y selección de usuarios, el programa define para 2015 criterios de ingreso y exclusión claros, pertinentes y coherentes con el objetivo del programa, lo cual se evalúa en forma positiva. También define criterios de priorización diferenciados por grupo etario³⁴, los que se establecen a modo de “sugerencia”, característica que significa dejar un amplio margen para que el programa los aplique a nivel local, o no aplique ninguno. Los criterios de priorización no están fundamentados, de modo tal que se expliciten las razones por las cuales un grupo se considera más importante que otro. El único criterio de priorización de beneficiarios definido como tal es una distribución de cupos por edad, a ser cumplida por las comunas, que fue definido como recomendación en 2015 y obligación a partir de 2016. Este criterio no está fundamentado e implica que los mayores de 20 años pueden llegar a ser la mayor parte de los beneficiarios (60%), lo que resulta poco apropiado considerando que las intervenciones tienen mayor impacto en la población de menor edad. A juicio del panel, existe una definición débil de los criterios de focalización que se consideran adecuados para el logro del propósito del programa, pues no se especifica claramente la población prioritaria dentro de la población objetivo y la jerarquía de los criterios de ingreso. No obstante, la distribución de los beneficiarios 2015 por grupos de edad y tramos FONASA se evalúa positivamente, ya que, en la práctica, se ha priorizado a los menores de 20 años y a los grupos de menores ingresos.

▪ **Economía**

El programa se financia mediante una asignación específica del presupuesto del Ministerio de Salud³⁵ (Atención Primaria de Salud, Programas de Reforzamiento). También concurren recursos del presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y de los Servicios de Salud, estos últimos destinados a financiar los gastos administrativos del programa³⁶. Además, una parte de las actividades del componente 2 se desarrolla en

³⁴ En niños y niñas menores de 6 años se sugiere priorizar a quienes sean derivados del control de salud del programa de infancia. En el caso de los adolescentes, a quienes sean derivados del control joven sano. En los adultos, a las mujeres que sean derivadas del control preconcepcional, a las mujeres post parto, y a los hombres entre 20 y 45 años que sean derivados del EMPA, control de salud o cualquier estrategia local diseñada para capturar usuarios de este rango de edad.

³⁵ Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02 Programa de Atención Primaria, glosa 01.

³⁶ Los gastos administrativos de calcularon mediante una estimación del gasto del personal que gestiona el programa en el nivel central (MINSAL) y en los SS.

instalaciones que no pertenecen al sector salud³⁷, sin las cuales el programa no podría funcionar adecuadamente. No se conoce su cuantificación y no es factible hacerla en el marco de la presente evaluación, por los tiempos que ello implicaría, debido a la gran dispersión geográfica (241 comunas) y variabilidad de estos aportes. El programa no cuenta con aportes de beneficiarios.

El presupuesto del programa alcanza a \$9.171³⁸ millones de pesos en el año 2016 y ha experimentado un crecimiento de 171% en el período evaluado. Los recursos son destinados a financiar los gastos del personal e insumos necesarios para la atención de beneficiarios³⁹. En el análisis de financiamiento del programa se debería registrar también el gasto administrativo del programa. Sin embargo, no se incluyó debido a que solo se cuenta con una estimación para el año 2015 y de incluirse, el análisis no sería comparable en todos los años evaluados. El presupuesto inicial asignado al Programa Vida Sana representa en 2016 el 0,7% del total de la Atención Primaria de Salud y su participación se ha incrementado en 96,1% entre 2012 y 2016. El aumento del presupuesto experimentado en el período evaluado, es una señal positiva de la importancia estratégica que el MINSAL asigna a la resolución del problema que el Programa Vida Sana se ha propuesto abordar. Sin embargo, se evalúa en términos negativos el hecho de que estos aumentos presupuestarios no estén asociados a una revisión y análisis de los resultados alcanzados por el programa. Se considera que este análisis de resultados es un requisito a tener presente en futuras expansiones presupuestarias.

El presupuesto del programa está destinado a financiar los gastos de producción. Es transferido por FONASA a los Servicios de Salud para la ejecución de sus componentes, en los centros de salud de su dependencia o municipales. En este último caso, la transferencia de recursos de los Servicios de Salud a las Municipalidades está regulada por un convenio suscrito entre ambas instancias. Por tal razón, los recursos son devengados en el momento de efectuar la transferencia, lo que origina que en todos los años evaluados la ejecución del gasto es de 100%, con excepción del año 2015⁴⁰. Por ello no se puede verificar el nivel de ejecución del presupuesto que han alcanzado los niveles operativos. Entre los años 2012 a 2014 toda la atención del programa se realizaba en centros de salud municipales. A partir de 2015 ingresan centros de salud dependientes de los Servicios de Salud, cuyo presupuesto en 2016 alcanza a \$984 millones (11% del total), experimentando un aumento en 54% con respecto al año anterior.

Por la misma razón, el programa no conoce la distribución del gasto en personal y bienes y servicios de consumo, ya que todo el gasto queda ejecutado en el subtítulo 24, Transferencias. Dado que la base de cálculo del presupuesto que se realiza en el nivel central es una estimación del gasto en personal (equipos profesionales en terreno), bienes y servicios de consumo (exámenes de laboratorio, implementos deportivos y otros), se considera que esta distribución es información relevante para la gestión del programa y para el futuro proceso de programación, a fin de establecer si el gasto programado se está cumpliendo, con cuál distribución por subtítulo presupuestario y en qué nivel. En consecuencia, el programa no puede verificar si los recursos que está entregando se están gastando efectivamente en lo programado y para lo cual fueron asignados en el presupuesto. Si bien se comprende que esta situación obedece a las

³⁷ Escuelas, centros comunitarios y otros.

³⁸ Todos los montos presentados en este documento están expresados en pesos 2016.

³⁹ Gasto en recursos humanos, exámenes, insumos y capacitación.

⁴⁰ En 2015 se registra una menor transferencia de M\$9.020, correspondiente a M\$4.281 de las transferencias a municipios y a M\$4.739 de bienes y servicios de consumo de los servicios de salud, para atención de beneficiarios en centros de salud de su dependencia.

disposiciones legales que rigen la ejecución del gasto⁴¹, se estima también que, dado la importancia que reviste esta materia, ello no es obstáculo para que el programa implemente algún mecanismo que le permita efectuar un monitoreo de la gestión financiera del programa, para conocer el objeto del gasto.

El panel considera que esta falta de información es una debilidad del programa en tanto se trata de información relevante para fines de monitoreo y seguimiento de los recursos, así como también para el proceso futuro de asignación del presupuesto, donde el nivel de ejecución de los recursos por parte de las instancias operativas y su distribución por subtítulo, constituye información determinante para la programación presupuestaria.

▪ **Eficiencia**

El análisis de eficiencia del programa se realiza considerando dos indicadores. El gasto promedio por beneficiario y el gasto en administración. No se analiza el gasto promedio por beneficiario diferenciado por componente, ya que no se cuenta con la información. El programa cuenta con una estimación del gasto promedio programado por beneficiario anual (cuadro 2, línea 4), basada en la distribución de beneficiarios programados a atender por componente, criterio que el panel no ha validado debido a que ello asume igual costo unitario para ambos componentes. Se estima que este criterio no es adecuado porque el componente 1 presta atenciones individuales y en el segundo, grupales, lo que debería resultar en un mayor costo de las primeras por sobre las últimas. Se debe recordar que las cifras presentadas corresponden a las transferencias efectuadas por FONASA a los Servicios de Salud y no al gasto ejecutado por las unidades ejecutoras.

En el cuadro 2 se presenta, para cada año evaluado, los beneficiarios totales del programa, el gasto total del programa y el gasto unitario anual por beneficiario que resulta de los dos anteriores. En cuarta fila del cuadro se presenta la cifra de gasto por beneficiario que el programa usó para efectuar su programación anual. Finalmente, la última fila muestra la variación porcentual entre el gasto observado y el programado⁴².

Cuadro 2: Gasto (Transferencia) Promedio de Componentes por Beneficiario 2012-2015 (Miles de \$ 2016)⁴³

	2012	2013	2014	2015	Variación % 2012-2015
1. Beneficiarios totales programa	12.409	16.713	30.959	54.529	339,4
2. Gasto total programa (Presupuesto) (M\$)	\$ 3.385.193	\$ 4.089.626	\$ 4.379.250	\$ 6.499.139	92,0
3. Gasto por beneficiario anual (Presupuesto) (M\$)	272,8	244,7	141,5	119,2	-56,3
4. Gasto por beneficiario anual estimado programa (M\$)	103,6	103,6	103,7	82,1	-20,7

⁴¹ La Ley de Administración Financiera del Estado establece que las transferencias se devengan en el subtítulo 24 por el total de los recursos. Por ello, no se conoce la distribución de su ejecución por los niveles operativos, diferenciada en gastos de personal y otros.

⁴² A objeto de comparar los costos unitarios del programa y teniendo presente que en el sector público no existe otra experiencia similar, se analizó su comparabilidad con otro programa con objetivo similar del sector privado, cual es el Programa Cambio Integral ofrecido por la Red de Salud UC. Se concluyó que no son comparables debido a que el proceso productivo de ambos es distinto: difieren en la duración (4 meses en UC) y en las prestaciones que se otorgan: en UC es liderado por un médico nutriólogo y se incluyen, además de consultas con nutricionista, kinesióloga y psicóloga, clases de cocina gourmet, talleres interactivos en terreno, de relajación a través del arte y de autoimagen, actividades dirigidas por el equipo multidisciplinario y gimnasio. También considera la realización de bioimpedanciometrías y calorimetrías en reposo y en ejercicio.

⁴³ No incluye información de gastos de administración.

5. Variación % gasto observado en relación a gasto programado	62,0%	57,7%	26,7%	31,1%	
---	-------	-------	-------	-------	--

Fuente: Elaboración del panel en base a datos Programa Vida Sana

El gasto promedio por beneficiario anual en el año 2012 fue de M\$272,8, monto que desciende en 2013 (M\$244,7) para continuar la tendencia a la baja en los dos años siguientes (M\$141,5 y M\$119,2, respectivamente). Al comparar estas cifras con aquellas que el programa estimó en su proceso de programación, se aprecia que en todos los años evaluados el gasto unitario observado supera al programado en porcentajes fluctuantes, que van desde el 62% en el año 2012 hasta el 31,1% en 2015. El año 2013 es el que presenta la menor diferencia entre ambas cifras, ya que el gasto observado supera en un 26,7% al programado. Cabe señalar que estas cifras corresponden al número de beneficiarios que ingresaron al programa. Dada la deserción observada, el gasto promedio por beneficiario que egresa es sustancialmente mayor, en un monto no posible de determinar en el marco de esta evaluación, ya que se requeriría un estudio de costos diferenciado por paquetes de atenciones recibidas por los beneficiarios en cada mes de intervención⁴⁴.

A fin de buscar una posible respuesta a estas diferencias, el análisis de la consistencia de la información revela que los datos de gasto son sólidos ya que responden a las transferencias FONASA. En consecuencia, la explicación de este resultado debería radicar en la variable beneficiarios, lo que podría suceder porque el programa ha atendido a menos beneficiarios de los que programó atender, lo que resulta en la práctica, en un gasto unitario mayor. De acuerdo a información entregada por el programa, para el año 2015, el presupuesto se elaboró sobre la base de una meta de 84.498 beneficiarios efectivos a alcanzar al final del año. Sin embargo, se cumplió con la atención de 54.529 personas (65%).

En razón de lo expuesto, se considera que el programa no gestiona de manera adecuada la información, de tal forma que le permita retroalimentar su proceso de programación, ya que no establece relación entre la producción del programa (beneficiarios) y la gestión financiera (gasto), lo que se considera una importante debilidad del programa. A lo anterior se debe agregar que se está suponiendo que la totalidad de los recursos asignados y transferidos a las unidades ejecutoras, han sido gastados (devengados) para producir las actividades que el programa ha previsto realizar, supuesto que no es posible verificar. De no ser así, es posible que el gasto unitario sea aún mayor, en una cantidad no factible de determinar por parte del panel con la información disponible. Lo anterior podría ocurrir, por ejemplo, porque los profesionales contratados (gasto) han realizado menos actividades de las programadas, debido a la deserción de beneficiarios al programa.

En relación a los gastos de administración, en el marco de esta evaluación, con la información proporcionada por el programa, el panel pudo efectuar una estimación solo para el año 2015, lo que dio como resultado un 6,5% de gasto de administración en relación al gasto total del programa⁴⁵. Se evalúa que es un resultado adecuado, si se compara con otros indicadores obtenidos en evaluaciones anteriores de programas que

⁴⁴ Si bien el gasto unitario presentado corresponde a los beneficiarios que ingresaron al programa, a juicio del panel, con la información disponible, no es pertinente efectuar el cálculo del gasto unitario del número de beneficiarios que egresaron del programa por cuanto durante el proceso de 12 meses de intervención se gastaron recursos en un número mayor de beneficiarios de los que terminaron, ya que la deserción se produce en forma gradual durante el período.

⁴⁵ Los gastos de administración corresponden al personal del nivel central del MINSAL y de los SS que gestionan el programa, los cuales son financiados con presupuesto de Subsecretaría de Redes Asistenciales y de los Servicios de Salud, y no constituyen transferencias.

proveen servicios sociales, los cuales se sitúan en un rango del 5% al 10% del gasto de producción.

▪ **Desempeño Global**

El panel concluye que, a nivel de diseño, la estrategia implementada por el programa es insuficiente para resolver el problema de mal nutrición por exceso de su población objetivo, en tanto se trata de una intervención individual que centra el logro del objetivo en la responsabilidad del individuo para la generación y mantención de los cambios que lo llevarán a resolver su problema. Como se señaló, la literatura especializada indica que la disminución de los factores de riesgo de las ENT debe realizarse mediante intervenciones situadas en el nivel poblacional e individual, ambas complementarias y que deben integrarse como una estrategia global. El asunto crítico de la estrategia del programa no radica entonces en que se trate de una estrategia individual, sino en que pone el foco en la responsabilidad del individuo sin considerar las limitaciones familiares y estructurales para generar y mantener los cambios. Además, se debe considerar que las estrategias individuales tienen una menor cobertura, alto costo y baja sustentabilidad en el tiempo; por contraste, las estrategias poblacionales alcanzan una mayor cobertura, alta sustentabilidad y una relación costo-beneficio más favorable.

El panel no puede pronunciarse respecto de la eficacia a nivel del cumplimiento de objetivos, fin y propósito del programa, debido a que no contó con información que permita medir dicho cumplimiento, lo que se origina en los problemas en las bases de datos del programa, ya señalados. En términos de producción alcanzada por el programa, ésta responde a los estándares técnicos normados por el programa destinados a alcanzar los objetivos de la intervención, los que en el año 2015 alcanzaron a 13 atenciones por beneficiario, al año. Los niveles de producción del programa en dicho año muestran una tasa de 6,71 atenciones por beneficiario, lo que es cercano a la mitad de lo programado, lo que se considera una insuficiencia importante del programa.

Los costos de provisión de los servicios que entrega el programa son el resultado de la valorización de las prestaciones que reciben los beneficiarios, valorización que se considera adecuada ya que se basa en parámetros objetivos y comprobables, como es la escala de remuneraciones del personal de salud y el valor del arancel FONASA para exámenes de laboratorio. Lo anterior se evalúa adecuado y en rangos razonables de gasto. Sin embargo, el hecho de que, en la práctica, los beneficiarios reales del programa son inferiores en número a los programados, resulta en que el costo unitario de provisión de servicios es mayor al utilizado en la programación, en rangos variables en los años evaluados. Ante esta situación, el programa no cuenta con mecanismos que le permitan, por una parte, informarse de la situación descrita, y por la otra, tomar medidas oportunas para subsanarla, lo que se evalúa inadecuado. En el análisis del gasto, el panel no identifica actividades prescindibles o posibles de sustituir por mecanismos de menor costo, que permitan alcanzar un nivel de desempeño equivalente al actual.

En atención a lo anterior, el panel considera que el programa responde a un problema de magnitud importante en la población chilena y que tiene un fundamento de equidad, pues ofrece una intervención individual para las personas del sistema público de salud que desean generar cambios en su estilo de vida, oferta disponible para la población que se atiende en el sistema privado. Por lo tanto, el panel considera que la continuidad del programa es necesaria, entendido como la estrategia individual ofrecida por el sistema público. No obstante, esta estrategia debería ser complementada con estrategias de nivel

poblacional que consideren medidas estructurales para prevenir y controlar las ENT y sus factores de riesgo.

Si bien se considera que el programa debiera continuar, el análisis realizado da cuenta de un conjunto de debilidades que deben ser subsanadas. Éstas pueden resumirse en:

- a) La carencia de una implementación del enfoque intersectorial, que entregue distintos apoyos para fortalecer los resultados de la intervención y la sustentabilidad de los cambios, trasladando el foco desde la responsabilidad del individuo a la responsabilidad de la sociedad y la comunidad. Ello implica procurar el apoyo de las distintas instituciones/ organizaciones y programas públicos y privados que operan en el nivel nacional y local.
- b) Una débil definición de los criterios de focalización adecuados para el logro del propósito del programa, pues no se especifica claramente cuál es la población prioritaria dentro de la población objetivo y la jerarquía de los criterios de ingreso.
- c) La ausencia de un enfoque de género que incorpore a los hombres, los cuales han sido casi inexistentes en la población beneficiaria adulta, en circunstancias que la población objetivo incluye a hombres y mujeres (en 2015 son 46% y 54%, respectivamente).
- d) La existencia de un porcentaje importante de deserción de beneficiarios (86% en 2015) unido a la carencia de un análisis sistemático de la adherencia a la intervención, que permita definir estrategias alternativas a la existente a fin de disminuir la deserción. No obstante, se debe considerar que experiencias internacionales muestran que la deserción es un problema característico de los programas de este tipo.
- e) Deficiencias en el monitoreo y administración del proceso financiero, que permitan al programa constatar el nivel de la ejecución presupuestaria, así como también que los gastos efectuados por los niveles operativos, correspondan a los parámetros que se usaron en la programación presupuestaria y en la asignación de los recursos a las unidades ejecutoras. Lo anterior se ha traducido en un aumento de los presupuestos anuales sin evaluación de resultados del programa.
- f) Importantes falencias en los sistemas de registro de la información. Asociado a estas falencias, se observa que el programa carece de análisis rigurosos y sistemáticos de sus resultados, lo que puede deberse a la carencia de información confiable o, que por la inexistencia de estos análisis, no se han detectado los problemas de información.

3. Principales Recomendaciones

1. Intersectorialidad (en el nivel de estrategia/diseño, política pública y en el nivel operacional)

1.1. Cambiar el foco desde la responsabilidad del individuo a la responsabilidad de la comunidad y la sociedad.

Desplazar el foco en el individuo para considerar a los beneficiarios en sus contextos familiares, sociales y estructurales, en los cuales se producen las ENT y sus factores de riesgo. Esto implica abandonar el supuesto de que la salud/enfermedad se explica por el comportamiento de los individuos, que se define como racional y libremente elegido, para poner el foco en el contexto sociocultural y económico, tanto micro como estructural, así como potenciar una mirada menos moralizante de la salud.

1.2. Profundizar la intersectorialidad en el nivel central del programa.

Instaurar la intersectorialidad del programa en el nivel central, estableciendo una coordinación regular y formalizada con programas que tienen una estrategia poblacional, como el Programa Promoción de Salud del MINSAL y con el Sistema Elige Vivir Sano, de MIDESO, que cumple el rol articulador con otros programas públicos que tienen impacto en los factores de riesgo abordados por el programa. Lo anterior reforzará el impacto de la intervención en la población beneficiaria, y contribuirá a la sustentabilidad de los resultados en los beneficiarios que completan el ciclo de la intervención.

1.3. Formalizar los mecanismos de coordinación intersectorial en el nivel comunal. En consistencia con lo anterior, en el nivel operacional, se recomienda formalizar los mecanismos de coordinación del coordinador comunal en las reuniones definidas para difundir orientación y favorecer alianzas estratégicas con el centro de salud y el intersector. El panel recomienda establecer claramente el requisito de realizar dichas reuniones, ya que esto permitiría que el trabajo intersectorial se convierta en un enfoque compartido en los distintos niveles de organización del programa, formalizando la intersectorialidad como un eje central del trabajo.

2. Criterios de focalización

2.1. Priorizar la intervención en población en edad escolar.

La actual priorización permite que los beneficiarios adultos alcancen al 60% del total de beneficiarios del programa, lo que a juicio del panel debiera ser cambiado por un máximo de 40% de adultos, fundamentado en lo siguiente: la intervención en edades tempranas tiene un impacto mayor, pues permite formar hábitos que perduran a lo largo de la vida del individuo. Además, la intervención en la comunidad educativa tiene un efecto multiplicador, pues impacta directamente en las familias de los estudiantes y por esa vía a la población adulta, mediante la participación y el compromiso de las familias con las distintas actividades del programa.

3. Cumplimiento de estándares de atención

3.1. Analizar las causas del no cumplimiento de la norma de 13 atenciones individuales para cada beneficiario durante los 12 meses que dura la intervención. En función de las causas detectadas, tomar las medidas pertinentes a fin de que, o bien se cumpla la norma, o bien se modifique la norma.

4. Distribución de cupos

4.1. Asignar cupos en los Servicios de Salud considerando la distribución de la población objetivo. Esto significa que en la asignación de cupos que realiza el nivel central del programa, se debería distribuir proporcionalmente en los Servicios de Salud que presenten mayor prevalencia. La asignación de cupos por comuna debería ser realizada por los Servicios de Salud, en base a los mismos criterios recomendados para el nivel central.

5. Enfoque de género

5.1. Definir una estrategia para incrementar la participación de los hombres en el programa, desde el enfoque de género. Para ello se debiera revisar aspectos que van desde las estrategias de pesquisa y derivación, hasta los horarios en que se entregan las prestaciones y se realiza la actividad física. Esta recomendación se fundamenta en que el problema se manifiesta de manera relativamente similar en hombres y mujeres, la población objetivo definida por el programa incluye ambos sexos, y los hombres beneficiarios del programa han sido muy minoritarios entre los adultos.

6. Adherencia

6.1. Realizar mediciones sistemáticas de la adherencia de beneficiarios al programa y analizar las causas de la deserción. La cuantificación de la deserción de beneficiarios del programa debería realizarse a lo menos dos veces al año (mes 6 y 12 de la intervención). El análisis de las causas de deserción puede ser desarrollado mediante un cuestionario específico para aplicar a beneficiarios que desertan, y la realización de encuestas de satisfacción de usuarios.

6.2. Sobre la base de la medición y análisis de la adherencia, diseñar ajustes o redefiniciones a la estrategia, considerando medidas en el nivel nacional y local.

6.3. Definir, normar y formalizar las “acciones de rescate” destinadas a beneficiarios que abandonan el programa. El registro y cuantificación de estas situaciones permitirá evaluar su funcionamiento y resultados obtenidos.

7. Gestión financiera

7.1. Establecer un sistema de rendición semestral de la ejecución del presupuesto transferido, por parte de los Servicios de Salud al nivel directivo del programa. Éste deberá contener un desglose tal que permita verificar que los gastos efectuados corresponden a la programación financiera con la que se determinó la asignación presupuestaria, a fin de efectuar el análisis correspondiente y además, retroalimentar el futuro proceso de asignación presupuestaria. Se considera que los aumentos presupuestarios deben estar asociados a los resultados obtenidos por el programa.

8. Registro y sistemas de información

Revisar en su totalidad el sistema de registro de la información:

8.1. Definir una plataforma para el ingreso de datos, en la que el profesional que atiende al beneficiario ingrese directamente los datos en línea, con valores precodificados para cada campo, controles y sistemas de alerta. Esto evitará datos aberrantes, inconsistentes o ausentes. Esta plataforma debiera permitir ingresar los datos una sola vez y alimentar la plataforma web y el REM. La plataforma debiera registrar la información para calcular todos los indicadores de la MML.

8.2. Incorporar a la plataforma Web los indicadores de la MML. Ello permitirá contar con información para monitorear y evaluar tanto los aspectos de producción como de resultado del programa.

**COMENTARIOS Y OBSERVACIONES
AL INFORME FINAL DE EVALUACIÓN
POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE**

AGOSTO 2016



Cabinete Ministra
Departamento de Control de Gestión Ministerial



ORD N° **2708**

ANT. : Ordinario 1234 de agosto de 2016 de Dirección de Presupuestos

MAT. : Respuesta Institucional a las recomendaciones contenidas en el Informe Final de Evaluación del Programa Vida Sana, intervenciones en factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en niños, adolescentes, adultos y mujeres post-parto.

Fecha **19 AGO. 2016**

DE: DRA. CARMEN CASTILLO TAUCHER
MINISTRA DE SALUD

A: SERGIO GRANADOS AGUILAR
DIRECTOR DE PRESUPUESTOS

En relación al oficio de referencia, se adjunta documento de respuesta institucional al Informe Final de la Evaluación del Programa Vida Sana, intervenciones en factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en niños, adolescentes, adultos y mujeres post-parto, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Sin otro particular, le saluda atentamente




DRA. CARMEN CASTILLO TAUCHER
MINISTRA DE SALUD

Distribución:

- Dirección de Presupuestos
- Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Gabinete Sra. Ministra de Salud
- Oficina de Partes MIINSAL
- Archivo



Respuesta a Informe de
Evaluación del Programa Vida
Sana-Intervenciones en factores
de riesgo de enfermedades no
transmisibles en niños,
adolescentes, adultos y mujeres
post-parto.

2016

Subsecretaría de Redes Asistenciales

Agosto

I. Respuesta Institucional

En respuesta a la entrega del Informe Final del estudio de Evaluación Programa Vida Sana-Intervenciones en factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en niños, adolescentes, adultos y mujeres post-parto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la opinión Institucional, comentarios y reflexiones al proceso de evaluación, es necesario indicar lo siguiente:

1. El proceso de evaluación del programa, ha sido una instancia importante para analizar la pertinencia del diseño del programa y su proceso de implementación.
2. Es complejo realizar una evaluación lineal a un programa que recibe orientaciones diferentes en un breve período de tiempo de su trayectoria (2012 a la fecha).
3. El programa hace referencia a una línea estratégica, entre varias que se requieren, para reducir el daño y la morbilidad asociada a conductas y hábitos de carácter individual, social y poblacional:
 - El programa apunta al trabajo con personas que ya presentan indicadores de riesgo de morbilidad, hay que reforzar otras estrategias asociadas al curso de vida de quienes integran éste programa.
 - Es importante tener presente las limitaciones de una sola línea de intervención y de aclarar que son necesarias otras líneas estratégicas que pueden concurrir a mejorar las causas de los factores de riesgo; pero esto no invalida la necesidad de mantener una estrategia orientadas a controlar el daño individual de la población con signos de daño.
 - Es un gran aporte considerar todo el curso de vida, dado que ello permite orientar las acciones de control de daño en población joven y niño/as.
4. Las Enfermedades No Transmisibles (obesidad, Hipertensión arterial, Diabetes, entre otras) están definidas como problemas de salud individual. Sin embargo obedecen a un problema socio-económico y cultural que refuerza y estimula hábitos y conductas de "consumo-satisfacción" en toda la población, por lo cual tratarlos circunscribiendo el problema a una condición de riesgos sanitario, reduce las posibilidades de impacto y efectividad del problema tratado, desde este enfoque las recomendaciones son un aporte, pero deben tener en cuenta los límites del programa.
5. Se podría establecer como recomendación que identifique la necesidad de estrategias colectivas, intersectoriales, dirigidas a grupos poblacionales sanos, según diferentes etapas del ciclo vital. Acciones independiente de este programa específico, para reducir los factores sociales de riesgo impulsados por los modelos societales de consumo-satisfacción.
6. Se reconoce la necesidad de buscar estrategias que permitan mejorar el impacto y adherencia de la población objetivo al programa.
7. Se recomienda que el análisis de género incorpore la complejidad de la situación de hombres y mujeres trabajadores, identificando los roles sociales y las oportunidades de cuidado, de recreación de la carga de trabajo (doble e invisible) de las mujeres por sobre los hombres. Ello, a fin de responder a las cifras de daño en Hipertensión arterial, Obesidad, Diabetes, salud mental, situaciones de violencias, que reflejan las encuestas de calidad de vida en hombres y mujeres. Reforzando las estrategias orientadas a lograr cobertura y adherencia en hombres como parte de un proceso integrador que analiza la necesidad que tienen ambos sexos para lograr adhesión a los cambios conductuales.
8. El enfoque de equidad debe estar presente y explicitar que es más complejo lograr cambios en los grupos de mayor vulnerabilidad, por lo cual se requiere tener presente el índice de deserción esperado y crear estrategias de intervención específicas que permitan reducir las causas de los altos índices de deserción

II. Complemento a Respuesta Institucional a Recomendaciones del Informe Final.

Como complemento a la respuesta Institucional, se presenta en la siguiente tabla la respuesta institucional a las principales recomendaciones dadas en el punto 3 del Informe Ejecutivo Final:

1. Intersectorialidad (en el nivel de estrategia/diseño, política pública y en el nivel operacional).

1.1. Cambiar el foco desde la responsabilidad del individuo a la responsabilidad de la comunidad y la sociedad

Recomendación dada Informe Final	Respuesta Institucional: Estrategia de Abordaje.
Desplazar el foco en el individuo para considerar a los beneficiarios en sus contextos familiares, sociales y estructurales, en los cuales se producen las ENT y sus factores de riesgo. Esto implica abandonar el supuesto de que la salud/enfermedad se explica por el comportamiento de los individuos, que se define como racional y libremente elegido, para poner el foco en el contexto sociocultural y económico, tanto micro como estructural, así como potenciar una mirada menos moralizante de la salud.	El rediseño del Programa abordará: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acotar la estrategia individual a la pesquisa y seguimiento. ▪ Reforzar las acciones grupales/comunitarias con enfoque de determinantes sociales de la salud y alianzas intersectoriales.

1.2. Profundizar la intersectorialidad en el nivel central del Programa.

Recomendación contenida en Informe	Respuesta Institucional: Estrategia de Abordaje
Instaurar la intersectorialidad del Programa en el nivel central, estableciendo una coordinación regular y formalizada con Programas que tienen una estrategia poblacional, como el Programa Promoción de Salud del MINSAL y con el Sistema Elige Vivir Sano, de MIDESO, que cumple el rol articulador con otros Programas públicos que tienen impacto en los factores de riesgo abordados por el Programa. Lo anterior reforzará el impacto de la intervención en la población beneficiaria, y contribuirá a la sustentabilidad de los resultados en los beneficiarios que completan el ciclo de la intervención.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A partir del año 2016 se ha iniciado un trabajo de protocolos de alianzas y coordinación en conjunto con: MINEDUC, JUANE, INTREGRA, JUNJI MINDEP, MIDESO¹ (Sistema Elige Vivir Sano en Comunidad). ▪ Se formalizarán protocolos y alianzas mediante Convenios de Colaboración o símil. ▪ Se abordará una coordinación con el Sistema Chile Crece Contigo. ▪ Se fortalecerán los protocolos de alianzas y coordinación en conjunto con el Departamento de Promoción de la División de Políticas Saludables y Promoción (DIPOL) del Ministerio de Salud.

1.3. Formalizar los mecanismos de coordinación intersectorial en el nivel comunal.

Recomendación contenida en Informe	Respuesta Institucional
En consistencia con lo anterior, en el nivel operacional, se recomienda formalizar los mecanismos de coordinación del coordinador comunal en las reuniones definidas para difundir orientación y favorecer alianzas estratégicas con el centro de salud y el intersector. El panel recomienda establecer claramente el requisito de realizar dichas reuniones, ya que esto permitiría que el trabajo intersectorial se convierta en un enfoque compartido en los distintos niveles de organización del Programa, formalizando la intersectorialidad como un eje central del trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se reforzará en las orientaciones técnicas del año 2017, la instalación formal de mesas locales intersectorial para este Programa.

¹ Ministerio de Educación, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, Fundación Integra, Junta Nacional de Jardines Infantiles, Ministerio del Deporte, Ministerio de Desarrollo Social.

2. Criterios de focalización

2.3. Priorizar la intervención en población en edad escolar.

Recomendación contenida en Informe	Respuesta Institucional
<p>La actual priorización permite que los beneficiarios adultos alcancen al 60% del total de beneficiarios del Programa, lo que a juicio del panel debiera ser cambiado por un máximo de 40% de adultos, fundamentado en lo siguiente: la intervención en edades tempranas tiene un impacto mayor, pues permite formar hábitos que perduran a lo largo de la vida del individuo. Además, la intervención en la comunidad educativa tiene un efecto multiplicador, pues impacta directamente en las familias de los estudiantes y por esa vía a la población adulta, mediante la participación y el compromiso de las familias con las distintas actividades del Programa.</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Esta recomendación cambia el foco del énfasis de la población adulta. Dado que esta población es la más desprotegida en Programas de prevención, se sugiere dejar en una proporción similar (50% >20 años; 50% <20 años) y flexibilizar este criterio según realidad local (esto ha sido solicitado por los referentes comunales)

3. Cumplimiento de estándares de atención.

Recomendación contenida en Informe	Respuesta Institucional
<p>3.1. Analizar las causas del no cumplimiento de la norma de 13 atenciones individuales para cada beneficiario durante los 12 meses que dura la intervención. En función de las causas detectadas, tomar las medidas pertinentes a fin de que, o bien se cumpla la norma, o bien se modifique la norma.</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Se requieren recursos para realizar análisis de causalidad del abandono, considerando foco de determinantes sociales.

4. Distribución de cupos.

Recomendación contenida en Informe	Respuesta Institucional
<p>4.1. Asignar cupos en los Servicios de Salud considerando la distribución de la población objetivo. Esto significa que en la asignación de cupos que realiza el nivel central del Programa, se debería distribuir en los Servicios de Salud que presenten mayor prevalencia. La asignación de cupos por comuna debería ser realizada por los Servicios de Salud, en base a los mismos criterios recomendados para el nivel central.</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ A contar del año 2015, el Programa a nivel central entrega propuesta de distribución a cada Servicio de Salud de acuerdo a prevalencia aplicada a la población inscrita en cada comuna, priorizando las comunas que tienen mayor prevalencia.

5. Enfoque de género.

Recomendación contenida en Informe	Respuesta Institucional
<p>5.1. Definir una estrategia para incrementar la participación de los hombres en el Programa, desde el enfoque de género. Esta recomendación se fundamenta en que el problema se manifiesta de manera relativamente similar en hombres y mujeres, la población objetivo definida por el Programa incluye ambos sexos, y los hombres beneficiarios del Programa han sido muy minoritarios entre los adultos. Para ello se debiera revisar aspectos que van desde las estrategias de pesquisa y derivación, hasta los horarios en que se entregan las prestaciones y se realiza la actividad física.</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Incorporar en Resolución del Programa apertura de atención en horarios que faciliten el acceso fuera del horario laboral, orientado a la población adulta masculina.▪ Describir en orientación técnica alianzas con lugares de trabajo para facilitar la incorporación de hombres al Programa.

6. Adherencia

Recomendación contenida en Informe	Respuesta Institucional
<p>6.1. Realizar mediciones sistemáticas de la adherencia de beneficiarios al Programa y analizar las causas de la deserción.</p> <p>La cuantificación de la deserción de beneficiarios del Programa debería realizarse a lo menos dos veces al año (mes 6 y 12 de la intervención). El análisis de las causas de deserción puede ser desarrollado mediante un cuestionario específico para aplicar a beneficiarios que desertan, y la realización de encuestas de satisfacción de usuarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se requieren recursos adicionales para realizar análisis de causalidad del abandono, considerando foco de determinantes sociales. ▪ Se requieren recursos adicionales para realizar análisis de satisfacción usuaria. ▪ En cuanto a medir deserción 2 veces al año, a partir del año 2015 ya se cuenta con este tipo de medición.
<p>6.2. Sobre la base de la medición y análisis de la adherencia, diseñar ajustes o redefiniciones a la estrategia, considerando medidas en el nivel nacional y local.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De acuerdo a recomendación dada en Informe.
<p>6.3. Definir, normar y formalizar las "acciones de rescate" destinadas a beneficiarios que abandonan el Programa. El registro y cuantificación de estas situaciones permitirá evaluar su funcionamiento y resultados obtenidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actualmente en las orientaciones 2016 se consideran las acciones de rescate, lo que será formalizado en la Resolución del Programa. ▪ Se estudiarán otras estrategias en la medida que sean factibles.

7. Gestión Financiera

Recomendación contenida en Informe	Respuesta Institucional
<p>7.1. Establecer un sistema de rendición semestral de la ejecución del presupuesto transferido, por parte de los Servicios de Salud al nivel directivo del Programa.</p> <p>Este deberá contener un desglose tal que permita verificar que los gastos efectuados corresponden a la Programación financiera con la que se determinó la asignación presupuestaria, a fin de efectuar el análisis correspondiente y además, retroalimentar el futuro proceso de asignación presupuestaria. Se considera que los aumentos presupuestarios deben estar asociados a los resultados obtenidos por el Programa.</p>	<p>En formulación presupuestaria para el año 2017 se consideró la expansión del Programa vida sana en dos principales componentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Aumento de cobertura y b) Mejoramiento de la calidad del Programa, asignando un profesional gestor y coordinador en cada Servicio de Salud y uno a nivel Central, para potenciar la gestión del mismo, sin embargo, para el año 2017 debido a la priorización de Programas de mayor incidencia en la salud de la población beneficiaria del Programa APS, no será factible implementar esta oportunidad de mejora, lo que no implica que no se considerará en procesos presupuestarios futuros, por lo que éste no se presentó a la expansión presupuestaria por priorización de las autoridades ministeriales a otros temas. <p>Con la actual dotación de los S. S., no es posible realizar un análisis detallado en relación a la ejecución financiera y alcance de las metas sanitarias propuestas, dado el número de programas y Comunas que deben supervisar.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, en los instrumentos que actualmente se manejan a nivel de glosas y metas de desempeño en la División de Atención Primaria (DIVAP), trimestralmente se tiene la obligación de informar glosa 07 referida a APS municipal, desglosada por Servicio de Salud y comunas bajo los conceptos de Per Cápita y Referencia Municipal y; monitoreo de marco, convenios y remesas a nivel municipal y servicios, en que se podría extraer la información específica del Programa, cuya distribución se emite 3 veces por año. En ambos</p>

	<p>casos, la información corresponde a transferencias realizadas y no a gasto, que es un concepto sobre el cual no se tiene información en la División de Atención Primaria (DIVAP).</p> <p>La resolución N°30 de CGR obliga a los municipios a enviar un informe de rendición de gastos por Programa, mensualmente a los Servicios de Salud, debiendo quedar en poder de dichos municipios toda la información detallada.</p>
--	--

8. Registro y sistemas de información

Recomendación contenida en Informe	Respuesta Institucional
<p>8.1. Definir una plataforma para el ingreso de datos. <u>Definir una plataforma para el ingreso correcto de datos</u>, en la que el profesional que atiende al beneficiario ingrese directamente los datos en línea, con valores precodificados para cada campo, controles y sistemas de alerta. Esto evitará datos aberrantes, inconsistentes o ausentes. Esta plataforma debiera permitir ingresar los datos una sola vez y alimentar la plataforma web y el REM. La plataforma debiera registrar la información para calcular todos los indicadores de la MML.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actualmente, el Programa cuenta con una Plataforma para el registro de datos, lo cual está en proceso de revisión. ▪ Se verá la factibilidad de implementar un Sistema en Red con TIC sectorial.
<p>8.2. Incorporar a la plataforma Web los indicadores de la MML. Ello permitirá contar con información para monitorear y evaluar tanto los aspectos de producción como de resultado del Programa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se incorporarán indicadores que el Programa está en condiciones de medir, considerando las limitaciones presentadas por el equipo técnico a los informes de evaluación.



Reg. 105/16 - II

COPIA

ORD. N° 1234

ANT.: Ord. N° 2035 de DIPRES, de fecha 03 de Diciembre de 2015.

MAT.: Envía Informe Final de Evaluación de Programas Gubernamentales. Proceso 2016.

SANTIAGO, 16 AGO. 2016

DE : **SR. GUSTAVO RIVERA URRUTIA**
DIRECTOR DE PRESUPUESTOS (S)

A : **SRA. CARMEN CASTILLO TAUCHER**
MINISTRA DE SALUD

1. Como es de su conocimiento, en el marco de las facultades que le otorga a la Dirección de Presupuestos el artículo 52 del DL. N° 1263 de 1975, Orgánico de Administración Financiera del Estado y su reglamento, se comprometió la evaluación del Programa Vida Sana, en la línea de Evaluación de Programas Gubernamentales, cuyo informe final se adjunta.
2. En los próximos días corresponde informar los resultados de la evaluación al H. Congreso Nacional. Con este objeto, se solicita la elaboración de una respuesta institucional que refleje la opinión respecto del proceso de evaluación en su conjunto y la postura institucional frente a los resultados de la misma, con el fin de adjuntarla a los antecedentes que serán enviados al Congreso. Dicha respuesta deberá ser enviada a esta Dirección a más tardar el día 22 de Agosto de 2016.
3. Cabe recordar que durante la evaluación se contó con la participación de profesionales de su Ministerio, designados como contrapartes: un coordinador ministerial y el equipo responsable del programa evaluado. El proceso de evaluación consideró la entrega de dos informes de avance y un informe final, los que fueron enviados oportunamente a su institución para comentarios, efectuándose además las reuniones técnicas respectivas.
4. Por otra parte, una vez enviado el informe final y la respuesta institucional al Congreso, comienza una nueva etapa de elaboración de compromisos a partir de las recomendaciones elaboradas por el panel evaluador. Para ello, DIPRES tomará contacto oportunamente con la contraparte de su institución para iniciar el trabajo de establecer, de común acuerdo, los compromisos institucionales que apunten a mejorar el desempeño del programa en aquellos aspectos señalados como deficitarios en la evaluación.

5. Para efectos de realizar las actividades señaladas, la División de Control de Gestión de esta Dirección se comunicará con la Señora Mónica Barraza, contraparte de su Ministerio.
6. Quisiera aprovechar esta oportunidad para agradecer la colaboración y buena disposición de su Ministerio en el proceso evaluativo, en particular, extender estos agradecimientos al personal del Programa evaluado cuya participación fue fundamental para llevar a cabo el estudio.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.,


GUSTAVO RIVERA URRUTIA
Director de Presupuestos (S)


PDA/AAM/JFV/MSPS

Adj.: CD con Informe Final Evaluación

Distribución

- Sra. Ministra de Salud
- Sra. Subsecretaria de Redes Asistenciales
- Sra. Mónica Barraza, Jefa Departamento de Control de Gestión Ministerial, Ministerio de Salud.
- Sra. María Isabel de Ferrari Fontecilla, Asesora de Gabinete, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
- Sra. Natalia Dinamarca, División de Atención Primaria
- División de Control de Gestión
- Oficina de Partes DIPRES
- Archivo