

INFORME FINAL DE EVALUACIÓN

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

TABLA DE CONTENIDOS

I. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA	1
1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA	1
2. CARACTERIZACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN POTENCIAL y OBJETIVO	6
3. ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS	12
II. EVALUACION DEL PROGRAMA	15
1. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA	15
1.1 Factores de riesgo de las ENT	18
1.2 Impactos de las ENT	25
1.3 Estrategias internacionales para la prevención y control de ENT	25
1.4 Intervenciones para la prevención y control de ENT	27
1.5 El Programa Vida Sana: definición del problema y estrategia	31
2. EFICACIA Y CALIDAD	39
2.1 Eficacia a nivel de resultados intermedios y finales (evaluación del cumplimiento de objetivos de propósito y fin).	39
2.2 Eficacia a nivel de Componentes (producción de bienes o servicios)	40
2.3 Cobertura y focalización del programa	46
2.4 Calidad (satisfacción de los beneficiarios efectivos, oportunidad, comparación respecto a un estándar)	64
3. ECONOMÍA	65
3.1 Fuentes y uso de recursos financieros	65
3.2 Ejecución presupuestaria del programa	68
3.3 Aportes de Terceros y recuperación de gastos.	69
4. EFICIENCIA	69
4.1 A nivel de resultados intermedios y finales.	69
4.2 A nivel de actividades y/o componentes. Relaciona gastos con productos	69
4.3 Gastos de Administración	71
III. CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL Y RECOMENDACIONES	74
1. CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL	74
2. RECOMENDACIONES	76
IV. BIBLIOGRAFÍA	81
V. ENTREVISTAS Y REUNIONES REALIZADAS	84
VI. ANEXOS DE TRABAJO	87
Anexo 1: Reporte sobre el estado y calidad de la información disponible para evaluar el programa	87
Anexo 2(a): Matriz de Marco Lógico	99
Anexo 2(b): Medición de indicadores Matriz de Evaluación del programa, período 2012-2015	109
Anexo 2(c): Análisis de diseño del programa	117
Anexo 3: Procesos de producción y organización y gestión del programa	123
A. Proceso de producción de los servicios (componentes) que entrega el programa	123
B. Estructura organizacional y mecanismos de coordinación al interior de la institución responsable y con otras instituciones.	141
C. Criterios de asignación de recursos, mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago	151
D. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la unidad responsable	154
Anexo 4: Análisis de género	162
Anexo 5: Ficha de presentación de antecedentes presupuestarios y de gastos	165
Anexo 6: Distribución de la población potencial	177
Anexo 7: Distribución de la población objetivo por Servicio de Salud,	181
Anexo 8: Programas reforzamiento atención primaria	185
Anexo 9: Distribución de beneficiarios	188
Anexo 10: Cobertura sobre población potencial por Servicio de Salud, años 2012 – 2015	192
Anexo 11: Distribución por Servicio de Salud, de los gastos administrativos en personal	196
Anexo 12: Tipos de Equipos de Trabajo	203

I. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA

El programa *“Vida Sana – Intervención en factores de riesgo¹ de enfermedades no transmisibles en niños, adolescentes, embarazadas post-parto y adultos”* forma parte de la estrategia de atención primaria de salud de prevención de las enfermedades no transmisibles². Sus objetivos se definen como:

A nivel de FIN se define como: “Contribuir a reducir los factores de riesgo 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 realiza una estrategia de doce meses de duración, con un enfoque nutricional y de actividad física, que busca entregar herramientas para la modificación de los hábitos y la mejora de la condición de salud de sus beneficiarios. La estrategia se implementa con enfoque comunitario⁵.

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 **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 principales tipos de enfermedades no transmisibles 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/>

³ **Dieta inadecuada:** 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/. El panel considera que esta definición es adecuada en relación con la literatura y las orientaciones necesarias para el programa.

⁴ **Deficiente condición física:** El programa la define 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>.

El panel considera que esta definición no resulta coherente con los indicadores que el programa utiliza para medir condición física. Esto porque los indicadores miden distintos desempeños en actividad física (por ejemplo, distancia en saltos, cantidad de sentadillas en 30 segundos), cuyo no cumplimiento no implica necesariamente afectar la realización de actividades físicas cotidianas, profesionales o recreativas. En consecuencia, se requiere una revisión por parte del programa de la definición de "deficiente condición física", con el objeto de que sea coherente con los indicadores utilizados para medir "condición física".

⁵ **Enfoque comunitario:** 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

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 en relación 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, su rol en el entorno familiar para favorecer y reforzar competencias y habilidades en la adquisición de hábitos y conductas saludables en el entorno.

Para el logro de sus objetivos, desarrolla dos componentes. El primero realiza actividades individuales a los beneficiarios y el segundo, grupales⁶. (Ver Recuadro 1).

Componente 1: Intervenciones individuales a la población beneficiaria de 2 a 64 años, consistentes en:

1. Consulta médica (una). Tiene como objetivo establecer el cumplimiento de los requisitos de ingreso del beneficiario al programa, y al mismo tiempo, pesquisar patologías y comorbilidades que contraindiquen el ingreso.

2. Consulta nutricional (una) y Controles nutricionales (cuatro). Son realizados por nutricionista con el objetivo de evaluar el estado nutricional del beneficiario, así como realizar un plan de alimentación para éste y su familia, establecer metas con los beneficiarios y hacer seguimiento y control de éstas y del progreso en términos de estado nutricional. Para cada grupo etario se especifican objetivos particulares (Ver Capítulo II.2 Eficacia y Calidad).

3. Consultas psicológicas⁷ (dos). Se definen objetivos particulares para cada grupo etario. En los menores, los objetivos son evaluar y apoyar al sistema familiar, evaluar los factores psicosociales asociados al estado nutricional del niño/a y el plan de alimentación acordado en la consulta con nutricionista y establecer estrategias para el logro de los objetivos. En el caso de los adultos, se evalúa psicosocialmente al beneficiario y los factores asociados a su estado nutricional.

Un objetivo transversal a todos los grupos etarios de la primera consulta psicológica es la pesquisa de patologías psiquiátricas o conflictos psicológicos que contraindiquen el ingreso al programa (para mayor detalle ver Anexo 3).

4. Evaluaciones realizadas por profesional de la actividad física (tres). Su objetivo es determinar el nivel de condición física que presentan los usuarios y establecer patrones de referencia que le permitan al sujeto observar en qué medida está alcanzando sus objetivos. Para esto se definieron pruebas específicas según el grupo etario. Estas evaluaciones la pueden realizar profesores de educación física, kinesiólogos o terapeutas en actividad física.

también, se procura acoger, rehabilitar y ayudar a las personas a su reinserción en la comunidad y sociedad. (Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, MINSAL 2012 - 2014).

⁶ Fuente: Resolución Exenta N° 1216 de 30 de diciembre de 2015.

⁷ El programa informa que a partir de 2016 se promoverá la buena práctica de que esta actividad la realicen en conjunto los profesionales psicólogo y nutricionista a fin de complementar el enfoque intersectorial de la atención y a la vez, concordar horarios de atención.

5. Exámenes de laboratorio (dos). Se realiza un examen de glicemia y un perfil lipídico para todos los beneficiarios al ingreso del programa. En caso de obtener resultados alterados, se repite al 6° mes de la intervención.

Componente 2: Intervenciones grupales a la población beneficiaria de 2 a 64 años, con enfoque comunitario, consistentes en:

- 1. Círculos de Vida Sana (cinco):** son talleres desarrollados por la dupla nutricionista–psicólogo/a, con el propósito de entregar conocimientos y herramientas para que los beneficiarios, sus familias y entorno, adopten el cambio de hábitos que busca el programa, así como complementar el apoyo terapéutico.
- **2. Sesiones de actividad física y ejercicio físico⁸ (144 horas):** son sesiones grupales, de entre 45 y 90 minutos, dirigidas por un profesional de la actividad física, con el objetivo de mejorar la condición física de los usuarios.

El programa establece que un beneficiario puede reingresar al año siguiente, en caso de que aún presente algún criterio de ingreso.

⁸ La actividad física considera movimientos adicionales a las actividades cotidianas y buscan incrementar el gasto energético, mientras que el ejercicio físico es una sub categoría de actividad física, que responde a condiciones especiales: es estructurada, repetitiva y tiene como objetivo mejorar o mantener uno o más componentes del estado físico (OMS, 2015). Ambos elementos buscan contribuir a mejorar la condición física.

Recuadro N°1: Estrategia del Programa Vida Sana para cada año evaluado, en 12 meses de funcionamiento

Mes interv / Año	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12				
2012	Atenciones Individuales (médico, nutricionista, psicólogo)					Control Tardío			Control Tardío			Control Tardío				
	Intervención Grupal (nutricionista, psicólogo)															
	Sesiones de Actividad Física ⁹															
2013	5 Atenciones Individuales (1 médico, 2 nutricionista, 2 psicólogo)					Control Tardío Nutricionista			Control Tardío Nutricionista			Control Tardío Nutricionista				
	10 Intervención Grupal (5 nutricionista, 5 psicólogo)															
	40 Sesiones de Actividad Física															
2014	5 Atenciones Individuales (1 médico, 2 nutricionista, 2 psicólogo)					Control Tardío Nutricionista			Control Tardío Nutricionista			Control Tardío Nutricionista				
	10 Intervención Grupal (5 nutricionista, 5 psicólogo)															
	40 Sesiones de Actividad Física															
2015	1 Consulta médico		1 Consulta nutricionista						1 Consulta nutricionista			1 Consulta nutricionista				
	1 Consulta nutricionista															
	1 Consulta psicólogo															
	1 Evaluación Prof. Act. Fís.															
	Perfil Lipídico y Glicemia															
	1 Taller en dupla Nutricionista - Psicólogo												1 Taller en dupla Nutricionista - Psicólogo	1 Taller en dupla Nutricionista - Psicólogo	1 Taller en dupla Nutricionista - Psicólogo	1 Taller en dupla Nutricionista - Psicólogo
	12 hrs de actividad física												12 hrs de actividad física	12 hrs de actividad física	12 hrs de actividad física	12 hrs de actividad física

Fuente: Elaboración propia a partir de las Resoluciones Exentas: N°717 de 02.08.2011 (aprueba PVS 2011-2012), N°33 de 24.01.2013 (aprueba PVS 2013), N°1239 de 19.12.2013 (aprueba PVS 2014) y N°1155 de 19.11.2014 (aprueba PVS 2015).

⁹ La duración de las sesiones de actividad física está especificada solo a partir del año 2015 (45 y 90 minutos).

¹⁰ Esta consulta está especificada solamente en la Resolución Exenta N° 1155, no así en los demás documentos del programa disponibles para el año 2015 y revisados por el panel, como son el Manual del Profesional; Orientaciones programa 2015 y las bases de datos de registro del año en cuestión (planillas).

El programa responde a las siguientes políticas y objetivos estratégicos:

Políticas estratégicas	Definición
Ministerio de Salud: "Estrategia Nacional en Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011 -2020" Objetivo Estratégico N° 3	"Desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población".
Programa de Gobierno de Michelle Bachelet 2014 - 2018	"Nos enfocaremos en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, que afectan la calidad de vida de los adultos. Entre otras medidas, desarrollaremos un programa de prevención para adultos con riesgo de desarrollar diabetes o hipertensión arterial, que buscará generar hábitos de alimentación saludable, manejo de stress y actividad física". De igual forma el programa de gobierno busca potenciar el desarrollo integral de los niños y niñas, con prestaciones universales, intervenciones específicas en la escuela y centros de salud, y un intenso trabajo con la red local.

Objetivos estratégicos	Definición
DIPRES: "Ficha de Definiciones Estratégicas Año 2015-2018" Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública Objetivos Estratégicos del Ministerio de Salud	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Objetivo 2: Avanzar en la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2010-2020, para mejorar resultados de indicadores de salud propuestos. ➤ Objetivo 3: Fortalecer la Atención Primaria de Salud, para acercar más salud a las personas. ➤ Objetivo 5: Avanzar en estrategias comunitarias en el ámbito de las enfermedades crónicas y del adulto mayor.

Fuente: Programa Vida Sana, MINSAL

El programa inició sus actividades en el año 2011 y no tiene prevista una fecha de término. Es de cobertura nacional y está instalado en todas las regiones del país, en 241 comunas. 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). Estos centros de salud pueden ser de administración municipal o dependientes de servicios de salud¹¹. Estos últimos se incorporaron a partir del año 2015.

Intervienen también en la operación del programa otras instituciones con las cuales el MINSAL se coordina. Esta coordinación responde a una orientación estratégica del programa y se manifiesta en la participación de la red de apoyo local, dentro de la cual se encuentran, entre las principales, establecimientos educacionales, municipios, jardines infantiles, juntas de vecinos, clubes deportivos, universidades y lugares de trabajo que forman parte del modelo comunitario que aplica el programa.

Sus fundamentos legales se encuentran en los siguientes antecedentes:

Resolución exenta - Fecha	Glosa	Año de ejecución
N° 717 – 2 de agosto de 2011	"Aprueba programa piloto Vida Sana: intervención en obesidad en niños, adolescentes y adultos".	2012
N° 33 – 24 de enero de 2013	"Aprueba Programa Vida Sana con intervención en obesidad en niños, adolescentes, adultos y mujeres post parto, en la Atención Primaria Municipal"	2013
N° 1.239 – 19 de diciembre de 2013	"Aprueba Programa Vida Sana intervención en factores de riesgo de enfermedades crónicas asociadas a la malnutrición en niños, niñas, adolescentes, adultos y mujeres post parto."	2014
N° 1.155 – 19 de noviembre de 2014	"Aprueba Programa Vida Sana, intervención en factores de riesgo de enfermedades no transmisibles".	2015
N° 1.216 – 30 de diciembre de 2015	"Aprueba Programa Vida Sana Intervención en factores de riesgo de enfermedades no transmisibles".	2016

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

¹¹ En el año 2015 el programa se realizó en 390 centros de salud municipales y 10 dependientes de Servicio de Salud.

2. CARACTERIZACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN POTENCIAL¹² y OBJETIVO¹³

A continuación se presenta la caracterización y cuantificación de la población potencial y objetivo del programa. La caracterización incluye las variables: i) grupo etario que el programa diferencia en la atención a sus beneficiarios, ii) sexo y iii) distribución por Servicio de Salud. Esta última se presenta en anexos.

Población potencial

El Programa Vida Sana define a su población potencial como el conjunto de personas que presentan mal nutrición por exceso, entre los usuarios inscritos en los Centros de Salud de Atención Primaria validados por FONASA¹⁴. De éstos, se excluye a la población con Diabetes Mellitus (prevalencia¹⁵ 9,4%) e Hipertensión Arterial (prevalencia 26,9%¹⁶), diagnosticados con mal nutrición por exceso. Para efectos de la cuantificación, éstos han sido restados del grupo etario de adultos (20 a 45 años en 2012 y 2013, 20 a 55 años en 2014 y 20 a 64 años en 2015). Esta exclusión obedece a que las personas que ya presentan las citadas enfermedades, son atendidas por programas específicos del Ministerio de Salud.

Para determinar la prevalencia de mal nutrición por exceso se usaron las siguientes fuentes de información, para los diferentes grupos etarios:

- Población de 2 a 5 años: Datos JUNAEB¹⁷, señalan al 50% de su población evaluada, con malnutrición por exceso.
- Población de 6 a 19 años: SIMCE¹⁸ Educación Física 2014 revela que el 40% de la población que rindió SIMCE presenta mal nutrición por exceso.
- Población de 20 a 64 años: datos oficiales de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2010 muestran que el 65% de esta población presenta mal nutrición por exceso.

A continuación se presenta la cuantificación de la población potencial del programa, diferenciada por sexo y tramos de edad, en cuadros separados para cada año, como se puede ver en los cuadros 1 a 5. Esta separación obedece a que el programa definió como población beneficiaria a personas de tramos etarios diferentes en los años 2012, 2014 y 2015. Solo se mantuvieron sin modificaciones los años 2012 y 2013. Para esta cuantificación, los tramos etarios definidos para la población potencial son coincidentes con los de los beneficiarios del programa. La distribución por Servicio de Salud de la población potencial se presenta en Anexo 6.

En el año 2012 la población potencial del programa alcanzó a un total de 2.525.243 personas, de las cuales el 45% corresponde al grupo etario de 6 a 19 años y el 55% restante se concentra en la población de 20 a 45 años. Con respecto a la distribución por sexo, se observa un mayor

¹² Población potencial: corresponde a la población total que presenta la necesidad y/o problema que justifica el programa y por ende pudiera ser elegible para su atención.

¹³ Población objetivo: población que el programa tiene considerado / planificado atender. Si el problema o solución que aborda el programa tiene relación con un bien público de alcance nacional o mayor, revisar la pertinencia de analizar en detalle la población potencial y objetivo.

¹⁴ 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.

¹⁵ Prevalencia: En epidemiología, se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.

¹⁶ Fuente de Prevalencia Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial: Encuesta Nacional de Salud Chile (ENS) 2009-2010. Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica, Universidad Alberto Hurtado. Santiago, 2011

¹⁷ Mapa Nutricional (2013) realizado por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) a estudiantes de pre kínder, kínder, primero básico y primero medio de establecimientos municipales y particulares subvencionados.

¹⁸ SIMCE: Sistema de Medición de la Calidad de la Educación.

número de hombres (51,2% del total). Sin embargo, en la distribución por grupos etarios esto difiere, pues como se observa en el tramo de 6 y 19 años, hay más mujeres que hombres, aunque en una proporción leve (51% vs. 49%). Por el contrario, en el grupo de 20 a 45 años los hombres superan en forma más importante a las mujeres (53% y 47%, respectivamente).

Cabe señalar que la población potencial del programa representa el 19,2% de la población total inscrita en los centros de salud validada por FONASA, la que alcanzó a 13.172.250 personas en ese año.

Cuadro 1: Población Potencial por sexo y grupo etario año 2012

Grupo etario	Hombres	Mujeres	Total	%
6 - 19 años	557.440	579.137	1.136.577	45,0
20 - 45 años	735.264	653.402	1.388.666	55,0
Total	1.292.703	1.232.539	2.525.243	181,8
%	51,2	48,8	100,0	

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

En el año 2013, la población potencial del programa alcanza a 2.518.561 personas, cifra que, al igual que en 2012, se mantiene en 19,2% del total de inscritos en centros de salud y validados por FONASA (13.122.907 personas). (Ver cuadro 2).

Se observa una disminución de 6.682 personas con respecto a 2012 (0,3%) la que se origina principalmente en las mujeres de 20 a 45 años que bajan en 7%. El único segmento que crece en 2013 en relación al año anterior, son los hombres de 20 a 45 años. Las variaciones se explican por cambios en el número de inscritos en los centros de salud, ya que el factor de prevalencia aplicado para la estimación de esta población, se mantuvo constante en los años evaluados. En la distribución por sexo, en las cifras totales no se aprecian grandes variaciones con respecto al año anterior, con un 53% para los hombres y 47% para mujeres. Sin embargo, el análisis por tramo etario muestra que en el tramo de 6 a 19 años la distribución es casi similar para hombres y mujeres (49% hombres y 51% mujeres). Por el contrario, en el grupo de 20 a 45 se observa una preponderancia de hombres con el 56% del total de la población potencial.

Cuadro 2: Población Potencial por sexo y grupo etario año 2013

Grupo etario	Hombres	Mujeres	Total	%
6 - 19 años	555.887	577.778	1.133.665	45,0
20 - 45 años	777.053	607.843	1.384.896	55,0
Total	1.332.940	1.185.620	2.518.561	100,0
%	52,9	47,1	100,0	

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

La población potencial del año 2014 se presenta en el cuadro 3, donde se puede apreciar que el tramo de adultos aumenta en 10 años (de 45 a 55 años de edad) con respecto al año anterior, lo que responde a una decisión estratégica del programa de ampliar su cobertura a ese segmento de la población que, hasta esa fecha, no era atendido. Por lo tanto, quedó constituida en dos grupos: 6 a 19 años y 20 a 54 años. Este aumento en los tramos de edad es una medida que tiene por objeto lograr un acercamiento progresivo hacia la extensión de la cobertura del programa a los grupos etarios con mal nutrición por exceso, lo que se considera adecuado. Desde ese punto de vista se evalúa que es una decisión positiva.

Ésta población alcanza a 2.942.756 personas, las que representan el 22,7% de la población total inscrita en los centros de salud, validada por FONASA, que ese año alcanzó a 12.993.022

personas. Cabe señalar que en 2014 se observa una disminución en la población inscrita en los centros de salud del país de 1% (129.885 personas) con respecto al año anterior.

El grupo de 6 a 19 años experimenta una baja de 3% con respecto al año anterior, representando el 37,4% del total de población potencial del programa, en tanto el segmento de 20 a 55 años alcanza al 65,6% restante. La disminución del primer grupo se podría explicar por la baja en el total de inscritos en centros de salud en el país en 2014, como ya se señaló. En lo referente a la distribución por sexo, se observa una variación con respecto al año anterior ya que las mujeres son mayoritarias con el 51,8% del total. Esta variación se observa también en el análisis por tramo etario, ya que en la población de 6 a 19 años los hombres representan el 51% del total, en tanto en el grupo siguiente (20 a 54 años) éstos alcanzan al 47%, lo que es una diferencia significativa con respecto a la distribución por sexo de este grupo etario observada en 2013, disminuyendo en 9 puntos porcentuales en 2014 respecto de 2013.

Cuadro 3: Población Potencial por sexo y grupo etario año 2014

Grupo etario	Hombres	Mujeres	Total	%
6 - 19 años	560.241	539.618	1.099.859	37,4
20 - 54 años	858.035	984.863	1.842.898	62,6
Total	1.418.276	1.524.481	2.942.757	100,0
%	48,2	51,8	100,0	

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

Como se puede apreciar en el cuadro 4, en el año 2015 se produce un importante aumento en la población potencial del programa, ya que a los grupos etarios del año anterior, se agrega el tramo de 2 a 5 años y los adultos se amplían en 9 años para abarcar a las personas de 20 a 64 años de edad. Esta ampliación responde a la decisión del Ministerio de Salud de ampliar la cobertura del programa desde los 2 y hasta los 64 años de edad. Como ya se señaló, las modificaciones en los grupos etarios responden a la estrategia del programa de acercarse progresivamente a la población que presenta mal nutrición por exceso, lo que se considera adecuado.

Lo anterior implica un aumento de 391.720 personas como potenciales beneficiarios del programa, equivalentes al 13,3% de la población potencial del año 2014. Este crecimiento se distribuye en todos los grupos etarios, de los cuales el más importante es el grupo de 2 a 5 años que incorpora a casi 370.000 niños. En la distribución por sexo, en las cifras totales se aprecia escasa diferencia con respecto al año anterior (49% para hombres y 51% para mujeres). Igual distribución se observa en el tramo de 2 a 5 años, mientras que en la población de 6 a 19 años la proporción se invierte, puesto que, al igual que en el año anterior, los hombres alcanzan el 51% y las mujeres el 49%. En los adultos los hombres alcanzan al 48% frente al 52% de mujeres, similar a la distribución del año 2014.

La población total inscrita en los centros de salud, validada por FONASA, alcanza a 12.037.926 en el año 2015, por lo que la población potencial del programa significa un 27,6% de ese total.

Cuadro 4: Población Potencial por sexo y grupo etario año 2015

Grupo etario	Hombres	Mujeres	Total	%
2 a 5 años	187.490	181.276	368.765	11,7
6 - 19 años	548.558	531.460	1.080.018	32,4
20 - 64 años	897.673	988.021	1.885.694	56,6
Total	1.633.721	1.700.756	3.334.477	100,0
%	49,0	51,0	100,0	

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

El cuadro 5 contiene un resumen de la población potencial del programa para los años 2012 a 2015, diferenciada por grupos de edad. Alcanza a poco más de 3,3 millones de personas en el último año y presenta un crecimiento de 32% en los años evaluados. Este aumento se debe a la decisión estratégica del programa de incorporar los siguientes grupos etarios como beneficiarios: niños de 2 a 5 años de edad en 2015, ampliación del grupo de adultos desde 44 a 55 años en 2014 y de 55 a 64 años de edad en 2015. El análisis de los datos diferenciados por grupo etario muestra que, en el único segmento comparable en todos los años evaluados, 6 a 19 años, la población potencial ha disminuido en 5%. Cabe señalar que en todos los años se observa un leve descenso en este grupo, lo que debería explicarse por igual comportamiento en la población inscrita en los centros de salud, ya que los factores de prevalencia aplicados (SIMCE 2014) son constantes en los cuatro años evaluados.

Cuadro 5: Población Potencial por grupo etario, años 2012 – 2015

Grupo etario	2012	2013	2014	2015	Variación 2012 - 2015 (%)
2 a 5 años				368.765	
6 a 19 años	1.136.577	1.133.665	1.099.859	1.080.018	-5,0
20 a 44 años	1.388.666	1.384.896			
20 a 54 años			1.842.898		
20 a 64 años				1.885.694	
Total	2.525.243	2.518.561	2.942.757	3.334.477	32,0
Variación anual (%)		-0,3	16,8	22,1	

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

Población objetivo

A partir del año 2015, el programa define a su población objetivo como un subconjunto de la población potencial, en tanto establece que es aquella inscrita en los Centros de Salud de Atención Primaria, validada por FONASA, que cumpla con los siguientes criterios:

- Niños y niñas de 2 a 9 años con controles de salud¹⁹, con mal nutrición por exceso.
- Jóvenes de 10 a 14 años intervenidos por el control joven sano, con mal nutrición por exceso.
- Personas de 15 a 64 años con examen de medicina preventiva, con mal nutrición por exceso.

La población objetivo del Programa Vida Sana excluye a quienes presenten Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensión Arterial (HTA), en tanto son beneficiarios de los programas respectivos del Ministerio de Salud.

Como se ha señalado, los grupos etarios en los que se ha enfocado el programa difieren en los años evaluados, por lo que la población objetivo de cada año se presenta en cuadros separados. En anexo 7 se muestra su distribución por Servicio de Salud.

Cabe señalar que los datos de población objetivo que se presentan a continuación no están agrupados en tramos de edad iguales a los de la población potencial, anteriormente descrita, ni a los grupos de beneficiarios, como se verá en el capítulo Eficacia y Calidad. Ello se debe a que para el sistema de registro de información del Ministerio de Salud no es posible agrupar la

¹⁹ El programa no especifica si el control debe estar al día. Se señala población bajo control, registrada.

población objetivo en los tramos etarios requeridos (beneficiarios del programa), por las razones que se señalan en los párrafos siguientes. El programa ha informado que a partir del año 2016 esta dificultad ha sido subsanada y se contará con la agregación de la población potencial equivalente a la de beneficiarios.

En efecto, en los años 2012, 2013 y 2014 se presenta la cuantificación de la población objetivo del tramo de 15 a 19 años, faltando el grupo de 6 a 14 años. 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 14 años. Asimismo, el programa informa que 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. Con respecto al año 2015 contiene todos los tramos etarios, aunque con agrupación diferente a la de beneficiarios, por las mismas razones ya señaladas.

Como se puede observar en el cuadro 6, en el año 2012, la población objetivo del programa alcanzó a 376.765 personas, de las cuales los hombres son levemente mayoritarios (0,6%). En términos de edad, el 96,2% se concentra en la población adulta (de 20 a 44 años). Cabe recordar que el cuadro presentado deja fuera de la cuantificación al segmento de 6 a 14 años, por tanto, la población objetivo está incompleta, lo que afecta la distribución porcentual. La distribución por sexo muestra escasa diferencia en los datos totales, mientras que en los tramos etarios, en el grupo de 15 a 19 años las mujeres alcanzan una representación del 67% en tanto la población de 20 a 44 años esta proporción desciende a 49%.

Cuadro 6: Población Objetivo por sexo y grupo etario año 2012

Grupo etario	Hombres	Mujeres	Total	%
15 a 19 años	4.696	9.731	14.427	3,8
20 a 44 años	184.633	177.705	362.338	96,2
Total	189.329	187.436	376.765	100,0
%	50,3	49,7	100,0	

Fuente: Programa Vida Sana – MINSAL

En el año 2013 la población objetivo del programa aumenta en 6,6% en relación al año anterior, alcanzando a más de 400.000 personas. El aumento de 24.971 personas se produce principalmente en el grupo de adultos hombres, ya que las mujeres de este grupo etario disminuyen en más de 10.000 personas, alcanzando una participación porcentual de 43%, lo que confirma la tendencia al descenso de la población objetivo de mujeres adultas. Ello implica un incremento de más de cinco puntos porcentuales en la participación de los hombres con respecto al total. (Ver cuadro 7). En los menores de 19 años, las mujeres alcanzan al 66%, representación similar al año anterior. Cabe recordar que la cuantificación del grupo de menores de 19 años está incompleta, ya que no fue posible contar con el número de beneficiarios de 6 a 14 años, como ya se señaló.

Cuadro 7: Población Objetivo por sexo y grupo etario año 2013

Grupo etario	Hombres	Mujeres	Total	%
15 a 19 años	5.213	9.906	15.119	3,8
20 a 44 años	219.544	167.073	386.617	96,2
Total	224.757	176.979	401.736	100,0
%	55,9	44,1	100,0	

Fuente: Programa Vida Sana – MINSAL

La población objetivo de 2014 amplía el segmento adultos hasta los 54 años de edad. En total, ésta crece en casi 1% con respecto al año anterior (3.709 personas), aumento que se distribuye en forma homogénea en ambos grupos etarios. Sin embargo, en el análisis por sexo se observa nuevamente una disminución de las mujeres en cerca de 15.000, lo que hace bajar su participación porcentual a menos del 40% del total. El análisis por tramo etario señala que las mujeres mantienen su alta participación porcentual en el grupo menor de 19 años (66%) mientras que en los adultos, los hombres son mayoritarios con el 69% del total. (Ver cuadro 8).

Cuadro 8: Población Objetivo por sexo y grupo etario año 2014

Grupo etario	Hombres	Mujeres	Total	%
15 a 19 años	4.809	9.234	14.043	3,5
20 a 54 años	238.687	152.715	391.402	96,5
Total	243.496	161.949	405.445	100,0
%	60,1	39,9	100,0	

Fuente: Programa Vida Sana – MINSAL

El cuadro 9 presenta la población objetivo del año 2015. Como se puede observar, los grupos etarios cambian con respecto a los analizados en años anteriores ya que se agregan los segmentos de 2 a 6 años y de 55 a 64 años. Ello significa un aumento a más del doble en relación al año 2014, con un total de 869.687 personas. Sin embargo y como ya se señaló, debido al sistema de registro del DEIS, para esta evaluación no fue posible obtener la cuantificación de la población objetivo diferenciada por los tramos de edad de los beneficiarios definidos por el programa para 2015, que son 2 a 5 años, 6 a 19 años y 20 a 64 años. Por lo tanto, el cuadro 9 contiene la agregación por grupo etario de 2 a 9 años y de 10 a 19, tramos que difieren de aquellos con que trabaja el programa, pero que corresponden a la información disponible. La mayor concentración se registra en el grupo de adultos (20 a 64 años) con un 69,2% del total, seguida por los menores de 2 a 9 años con casi el 30%. Llama la atención el cambio que se produce en la distribución por sexo de la población objetivo de este año con respecto al anterior, ya que las mujeres son mayoritarias (54%), lo que se observa en todos los tramos etarios. El panel considera que una variación tan pronunciada entre un año y otro, podría obedecer a problemas en el registro de los datos más que un comportamiento demográfico.

Cuadro 9: Población Objetivo por sexo y grupo etario año 2015

Grupo etario	Hombres	Mujeres	Total	%
2 a 9 años	119.764	139.124	258.888	29,8
10 a 19 años	3.188	5.489	8.677	1,0
20 a 64 años	276.893	325.229	602.122	69,2
Total	399.845	469.842	869.687	100,0
%	46,0	54,0	100,0	

Fuente: Programa Vida Sana – MINSAL

Debido a las diferencias de poblaciones, solo es posible calcular la cobertura de la población objetivo en relación a la potencial para el año 2015, ya que ambas consideran población de iguales tramos etarios (2 a 64 años)²⁰. Esta cobertura significa que la población objetivo del programa alcanza al 26,1% de la población potencial. Dicho en otras palabras, del total de personas que presentan las condiciones de malnutrición por exceso inscrita en los centros de

²⁰ La población objetivo no considera los siguientes tramos etarios para los años que se señalan: Año 2012 falta el tramo de 6 a 15 años; Año 2013 falta el tramo de 6 a 15 años; Año 2014 falta el tramo de 6 a 15 años y tramo de 44 a 55 años.

salud, el 26,1 % o bien está en control (niños y jóvenes), o bien se ha efectuado el examen de medicina preventiva (adultos). (Ver cuadro 10).

Cuadro 10: Población Potencial y Objetivo Período 2012-2015

Año	Población Potencial	Población Objetivo	Cobertura de Población Objetivo respecto de la Potencial (%)
2012			
2013			
2014			
2015	3.334.477	869.687	26,1%

Fuente: Programa Vida Sana – MINSAL

3. ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS

El programa se financia con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, programa 02 Programa de Atención Primaria, glosa 01. Tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados al Programa Vida Sana entre los meses de enero y diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

El presupuesto del programa está incluido en el presupuesto de la Atención Primaria de Salud (APS) del Ministerio de Salud, el que para efectos de esta evaluación, es equivalente al Presupuesto de la Institución Responsable, en tanto la actividad del programa se desarrolla en ese nivel de atención. Éste se compone de recursos asignados al Per cápita y a Programas de Reforzamiento. El cuadro 11 presenta, para los años evaluados, el presupuesto Per Cápita y el porcentaje de éste en relación al total del Presupuesto de Atención Primaria, que bordea el 60%. A continuación se señala el Presupuesto de los Programas de Reforzamiento y el porcentaje de éstos con respecto al total de APS. La última columna contiene el presupuesto total de APS, que corresponde a la suma de los dos anteriores. También se presenta la variación experimentada entre 2012 y 2015.

Cuadro 11: Composición del Presupuesto de Atención Primaria de Salud 2012-2016 (miles de \$ 2016)

Año	Presupuesto Per cápita M\$	% Presupuesto Per Cápita en Presupuesto Total APS	Presupuesto Programas de Reforzamiento M\$	% Presupuesto Programas Reforzamiento en Presupuesto Total APS	Presupuesto Total de Atención Primaria (APS) (Presupuesto Institución responsable) M\$
2012	601.774.894	60,7	388.962.195	39,3	990.737.089
2013	644.847.389	58,9	449.808.196	41,1	1.094.655.584
2014	672.052.451	58,2	482.041.958	41,8	1.154.094.408
2015	753.322.492	59,4	514.419.395	40,6	1.267.741.887
2016	818.067.545	59,7	552.509.457	40,3	1.370.577.002
% Variación 2012-2016	35,9	-1,6	42,0	2,5	38,3

Fuente: Programa Vida Sana – MINSAL

La ley 19.378 de 1995 establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud, el cual determina un mecanismo de pago Per Cápita a la atención primaria que se otorga en establecimientos municipalizados, en base a número de beneficiarios inscritos en éstos. Por tanto, es el aporte estatal que se entrega a las comunas a través de los Servicios de Salud. El monto de este presupuesto se determina anualmente mediante decreto fundado del Ministerio de Salud y está

destinado a financiar las 103 prestaciones de salud mencionadas en el Decreto Per Cápita de cada año.

Con respecto a los Programas de Reforzamiento²¹, tienen por objetivo complementar las citadas prestaciones, para lo cual se asignan recursos que financian programas específicos definidos por el Ministerio de Salud, entre los cuales se encuentra el Programa Vida Sana, en evaluación (Ver cuadro 12). En anexo 8 se presenta un listado con el total de los programas de reforzamiento.

El presupuesto del Programa Vida Sana está destinado a financiar los recursos humanos encargados de la operación del programa en el nivel local²², actividades de capacitación de los mismos, exámenes²³ e insumos²⁴.

Para la ejecución del programa, concurren además, recursos que aporta el Ministerio de Salud para la gestión del mismo en el nivel central y en los Servicios de Salud. Consisten en recursos humanos y bienes y servicios de consumo que se financian con cargo al presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (SRA) y de los SS. En el marco de esta evaluación, se obtuvo una estimación de este gasto para el año 2015 que alcanza a M\$ 393.018²⁵, que en el análisis del Capítulo Eficiencia se consigna como “Gasto Administrativo”. Sin embargo, dado que no fue posible contar con dicha estimación para los años 2012 a 2014, se optó por no incluir ese monto dentro del cuadro siguiente, ya que afectaría la adecuada comparabilidad de las cifras en los todos años evaluados.

En forma complementaria, los municipios también concurren con recursos indispensables para la ejecución del programa, como son los espacios físicos e instalaciones en escuelas municipales y otros, para realizar actividades del programa. Sin embargo, no fue posible estimar este gasto en el período de la evaluación, debido a la gran variabilidad de situaciones que se producen en los numerosos establecimientos comunales que participan en el programa y a su dispersión geográfica²⁶.

Como se puede apreciar en el cuadro 12, en el año 2016 el presupuesto del programa alcanza a \$9.170,9 millones y ha aumentado en 170,9% desde 2012 hasta ese año.

A efectos de establecer una razón entre el presupuesto del programa y el presupuesto de la institución responsable, se presenta la comparación con el presupuesto total de APS. También se presenta la comparación del presupuesto del programa con el de los Programas de

²¹ Principales Programas de Reforzamiento 2016:

(i) Apoyo a gestión en el nivel primario de salud en establecimientos dependientes de los SS.

(ii) Piloto de acompañamiento en niños, niñas, jóvenes.

(iii) Espacios amigables adolescentes.

(iv) Misiones de estudios a médicos especialistas.

(v) Vida Sana: Intervención en factores de riesgo de enfermedades crónicas.

(vi) Vida Sana: Alcohol y drogas.

(vii) Salud mental integral en APS.

(viii) Apoyo a la gestión local.

(ix) Tele electrocardiografía

(x) Puesta en marcha consultorios nuevos y reposiciones

²² Equipo interdisciplinario con contrato hasta el 31 de diciembre de cada año, conformado por médico, nutricionista, psicólogo, profesor de educación física o terapeuta de actividad física o kinesiólogo.

²³ Exámenes: Glicemia y perfil lipídico para todos los beneficiarios al ingreso del programa y repetición al 6° mes en casos de resultados alterados al ingreso.

²⁴ Insumos necesarios para la operación del programa: artículos de oficina, alimentos saludables, traslado de profesionales en terreno, artículos deportivos, entre otros similares.

²⁵ Ver Capítulo Eficiencia, 4.3 Gastos de Administración.

²⁶ El número de escuelas que participan en el programa es variable en cada región, así como también lo son otras dependencias que aporta la red local (sedes sociales y otros). Para obtener el dato del gasto que implican estos aportes, sería necesario hacer un censo en las 241 comunas que participan en el programa, lo que no es factible para el panel en razón al tiempo en que se enmarca esta evaluación.

Reforzamiento, ya que aquél forma parte de éstos. El presupuesto del programa representa en 2016 el 0,67 del total del presupuesto de la APS con un aumento del 97,1% en el período evaluado, en tanto que este porcentaje es de 1,67% del presupuesto de los Programas de Reforzamiento en 2015, con un aumento de 90,8% desde 2012 (Cuadro 12).

Cuadro 122: Presupuesto Programas de Reforzamiento y Presupuesto del Programa Vida Sana 2012-2016 (miles de \$ 2016)

Año	Presupuesto Total de Atención Primaria M\$	Presupuesto Programas de Reforzamiento M\$	Presupuesto total del programa (incluye todas las fuentes de financiamiento) M\$	Porcentaje del presupuesto del programa en relación al presupuesto de APS	Porcentaje del presupuesto del programa en relación al presupuesto de Programas de Reforzamiento
2012	990.737.089	388.962.195	3.385.193	0,34	0,87
2013	1.094.655.584	449.808.196	4.089.626	0,37	0,91
2014	1.154.094.408	482.041.958	4.379.250	0,38	0,91
2015	1.267.741.887	514.419.395	6.507.825	0,51	1,27
2016	1.370.577.002	552.509.457	9.170.879	0,67	1,66
% Variación 2012-2016	38,3	42,0	170,9	97,1	90,8

Fuente: Programa Vida Sana – MINSAL

II. EVALUACION DEL PROGRAMA

1. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

El Programa Vida Sana se ha propuesto contribuir a disminuir los factores de riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles (ENT)²⁷, en particular la diabetes mellitus tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares. Específicamente, busca disminuir tres de los factores de riesgo de estas enfermedades: dieta inadecuada, deficiente condición física y sobrepeso/obesidad. La dieta inadecuada y el sedentarismo, junto con el consumo de tabaco, son reconocidos como los factores de riesgo que explican la gran mayoría de las ENT, tanto para hombres como para mujeres²⁸.

Las ENT constituyen la principal causa de mortalidad y morbilidad²⁹ a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), de los 56 millones de defunciones ocurridas en el mundo en el año 2012, 38 millones fueron causadas por ENT, lo que representa un 68% del total de muertes (cuadro 13). De ellas, más de un 40% (16 millones) fueron muertes prematuras y evitables, es decir, ocurridas antes de los 70 años. Aunque suele pensarse que las ENT son más bien propias de los países desarrollados, la evidencia disponible muestra que casi las tres cuartas partes de todas las muertes por ENT (28 millones) y el 82% de las defunciones prematuras de 2012, ocurrieron en países de ingresos medios y bajos. Se espera que las muertes por ENT aumenten a 52 millones en 2030³⁰.

Cuadro 13: Defunciones según causa de muerte en el mundo, 2012 (total y porcentajes)

Causa	Total (millones)	%
Enfermedades no transmisibles	38,0	67,9
Enfermedades transmisibles	18,0	32,1
Total	56,0	100,0

Fuente: World Health Organization. "Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility". WHO, Geneva, 2014.

Las cuatro principales ENT en el mundo son las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas. En conjunto, estas enfermedades fueron responsables del 82% del total de las muertes por ENT ocurridas en el mundo en 2012. Las enfermedades cardiovasculares fueron la principal causa de muerte, siendo responsables del 46% de las muertes por ENT (cuadro 14). La OMS estima que 7,4 millones de los fallecimientos por enfermedades cardiovasculares se debieron a ataques cardíacos (cardiopatía isquémica) y 6,7 millones a accidentes cerebrovasculares, lo que representa el 80% del total de muertes por esta causa³¹.

²⁷ Hasta aproximadamente 2011-2012, fueron denominadas por la OMS como enfermedades "crónicas" no transmisibles. En Chile en general se utilizan ambas expresiones.

²⁸ World Health Organization. "Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report". Geneva, 2005.

²⁹ Morbilidad se refiere a la cantidad de personas enfermas en un espacio y tiempo determinados.

³⁰ World Health Organization. "Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility". WHO, Geneva, 2014.

³¹ World Health Organization. "Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility". WHO, Geneva, 2014.

Cuadro 14: Defunciones por enfermedades no transmisibles según enfermedad en el mundo, 2012 (total y porcentajes)

Enfermedad no transmisible	Total (millones)	%
Enfermedades cardiovasculares	17,5	46,1
Cáncer	8,2	21,6
Enfermedades respiratorias crónicas	4,0	10,5
Diabetes	1,5	3,9
Otras	6,8	17,9
Total	38,0	100,0

Fuente: World Health Organization. "Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility". WHO, Geneva, 2014.

En la región de las Américas³², las ENT son causa de tres de cada cuatro defunciones. El 34% de las muertes debidas a ENT son prematuras, es decir, se producen en personas de 30 a 69 años. Los países enfrentan una carga de ENT que refleja fuertemente las inequidades socioeconómicas, en particular en aquellos de ingresos bajos y medianos. Por ejemplo, casi 30% de las muertes prematuras por enfermedades cardiovasculares se producen en el 20% más pobre de la población de las Américas, mientras que solo 13% de esas muertes prematuras se observan en el 20% más rico³³.

En relación con la carga de enfermedad³⁴, según la OMS las ENT fueron responsables del 48% de la carga a nivel mundial en 2005, siendo las enfermedades cardiovasculares las más importantes. Aproximadamente el 86% de la carga de enfermedad ocurre en personas menores de 70 años. El número de años de vida, ajustados por discapacidad³⁵, perdidos es mayor entre los 30 a los 59 años, y las tasas aumentan con la edad³⁶. En relación con la otra enfermedad que considera el programa, la diabetes, su prevalencia³⁷ mundial en 2014 se estimaba en un 10%³⁸.

El perfil epidemiológico de Chile sigue la tendencia mundial, lo que es consistente con su etapa de transición demográfica avanzada³⁹, caracterizada por una fecundidad por debajo del nivel de reemplazo⁴⁰ y un creciente envejecimiento de la población⁴¹. Datos del MINSAL para los años 2005 a 2009 señalan que las enfermedades cardiovasculares, tumores, diabetes mellitus y enfermedades pulmonares crónicas, fueron responsables del 60% de las muertes. (Cuadro 15).

³² La expresión "Región de las Américas" se refiere a todo el continente americano (América Latina, Canadá, Estados Unidos y el Caribe)

³³ Organización Panamericana de la Salud "Plan de acción para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019". Washington, DC, 2014.

³⁴ La carga de enfermedad se refiere conjuntamente a la morbilidad y mortalidad. Su cuantificación permite estimar la pérdida de estado de salud por distintas patologías, lesiones y factores de riesgo. La metodología fue desarrollada por el Banco Mundial, la OMS y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard en 1993.

³⁵ AVAD, también conocido como AVISA (años de vida saludable) o DALY por sus siglas en inglés, corresponde a una medida resumen de la morbilidad y mortalidad. Específicamente, combina los años de vida potenciales perdidos por mortalidad con los años perdidos por discapacidad, lo que permite dar cuenta de la carga de enfermedad de una población. En este documento se utilizará la denominación AVISA, por ser la utilizada comúnmente en Chile.

³⁶ World Health Organization. "Preventing chronic diseases: a vital investment: Who global report". Geneva, 2005.

³⁷ Porcentajes de personas que tienen una enfermedad o evento de salud en un momento determinado.

³⁸ World Health Organization. "Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility". WHO, Geneva, 2014.

³⁹ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. "Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe". Santiago, 2008.

⁴⁰ Se habla de fecundidad por debajo a nivel de reemplazo cuando el promedio de hijos que tienen las mujeres (tasa global de fecundidad-TGF) no alcanza el número mínimo para reproducirse a sí mismas. Esto ocurre cuando la TGF es inferior a 2.1 hijos por mujer.

⁴¹ Según las estimaciones y proyecciones vigentes del CELADE, en 2015 el 15% de población tiene 60 años o más, cifra que se elevará a 21% en el 2025 y a 31% en el 2050. Véase: CELADE. Estimaciones y Proyecciones de Población de Largo Plazo para los Países de América Latina, 1950-2100. Revisión 2013. Disponible en: http://www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm (visitado el 9 de marzo de 2016).

Cuadro 15: Defunciones según causa de muerte en Chile, 2005-2009 (porcentajes)

Causas	Año				
	2005	2006	2007	2008	2009
Infecciosas, maternas ⁴² , perinatales, desnutrición, influenza y neumonía	7,3	7,1	7,2	7,7	7,4
Enfermedades cardiovasculares, tumores, diabetes mellitus y enfermedades pulmonares crónicas	60,6	60,7	59,6	59,4	59,3
Causas externas	8,7	9,2	8,6	9,2	8,9
Resto de causas	23,4	23,0	24,1	24,2	24,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Ministerio de Salud. "Primer reporte de vigilancia de enfermedades no transmisibles 2011. Situación epidemiológica de las ENT y lesiones en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay". Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de Chile. Santiago, 2011

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en la población chilena, siendo responsables de más de 24 mil defunciones anuales, casi un tercio del total de muertes⁴³. Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en el año 2012 las enfermedades del sistema circulatorio⁴⁴ junto con los tumores malignos, causaron el 51% de las defunciones de hombres, y el 54% de las producidas en mujeres, respectivamente⁴⁵. Por su parte, en cuanto a la carga de enfermedad, el 84% de la carga del país estimada para el año 2004 se debe a las ENT, y el componente de discapacidad supera al de la mortalidad prematura. El 83% de la carga de enfermedad se concentra en 8 grupos de causas, donde predominan las patologías neuropsiquiátricas, responsables del 23% de AVISA perdidos, seguidas de las enfermedades digestivas, con un 16%. En el caso de las enfermedades que aborda el Programa Vida Sana, las cardiovasculares se ubican en el tercer lugar de las responsables de carga de enfermedad, explicando el 12% del total de AVISA perdidos. Por su parte, la diabetes es responsable del 2% (Cuadro 16).

Cuadro 16: Distribución de años de vida ajustados por discapacidad (AVISA) perdidos según grupos de causas en Chile, 2004 (porcentajes)

Causa	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Condiciones neuropsiquiátricas	23,2	20,4	25,9
Enfermedades digestivas	15,8	13,7	17,9
Enfermedades cardiovasculares	12,1	13,4	10,8
Lesiones no intencionales	7,7	10,6	5,3
Enfermedades musculoesqueléticas	7,7	9,1	6,5
Enfermedades órganos de los sentidos	6,4	6,6	6,3
Neoplasias malignas	5,9	5,7	6,1
Lesiones intencionales	3,8	4,6	3,0
Enfermedades respiratorias crónicas	2,9	3,4	2,0
Trastornos endocrinos y metabólicos	2,5	1,1	3,8
Perinatales	2,1	2,3	1,9
Enfermedades genitourinarias	2,1	1,4	2,5

⁴² Se refiere a las defunciones que se producen debido a complicaciones del embarazo, parto o puerperio.

⁴³ Ministerio de Salud. "Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020". Santiago, 2011.

⁴⁴ EL INE utiliza la expresión "enfermedades del sistema circulatorio", que es la denominación utilizada en la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10). No obstante, por esto se entiende enfermedades cardiovasculares.

⁴⁵ Instituto Nacional de Estadísticas. "Mortalidad en Chile 2002 y 2012". Estimaciones sobre la base de las estadísticas vitales. Disponible en http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/mortalidad.pdf (visitado el 9 de marzo de 2016).

Causa	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Diabetes mellitus	2,0	2,0	2,0
Otras	5,8	5,7	6,0
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Ministerio de Salud. "Informe Final Estudio de Carga de enfermedad y carga atribuible". Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile. Santiago, 2008.

Si bien la diabetes no se encuentra entre las principales responsables de la carga de enfermedad, 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. La prevalencia aumenta con la edad. También existe una gradiente socioeconómica ya que en el estrato alto la prevalencia es de 6,2%, 7,1% en el medio y 20,5% en el bajo (cuadro 17). La diabetes tiene graves consecuencias para la salud. Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de sufrir infarto agudo al miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal terminal, retinopatía diabética y neuropatía diabética, además de pie diabético. La principal causa de muerte en los diabéticos es la enfermedad cardiovascular. Las personas adultas con diabetes tienen un riesgo entre 2 a 4 veces mayor que los adultos no diabéticos de presentar un evento cardiovascular⁴⁶.

Cuadro 17: Prevalencia de diabetes tipo 2 según nivel educacional y sexo en Chile, 2009-2010 (porcentajes)

Total	Nivel educacional			Sexo	
	Alto	Medio	Bajo	Hombres	Mujeres
9,4	6,2	7,1	20,5	8,4	10,4

Fuente: MINSAL/PUC/UAH. "Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010". Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica, Universidad Alberto Hurtado. Santiago, 2011

1.1 Factores de riesgo de las ENT

La investigación epidemiológica ha identificado un conjunto de factores de riesgo que explicarían la mayor parte de las ENT, tanto en hombres como en mujeres. Un Informe clave de la OMS publicado en 2005 resume la evidencia disponible y señala que los factores de riesgo más importantes, por ser considerados modificables, son una dieta no saludable y consumo calórico en exceso; inactividad física y consumo de tabaco⁴⁷. También es común incluir en este grupo al consumo nocivo de alcohol⁴⁸, aunque éste es responsable de una proporción mucho menor de ENT: se estima causa el 3% de las muertes y el 4% de la carga de enfermedad mundial⁴⁹.

Según la OMS, los principales factores de riesgo operan en conjunto con factores no modificables como son la edad y la herencia, e impactan en las ENT a través de factores intermedios como son la hipertensión, niveles anormales de lípidos (particularmente baja densidad de lipoproteínas

⁴⁶ Ministerio de Salud. "Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020". Santiago, 2011.

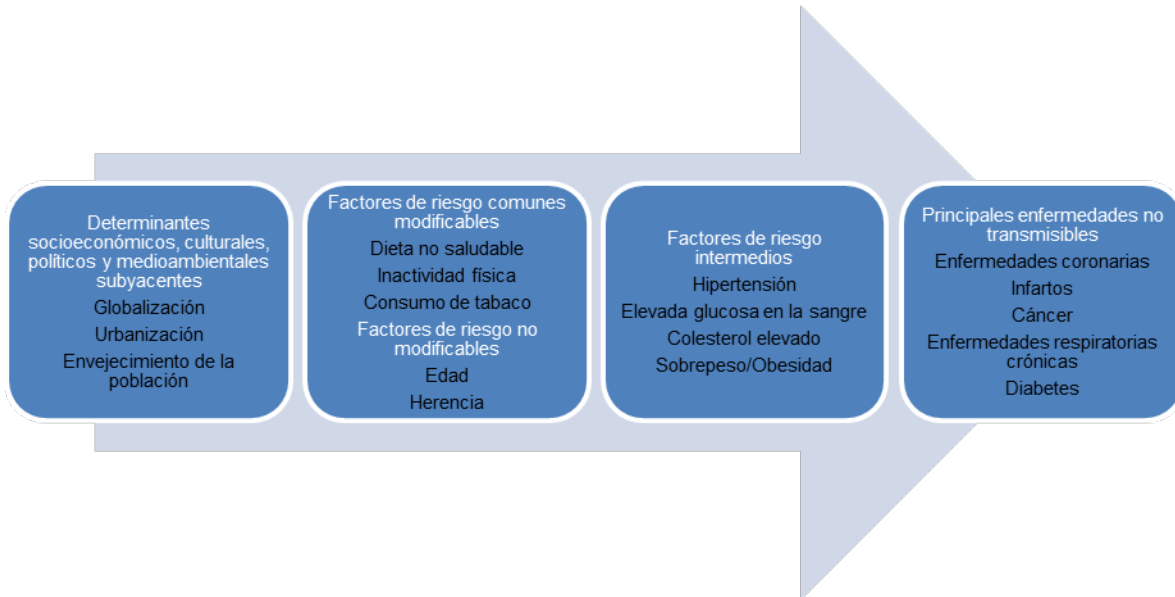
⁴⁷ World Health Organization. "Preventing chronic diseases: a vital investment: Who global report". Geneva, 2005.

⁴⁸ Organización Panamericana de la Salud "Plan de acción para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019". Washington, DC, 2014. World Health Organization. "Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility". WHO, Geneva, 2014.

⁴⁹ World Health Organization. "Preventing chronic diseases: a vital investment: Who global report". Geneva, 2005.

- colesterol LDL), glicemia elevada y sobrepeso ($IMC^{50} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) y obesidad ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$). Determinantes subyacentes son los efectos de la globalización, la urbanización y el envejecimiento de la población, que impactan en los factores de riesgo y por esta vía en las ENT (Figura 1).

Figura 1: Causas de las enfermedades no transmisibles



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

Los factores de riesgo de ENT comúnmente mencionados se engloban en la noción de "estilo de vida", pues están directamente vinculados con el comportamiento y hábitos de la población. Como se señaló, dado que corresponden a comportamientos considerados modificables, se identifican como los más importantes. Bajo este marco, el énfasis se centra en la generación de "estilos de vida saludable", lo que implica estimular un conjunto de cambios de comportamiento con el objetivo de que se instalen de manera permanente en la población. Sin embargo, como reconoce la Organización Panamericana de Salud (OPS), las intervenciones exigen considerar las desigualdades socioeconómicas, pues *"las personas pobres posiblemente tengan menos recursos para cambiar su modo de vida y menos acceso a servicios de salud de buena calidad que incluyan intervenciones para prevenir o eliminar la exposición a los factores de riesgo, así como servicios de diagnóstico y tratamiento y medicamentos esenciales"*⁵¹. Además, señala que otros factores de riesgo incluyen factores ambientales, la urbanización, la mayor exposición a violencia y traumatismos, enfermedades persistentes en la niñez, desventajas en el desarrollo de la primera infancia y problemas de salud materna que a lo largo del ciclo de vida, se asocian a las ENT.

Respecto de los factores de riesgo considerados modificables, como es la dieta no saludable, el consumo excesivo de sodio aumenta el riesgo de hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Se estima que en el mundo ocurren 1,65 millones de defunciones anuales por causas cardiovasculares que se deben a una ingesta de sodio excesiva. Las estimaciones indican que el consumo promedio de sal es del orden de 10 g diarios (3,95 g/día de sodio). Sin embargo, la OMS recomienda reducirlo a menos de 5 g/día (2 g/día de sodio) para reducir la presión arterial y el riesgo de cardiopatía coronaria y accidente cerebrovascular. En muchos países, las fuentes

⁵⁰ IMC: Índice de Masa Corporal

⁵¹ Organización Panamericana de la Salud "Plan de acción para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019". Washington, DC, 2014. (pág. 6).

principales de sal son los alimentos elaborados y las comidas precocinadas, mientras que en otros es importante la sal que se añade durante la preparación de los alimentos en el hogar y en la mesa, lo que remite a factores culturales. Sin embargo, el aumento de la disponibilidad de alimentos elaborados en los países de ingresos bajos y medios, está haciendo que las principales fuentes de sodio hayan pasado rápidamente a ser tales alimentos⁵².

Por su parte, la evidencia disponible señala que la actividad física insuficiente contribuye a causar la pérdida de 69,3 millones de AVISA y 3,2 millones de defunciones en el mundo cada año. Además, el riesgo de muerte por cualquier causa es más elevado en los adultos cuya actividad física es insuficiente, que aquellos que practican al menos 150 minutos de ejercicio físico moderado por semana, o su equivalente. Se ha establecido que la actividad física regular reduce el riesgo de cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, diabetes, y cáncer de mama y de colon⁵³.

Estimaciones de la OMS para el 2014 señalan que en el mundo el 23% de los adultos de 18 años o más no eran lo suficientemente activos. La menor actividad la tienen las mujeres respecto de los hombres y las personas mayores respecto de las jóvenes. El 81% de los adolescentes de 11 a 17 años no tenían una actividad física suficiente en 2014, siendo las adolescentes menos activas que los varones; las recomendaciones de la OMS no las cumplían, respectivamente, el 84% y el 78%⁵⁴.

En el caso del consumo de tabaco, la OMS estima que en el mundo mueren anualmente cerca de seis millones de personas por esta causa, lo que incluye más de 600 mil muertes a causa de la exposición al humo ajeno, de las cuales 170 mil son de niños.⁵⁵

La dieta inadecuada y la inactividad física están fuertemente asociadas a la obesidad, que a su vez es considerada tanto factor de riesgo de ENT como enfermedad, según la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10). Se sabe que la obesidad aumenta la probabilidad de diabetes y de otras ENT como la hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular y ciertos tipos de cáncer. Según la OMS, a nivel mundial la obesidad casi se ha duplicado desde 1980. En 2014, el 10% de los hombres y el 14% de las mujeres de 18 años o más eran obesos. En relación con el sobrepeso, más de 42 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso en 2013⁵⁶.

En Chile, tanto la ENS realizada en 2003 como en 2009-2010, ha mostrado una alta prevalencia⁵⁷ de los factores de riesgo más importantes de las ENT, tal como se presenta en el siguiente cuadro.

Cuadro 18: Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles seleccionados en Chile, 2003 y 2009-2010 (porcentajes)

Factor de riesgo	ENS 2003	ENS 2009-2010
Hipertensión Arterial	33,7	26,9
Colesterol total elevado (>200 mg/dl)	35,4	38,5

⁵² World Health Organization. "Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility". WHO, Geneva, 2014.

⁵³ World Health Organization. "Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility". WHO, Geneva, 2014.

⁵⁴ World Health Organization. "Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility". WHO, Geneva, 2014.

⁵⁵ World Health Organization. "Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility". WHO, Geneva, 2014.

⁵⁶ World Health Organization. "Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility". WHO, Geneva, 2014.

⁵⁷ La ENS de 2003 considera la población mayor de 17 años. La ENS 2009-2010 considera la población de 15 y más años.

Factor de riesgo	ENS 2003	ENS 2009-2010
Sobrepeso (IMC 25<30)	37,8	39,3
Obesidad (IMC >30)	23,2	25,1
Tabaquismo (fumador actual)	42,0	40,6
Sedentarismo	90,8	88,6

Fuente: MINSAL/PUC/UAH. "Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010". Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica, Universidad Alberto Hurtado. Santiago, 2011.

Como se observa en el cuadro 18, la población chilena presenta una elevada prevalencia de factores de riesgo de ENT. De especial preocupación son el sobrepeso y obesidad, que alcanza al 39% y el 25% de los mayores 18 años, respectivamente. Ambos factores aumentaron en relación con la medición de 2003. También aumentó la prevalencia de colesterol elevado, presentándose en el 39% de la población en la última medición. Por su parte, la hipertensión arterial disminuyó pero se mantiene alta, alcanzando el 27% de la población. Disminuciones menores experimentaron el tabaquismo y el sedentarismo, aunque manteniendo una alta prevalencia en la población: 41% es fumador y 89% sedentario en 2009-2010.

La elevada prevalencia de los factores de riesgo de ENT en la población chilena se caracteriza por una gradiente socioeconómica, en la cual esta cifra aumenta a medida que desciende el nivel socioeconómico. Tal como se señala en el Informe Final de la ENS 2009-2010⁵⁸:

- a) La población chilena presenta elevados niveles de morbilidad por ENT y sus factores de riesgo, como también grandes desigualdades por sexo, edad, zona urbano/rural, nivel educacional y regiones.
- b) La mayor parte de los problemas de salud crónicos muestran una gradiente educacional evidente, con mayores prevalencias de problemas de salud en la población con menos de 8 años de estudio. Existe una gradiente 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 carenciada tenga mayor carga de 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 (consumo de sal), bajo consumo de pescado, bajo consumo de harinas integrales, bajo consumo de frutas y verduras, hipotiroidismo, sedentarismo, riesgo cardiovascular bajo⁵⁹, síntomas depresivos de último año, infección por trypanosoma Cruzi⁶⁰.
- c) El consumo de tabaco y el consumo de alcohol del nivel educacional alto superan al del nivel educacional bajo. Esto podría responder al efecto de las políticas que aumentan los impuestos sobre estos bienes. Es muy relevante destacar, sin embargo, que la mayor prevalencia de problemas por abuso o dependencia de alcohol se encuentra en los estratos socioeconómicos bajos.

La prevalencia de los factores de riesgo más importantes de las ENT por sexo y nivel educacional se muestran en el cuadro 19.

⁵⁸ MINSAL/PUC/UAH. "Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010". Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica, Universidad Alberto Hurtado. Santiago, 2011.

⁵⁹ El Informe lo indica de esta forma, pero se refiere a que el riesgo cardiovascular bajo tiene menor prevalencia en el estrato socioeconómico bajo, respecto del medio y el alto.

⁶⁰ La infección por trypanosoma Cruzi causa la enfermedad de Chagas. Se estima que alrededor de un tercio de las personas infectadas que no reciben tratamiento enferman de Chagas sintomática o crónica. Pueden pasar más de 20 años desde el momento de la infección original hasta que se presenten problemas cardíacos o digestivos. (Medline Plus- Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001372.htm> - visitado el 16 de marzo, 2016).

Cuadro 19: Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles seleccionados según nivel educacional y sexo en Chile, 2009-2010 (porcentajes)

Factor de riesgo	Nivel educacional (años de estudio)			Sexo	
	Alto (> 12)	Medio (8-12)	Bajo (< 8)	Hombres	Mujeres
Hipertensión Arterial	16,7	22,8	51,1*	28,7	25,3
Colesterol total elevado (>200 mg/dl)	33,8	39,3	43,6	39,0	38,1
Sobrepeso (IMC 25<30)	42,7	37,2	40,9	45,3	33,6
Obesidad (IMC >30)	18,5	24,7*	35,5*	19,2**	30,7
Tabaquismo (fumador actual)	50,3	41,3*	25,6*	44,2	37,1
Sedentarismo	82,2	88,6*	96,9*	84,0	92,9
Probable consumo excesivo de sal	93,7	96,2	97,5*	96,4	95,1

*=Diferencias estadísticamente significativas en el nivel educacional señalado respecto del nivel alto, al ajustar por sexo y edad

**=Diferencias estadísticamente significativas entre los sexos

Fuente: datos extraídos de la ENS 2009-2010.

Como se observa, la prevalencia de todos los factores de riesgo es mayor en el estrato educacional bajo respecto del medio, y de ambos respecto del alto. Excepción es el sobrepeso y el tabaquismo, en el que la relación se invierte. Las diferencias son estadísticamente significativas en las prevalencias de hipertensión arterial, obesidad, tabaquismo, sedentarismo y consumo excesivo de sal (relación sodio/potasio urinario >1). Respecto de la distribución por sexo, existen diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de obesidad, que es mayor en las mujeres.

Según información entregada por el Programa Vida Sana para esta evaluación, que da cuenta de las estadísticas oficiales DEIS/MINSAL para el año 2014⁶¹, la población bajo control del programa Cardiovascular en los centros de atención primaria de salud asciende a 2.090.174 personas. De ellas, el 82% presenta Hipertensión Arterial, el 35% Diabetes Mellitus y el 44% Dislipidemia. Asimismo, el examen de medicina preventiva realizado en el año 2014 a 865.360 usuarios de los Servicios de Salud de 15 a 64 años, mostró una elevada prevalencia de factores de riesgo en esta población: el 40% de ellos presentaba sobrepeso; el 31% era obesos; un 16% tenía glicemia en ayuno alterada entre 100 y 199 mg/dl; y un 15% presentó colesterol elevado mayor a 200 mg/dl. Otro factor de riesgo detectado fue la presión arterial elevada (140/90 mmHg), presente en un 23 % de los usuarios que se realizaron este examen.

De todos los factores de riesgo, el sedentarismo es el que tiene mayor presencia en la población. La ENS 2010 utiliza el concepto de “sedentarismo de tiempo libre”, incluyendo en esta categoría a quienes realizan menos de 30 minutos de actividad física 3 veces a la semana. Bajo esta definición, casi 90% de la población es sedentaria y, como se mostró en el cuadro 18, alcanza al 97% en el estrato bajo y tiene mayor prevalencia en las mujeres respecto de los hombres (93% versus 84%, respectivamente). Utilizando la misma definición, la última Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes en la Población Chilena de 18 y más años (2012), estima una cifra relativamente menor: el 83% de la población es sedentaria (cuadro 20). Las tendencias por sexo y nivel socioeconómico son las mismas que las detectadas por la ENS 2009-2010. Las mujeres son más sedentarias que los hombres (84% versus 80%, respectivamente). Lo mismo ocurre por nivel socioeconómico: el sedentarismo aumenta a medida que se desciende en la escala social, siendo de 75% en el estrato ABC1 y de 96% en el E.

⁶¹ Ficha de Antecedentes del programa-Preparación del Marco Lógico. Enero 2016.

Cuadro 20: Prevalencia de sedentarismo según sexo y estrato socioeconómico en Chile, 2009-2012 (porcentajes)

Año	Total	Sexo		Estrato Socioeconómico				
		Hombres	Mujeres	ABC1	C2	C3	D	E
2009	86,4	83,7	88,6	80,9	82,9	88,6	84,6	92,4
2012	82,7	80,1	84,1	74,9	82,2	85,3	90,8	96,2

Fuente: Universidad de Concepción. "Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes en la Población Chilena de 18 y más años. Informe Final". Concepción, 2012; Instituto Nacional de Deportes Chile. "Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes en la Población Chilena de 18 y más años. Informe de resultados". Alcalá Consultores Asociados Limitada. Santiago, 2010.

Una cuestión preocupante respecto de las diferencias socioeconómicas es que, con respecto a la medición anterior (2009), el sedentarismo ha disminuido en los grupos de mayor ingreso, pero ha aumentado en los de menor ingreso. La razón principal señalada por quienes no hacen actividad física es la falta de tiempo, con un 50%. Este porcentaje disminuye a medida que se desciende en el nivel de ingresos, siendo de 66% en el estrato ABC1 y de sólo 28% en el estrato socioeconómico E⁶². El Informe no entrega las otras razones esgrimidas por los sectores de menores ingresos, que permitirían entender el mayor sedentarismo en esta población y orientar el diseño de intervenciones específicas para esta población.

En el caso de los menores de 18 años, la situación respecto de la actividad física es altamente preocupante. El SIMCE de Educación Física en estudiantes de 8° básico realizado el año 2010 mostró una prevalencia de sobrepeso de 25% y de obesidad de 15%, mientras que sólo el 9,2% de los estudiantes presentó una condición física satisfactoria⁶³. Existe una distribución desigual de las prevalencias por nivel socioeconómico, que afecta negativamente a la población más vulnerable. Las mujeres de 14 años que presentan sobrepeso, se concentran en mayor proporción en los grupos medio y medio bajo; las de 13 y 14 años que presentan obesidad, se concentran en los grupos medio bajo y bajo. En el caso de los hombres, la situación es similar: los estudiantes de 13 años que presentan obesidad, se concentran preferentemente en los grupos medio, medio bajo y bajo. El informe señala que la principal tendencia observada en cuanto a la desigualdad socioeconómica en los estudiantes, tanto en hombres como en mujeres, es la existencia de una condición física satisfactoria en el grupo socioeconómico alto, demostrado por una mayor proporción de estudiantes con IMC normal y mejores resultados en las pruebas aplicadas⁶⁴, en comparación con los demás grupos socioeconómicos. Los hombres y mujeres que asisten a establecimientos particulares pagados tienen mejor condición física. En estos establecimientos existe una mayor proporción de estudiantes con IMC normal, respecto de los establecimientos Municipales y Particulares Subvencionados⁶⁵.

El Estudio Nacional de Educación Física de 8° básicos realizado en 2014 no mostró variaciones con respecto a la medición de 2010, encontrando que el 25% de los estudiantes tiene sobrepeso y el 16% es obeso (cuadro 21). El sobrepeso es mayor en los hombres respecto de las mujeres (29% y 23%, respectivamente), mientras que la obesidad es prácticamente igual en ambos sexos (15% y 16%, respectivamente). El informe no entrega resultados por estrato socioeconómico o dependencia del establecimiento educacional.

⁶² Universidad de Concepción. "Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes en la Población Chilena de 18 y más años. Informe Final". Concepción, 2012.

⁶³ Ministerio de Educación. "Informe de Resultados Educación Física SIMCE 8° básicos 2010". Santiago, 2010.

⁶⁴ Flexión de tronco adelante para medir flexibilidad; salto a pié juntos, para medir la fuerza muscular; prueba de abdominales cortos para medir resistencia muscular; y Test de Navette para medir la capacidad aeróbica de los estudiantes.

⁶⁵ Ministerio de Educación. "Informe de Resultados Educación Física SIMCE 8° básicos 2010". Santiago, 2010.

Cuadro 21: Índice de masa corporal en estudiantes de 8° básico según sexo en Chile, 2010 (porcentajes)

IMC	Total	Hombres	Mujeres
Normal	59,0	56,0	61,0
Sobrepeso	25,0	29,0	23,0
Obesidad	16,0	15,0	16,0
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Agencia de Calidad de la Educación. "Informe de Resultados Estudio Nacional de Educación Física 8°básicos 2014". Santiago, 2015.

El último Mapa Nutricional (2013) realizado por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) a estudiantes de pre kínder, kínder, primero básico y primero medio de establecimientos municipales y particulares subvencionados muestra también resultados preocupantes⁶⁶. El principal problema es la malnutrición por exceso, que sobrepasa la condición normal⁶⁷ en los estudiantes de los tres primeros niveles. Por contraste, en los estudiantes de primero medio, la condición normal es mayor que la malnutrición por exceso. La obesidad en los primeros fluctúa entre un 22% y un 25% de los estudiantes de los primeros niveles, mientras que en primero medio llega a 12% (Cuadro 22).

Cuadro 22: Prevalencia estado nutricional estudiantes de establecimientos municipales y particulares subvencionados en Chile, cursos seleccionados, 2013 (porcentajes)

Curso	Estado Nutricional (porcentajes)				
	Desnutrición	Riesgo desnutrición	Normal	Riesgo obesidad	Obesidad
Pre Kinder	2,2	4,5	43,4	27,7	22,3
Kinder	1,8	4,0	43,3	27,4	23,6
1° Básico	2,0	4,3	41,8	26,5	25,3
1° Medio	0,7	3,7	52,0	31,3	12,3

Fuente: Elaborado sobre la base de los datos de JUNAEB "Mapa Informe Mapa Nutricional 2013" Santiago, 2014.

Es importante destacar que todos los niveles aumentaron la prevalencia de obesidad y riesgo de obesidad, respecto de la medición de 2012, especialmente en primero medio. Los mayores niveles de obesidad se encuentran en las regiones del sur del país, lo que para la JUNAEB ocurriría "debido, seguramente, a que poseen un clima más frío y húmedo, lo cual estimula el consumo de alimentos con mayor densidad calórica y obliga a los estudiantes a permanecer puertas adentro, lo cual puede disminuir la frecuencia e intensidad de su actividad física. Por ende, tanto la alimentación como el gasto energético diario se ven afectados"⁶⁸. Altos niveles de sobrepeso y obesidad de escolares de la región de Aysén ya se habían observado en un estudio realizado por Atalah y colaboradores en 1998⁶⁹. El informe de la JUNAEB señala que el subsidio a alimentos de baja densidad calórica como las frutas y verduras, de mayor costo en esas zonas, como también la construcción de espacios protegidos para desarrollar actividad física, serían medidas que podrían contribuir a disminuir la malnutrición por exceso en estas regiones.

Con respecto a las diferencias de género, el Mapa Nutricional muestra que la tendencia general es que los niños presentan una mayor prevalencia de obesidad y riesgo de obesidad que las niñas. Excepción es la prevalencia de riesgo de obesidad en primero básico y kínder, donde las niñas superan levemente a los niños (diferencias de 2,3% y 0,6% respectivamente). El mayor contraste en obesidad ocurre en primero básico, donde las niñas presentan una prevalencia de

⁶⁶ JUNAEB "Mapa Informe Mapa Nutricional 2013" Santiago, 2014.

⁶⁷ Se considera "normal" a aquellos estudiantes que están entre -1 y 1 desviaciones estándar.

⁶⁸ JUNAEB "Mapa Informe Mapa Nutricional 2013" Santiago, 2014. (pág. 71).

⁶⁹ Atalah, E. et. al. "Prevalencia de obesidad en escolares de la Región de Aysén". Arch Pediatr Urug 2001; 72(3): 235-241.

22,3% y los niños un 28,3%, es decir, una diferencia de 6%. Todas estas cifras son preocupantes, pues existe evidencia que indica que aproximadamente el 30% de los preescolares obesos y el 50% de los escolares obesos se convierten en adultos obesos⁷⁰, con graves daños para la salud en términos de su asociación con ENT y sus consecuencias en morbilidad y mortalidad prematuras, ya descritas.

Por último, según información entregada por el Programa Vida Sana para esta evaluación, que da cuenta de las estadísticas DEIS/MINSAL 2014⁷¹, la población de 2 a 9 años bajo control en los centros de salud presenta una importante prevalencia de malnutrición por exceso: 23% de los niños y niñas tienen sobrepeso y 13% son obesos.

1.2 Impactos de las ENT

Las ENT representan una pesada carga social y económica para los individuos, familias, comunidades y países. Impactan de manera determinante en la calidad de vida de los individuos que las padecen y sus familias. En algunos casos implican discapacidades o limitaciones para la inserción en el mundo del trabajo, con el consecuente deterioro de los ingresos familiares y por tanto del país en su conjunto. El aumento de los gastos en tratamientos menoscaba el bienestar individual y familiar y se convierte en un obstáculo al desarrollo social y económico⁷². Según la OMS, las pérdidas económicas acumuladas debidas a ENT para el período 2011-2025 en los países de ingresos bajos y medios, en la hipótesis de que se mantuvieran las tendencias actuales, serían de US\$ 7 billones. Este costo excede con creces el costo anual de implementar intervenciones de fuerte impacto para reducir la carga de ENT, estimado en US\$ 11.200 millones por año⁷³. Estimaciones macroeconómicas señalan que en los próximos 20 años, la producción mundial presentará pérdidas acumuladas de US\$ 46 billones, como consecuencia de enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer, diabetes y trastornos de salud mental⁷⁴.

En el caso de Chile, 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)⁷⁵.

1.3 Estrategias internacionales para la prevención y control de ENT

El Plan de Acción Mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles 2013-2020, adoptado en la Asamblea Mundial de Salud 2013, incluye nueve metas mundiales de aplicación voluntaria y un marco mundial de vigilancia. Las nueve metas mundiales se refieren a i) reducir: el uso nocivo de alcohol, la actividad física insuficiente, la ingesta de sal o sodio, el consumo de tabaco y la hipertensión; detener el aumento de la diabetes y la obesidad; ii) mejorar la cobertura del tratamiento para prevenir ataques cardíacos y

⁷⁰ 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.

⁷¹ Ficha de Antecedentes del programa-Preparación del Marco Lógico. Enero 2016.

⁷² Organización Panamericana de la Salud "Plan de acción para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019". Washington, DC, 2014.

⁷³ World Health Organization. "Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility". WHO, Geneva, 2014.

⁷⁴ Estimaciones de Bloom et. al. 2011, citado en Organización Panamericana de la Salud "Plan de acción para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019". Washington, DC, 2014.

⁷⁵ 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.

accidentes; y iii) mejorar la disponibilidad y asequibilidad de tecnologías y medicamentos esenciales para tratar las enfermedades no transmisibles. En conjunto, estas metas aportan a la meta general de reducir en un 25% la mortalidad prematura por las cuatro principales ENT: enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas⁷⁶. (Recuadro 2).

Recuadro 2: Metas mundiales para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles a alcanzar en 2025

- 1 Reducción relativa de la mortalidad general por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas en un 25%
- 2 Reducción relativa del uso nocivo del alcohol en al menos un 10%
- 3 Reducción relativa de la prevalencia de la actividad física insuficiente en un 10%
- 4 Reducción relativa de la ingesta poblacional media de sal o sodio en un 30%
- 5 Reducción relativa de la prevalencia del consumo actual de tabaco en un 30% en las personas de 15 años o más
- 6 Reducción relativa de la prevalencia de la hipertensión en un 25%, o contención de la prevalencia de la hipertensión, en función de las circunstancias del país
- 7 Detención del aumento de la diabetes y la obesidad
- 8 Tratamiento farmacológico y asesoramiento (incluido el control de la glucemia) de al menos un 50% de las personas que lo necesitan para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares
- 9 80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles, incluidos los genéricos, necesarios para tratar las principales enfermedades no transmisibles, en centros tanto públicos como privados

Fuente: Organización Mundial de la Salud “Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Cumplimiento de las nueve metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles: una responsabilidad compartida”. Ginebra, 2014.

En concordancia con el Plan de Acción Mundial de la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido para los Estados Miembros el Plan de Acción para la Prevención y Control de las ENT en las Américas 2013-2019, correspondiente a la Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 2012-2025, respaldada en el 2012 por la Conferencia Sanitaria Panamericana. Este Plan de Acción se centra en las cuatro principales ENT, así como en los cuatro factores de riesgo que identifica como comunes: consumo de tabaco, régimen alimentario poco saludable, inactividad física y consumo nocivo de alcohol, y en los factores biológicos de riesgo relacionados: hipertensión e hiperglucemia. El Plan contempla también comorbilidades, entre ellas el sobrepeso y la obesidad. El Plan propone acciones en cuatro líneas estratégicas: políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las ENT; factores de riesgo y factores protectores de las ENT; respuesta de los sistemas de salud a las ENT y sus factores de riesgo, y vigilancia e investigación de las ENT. Respecto de la línea de factores de riesgo y factores protectores, el Plan propone: *“Reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ENT y fortalecer los factores protectores, haciendo hincapié en los niños, los adolescentes y los grupos vulnerables; emplear estrategias de promoción de la salud basadas en la evidencia e instrumentos de política, incluidas la reglamentación, la vigilancia y medidas voluntarias; y abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.”*⁷⁷. Según la OPS, las intervenciones más eficaces que se están desarrollando en la Región en este ámbito incluyen iniciativas orientadas a reducir la hipertensión por medios como la reducción del consumo de sodio en la población; iniciativas basadas en la evidencia para reducir el consumo nocivo de alcohol, e iniciativas dirigidas a disminuir el sobrepeso y la obesidad, en particular en los niños. Estas últimas incluyen especificaciones para el etiquetado de los alimentos, y normas y políticas sobre los alimentos y las bebidas permitidas en las escuelas e instituciones públicas.

⁷⁶ World Health Organization. “Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility”. WHO, Geneva, 2014.

⁷⁷ Organización Panamericana de la Salud “Plan de acción para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019”. Washington, DC, 2014. (pág. 7).

En concordancia con el Plan de Acción Mundial de la OMS, los Objetivos Sanitarios de Chile para 2011-2020 incluyen metas específicas orientadas a la reducción de las ENT y de sus factores de riesgo. El Objetivo 3: Desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población⁷⁸ se vincula directamente al Plan. En particular, las metas de:

- Aumentar 20% la prevalencia de al menos 5 factores protectores⁷⁹, en población mayor a 15 años;
- Disminuir 10% la prevalencia de obesidad en menores de 6 años (bajo control DEIS);
- Aumentar 30% la prevalencia de actividad física suficiente (30 minutos fuera de horario de trabajo al menos 3 veces a la semana) en población entre 15 a 24 años.

1.4 Intervenciones para la prevención y control de ENT

Existe consenso en que las ENT se pueden prevenir, mediante intervenciones dirigidas a los factores de riesgo que se consideran modificables, principalmente la dieta, actividad física y consumo de tabaco. Las dos principales estrategias de prevención de ENT se sitúan en dos niveles: el poblacional y el individual. El nivel poblacional comprende actividades de promoción dirigidas a la población general, con el objetivo de reducir los riesgos en la población en su conjunto. Estas pueden comprender medidas como restricciones al consumo de tabaco en espacios públicos, aumento de impuestos al alcohol o alimentos no saludables, regulación del contenido de sodio de los alimentos, promoción de estilos de vida saludables, entre otros. También incluyen medidas tendientes a modificar los determinantes sociales de la salud, que dan cuenta de importantes inequidades en morbilidad y mortalidad, y que han tenido una menor traducción en políticas⁸⁰. El nivel individual se focaliza en los individuos de alto riesgo y en aquellos que ya tienen una o más ENT. Estas intervenciones intentan reducir el riesgo de desarrollar una ENT, como también sus complicaciones y mejorar la calidad de vida. Como señala la OMS, ambos niveles son complementarios y debieran ser integrados como parte de una estrategia global de prevención y control de ENT⁸¹. 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 favorable⁸².

En relación a los factores de riesgo que pretende afectar el Programa Vida Sana, es sabido que la diabetes y la obesidad se pueden prevenir mediante una acción multisectorial que abarque la producción, distribución y comercialización de los alimentos y creando al mismo tiempo un entorno que facilite y promueva niveles adecuados de actividad física. En las personas de alto

⁷⁸ Ministerio de Salud. *“Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020”*. Santiago, 2011.

⁷⁹ Factores protectores: (a) No haber fumado durante los últimos 12 meses; (b) Índice de Masa Corporal menor a 25 kg/mt²; (c) dieta saludable (consumo mayor o igual a 5 porciones de verduras o frutas al día); (d) colesterol total plasmático menor a 200 mg%; (e) presión arterial menor a 120/80 mmHg; (f) glicemia en ayunas menor a 100 mg%; (g) actividad física moderada durante la última semana al menos 3 veces por 30 minutos; y (h) consumo de bajo riesgo de alcohol (AUDIT <8).

⁸⁰ Según la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, las medidas para modificar los determinantes sociales se refieren a la implementación de políticas de disminución de las desigualdades sociales, mediante mecanismos redistributivos. Asimismo, pueden incluir medidas moderadas orientadas a la reducción de la exposición a factores que dañan la salud, como también a la disminución de la vulnerabilidad de las poblaciones más desfavorecidas. Ejemplos de estas acciones son el mejoramiento de las condiciones de trabajo o programas para reducir tabaquismo en los grupos de menores ingresos. Por último, estas medidas también pueden incluir asegurar el acceso a los servicios de atención de salud para las personas de menores ingresos, tanto para reducir las consecuencias de la mala salud, como para prevenir el daño socioeconómico adicional que sufre la población más desfavorecida cuando enferma, Organización Mundial de la Salud. *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores*. Secretaría de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, 2005.

⁸¹ World Health Organization. *“Preventing chronic diseases: a vital investment: Who global report”*. Geneva, 2005.

⁸² 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, 21 y 22 de enero de 2013 (página 14).

riesgo, el riesgo de diabetes se puede reducir mediante una pérdida moderada de peso y una actividad física diaria moderada. No obstante, la OMS señala que se necesitan investigaciones para evaluar la eficacia de dichas intervenciones para la prevención de la diabetes y la obesidad⁸³.

Las intervenciones orientadas a instalar estilos de vida saludable tienen su origen en la década de 1970 con el Informe Lalonde⁸⁴, que instaló la noción “estilos de vida” cuya intervención permitiría prevenir las ENT y disminuir los costos de los servicios de salud. En general, los estilos de vida fueron entendidos como comportamientos libremente elegidos, lo que llevó a que la promoción de la salud se centrara en la entrega de información y en las estrategias de “marketing social”⁸⁵, y se plasmó en el campo que se conoce como “Nueva Salud Pública”. Se propone mejorar la salud y reducir la enfermedad mediante cambios en los estilos de vida, en lugar de usar la medicina curativa.

La evidencia disponible apoya las intervenciones dirigidas a instalar estilos de vida saludables como una forma de prevenir las ENT. Sin embargo, desde la década de 1970 varios autores han advertido las falencias de este enfoque. Se ha señalado que estas intervenciones: suponen una selección restringida e intencionada de cuáles son los estilos saludables, pues sólo se considera aquello que se supone de control individual, excluyendo las condiciones sociales que exceden el ámbito individual y que afectan el estilo de vida (por ejemplo tener un trabajo riesgoso o vivir en una ciudad contaminada) y que por tanto requieren la acción del Estado⁸⁶; no consideran las restricciones que los individuos tienen para elegir su estilo de vida y legitiman la instalación de restricciones a la autonomía para decidir el propio estilo de vida⁸⁷; implican la moralización de las conductas relativas a la salud, lo que permite instalar nuevas formas de discriminación de todos los que no siguen el modelo de vida definido como correcto por los dispositivos sanitarios⁸⁸; suponen la culpabilización de los individuos por su enfermedad, desviando el foco de las causas socioeconómicas subyacentes⁸⁹ e instalan la práctica del “salutismo”⁹⁰, que eleva la salud a una virtud que debe ser buscada por todos y cada uno de los individuos, en lugar de considerarse un medio para desarrollar los propios proyectos de vida. Esto permite la instalación de una industria de bienes y servicios que ofrecen la posibilidad de control individual de salud. Vinculado a todo lo anterior, se ha señalado la contribución de este enfoque a la legitimación del modelo neoliberal⁹¹, pues se basa en sus premisas ideológicas básicas: libertad de elección y cálculos racionales del agente económico individual, que toma decisiones buscando el menor costo y el mayor beneficio individual. Traducido al sector salud, supone que entregando información respecto de cuáles son los comportamientos indicados para mantener la salud y prevenir las ENT, los individuos elegirán

⁸³ World Health Organization. *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Attaining the nine global noncommunicable diseases targets: a shared responsibility*. WHO, Geneva, 2014.

⁸⁴ Lalonde M. El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense. In: Organización Panamericana de la Salud, ed. *Promoción de la salud: una antología*. Washington, DC: OPS, 1996;3-5.

⁸⁵ Cerqueira MT. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. En: Arroyo I, Cerqueira MT, eds. *La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina. Un análisis sectorial*. San Juan: Organización Panamericana de la Salud, 1997;7-48.

⁸⁶ Wikler, Beauchamp. *Lifestyles and Public Health*. En: Post S, ed. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: MacMillan Reference USA, 2004;1406-1409.

⁸⁷ Wikler, Beauchamp. *Lifestyles and Public Health*. In: Post S, ed. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: MacMillan Reference USA, 2004;1406-1409; Blacksher E. Carrots and sticks to promote healthy behaviors: a policy update. *Hastings Cent Rep* 2008;38(3):13-6.

⁸⁸ Castiel LD, Alvarez-Dardet C. La salud persecutoria. *Rev Saude Publica* 2007;41(3):461-6; Gaudenzi P, Schramm FR. A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em saúde pública. *Interface-Comunic, Saúde, Educ* 2009.

⁸⁹ Marmor T, Barer M, Evans R. The determinants of population health: What can be done to improve a democratic nation's health status? In: Marmor T, Barer M, Evans R, eds. *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York: Aldine de Gruyter, 1994;217-230; Crawford R. You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. *Int J Health Serv* 1977;7(4):663-80.

⁹⁰ Crawford R. Healthism and the medicalization of everyday life. *Int J Health Serv* 1980;10(3):365-88.

⁹¹ Almeida N, Castiel L, Ayres J. Riesgo: Concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva* 2009;5(3):323-44; Castiel LD, Alvarez-Dardet C. La salud persecutoria. *Rev Saude Publica* 2007;41(3):461-6; ; Raphael D, Curry-Stevens A, Bryant T. Barriers to addressing the social determinants of health: insights from the Canadian experience. *Health Policy* 2008;88(2-3):222-35; Raphael D. The question of evidence in health promotion. *Health Promotion International* 2000;15(4):355-367.

racionalmente estos comportamientos, sobre la base de un análisis costo-beneficio. Esto implica la yuxtaposición entre el individuo moralmente responsable, por una parte, y el individuo económico y racional, por otra⁹². El resultado es la legitimación de la reducción del rol del Estado en la salud y la negación de la noción de “derecho a la salud”, pues la salud se trataría de un asunto de control de los individuos y por tanto de responsabilidad individual⁹³.

A lo anterior se suma que la exposición a los factores de riesgo conductuales permanece alta en el mundo entero y está aumentando en la mayoría de los países con ingresos bajos y medios⁹⁴. En Chile, la evaluación de los Objetivos Sanitarios 2000-2010 mostró resultados discretos, y varios no cumplidos, en las intervenciones para lograr estilos de vida más saludable⁹⁵. Al respecto, un estudio que consultó a informantes clave respecto del cumplimiento de los Objetivos Sanitarios 2000-2010⁹⁶, encontró que los entrevistados coincidieron en reconocer escasos avances en el cambio en los estilos de vida. Las explicaciones enfatizaron el predominio de un foco individual basado en la educación y manejo de riesgo, en lugar de enfoques más colectivos, estructurales e intersectoriales; también señalaron la persistencia de un discurso desvinculado de los determinantes sociales y de las oportunidades de las personas para introducir cambios en sus estilos de vida. En el mismo sentido, una evaluación del proceso de promoción de la salud en Chile en el período 1998 -2006⁹⁷, recomendó, entre otros, marcar un énfasis en los determinantes sociales y no sobrevalorar la mirada de los estilos de vida saludable. Por último, un estudio cualitativo, sobre preferencias sociales para la definición de las garantías explícitas en salud⁹⁸, encontró que todos los grupos sociales consultados dieron prioridad a la prevención de enfermedades y la intervención en los factores de riesgo. Expresaron limitaciones para actuar al respecto, principalmente referidas a los entornos sociales y culturales, la vida urbana, las condiciones de trabajo, el ambiente, el ingreso, el acceso a los servicios de salud y la posición en la jerarquía social. Todo esto es consistente con la evidencia, que muestra que las intervenciones más costo-efectivas para reducir los factores de riesgo no son las que se dirigen únicamente a los comportamientos individuales, sino las que implican cambios a nivel estructural⁹⁹, o a enfrentar el problema con mayor “responsabilidad social”¹⁰⁰.

En el plano de las intervenciones destinadas a generar cambios en los estilos de vida, investigaciones realizadas en otros países muestran la existencia de una brecha entre la búsqueda de instalar estilos de vida saludable, por una parte, y la vida de las personas y sus experiencias del proceso de salud-enfermedad, por otra. Un estudio cualitativo realizado en mujeres de escasos recursos en Estados Unidos abordó su percepción respecto de la relación entre transiciones recientes en su vida y las decisiones sobre la dieta de ellas y sus familias¹⁰¹. Se encontró que las transiciones y eventos relativos a la estructura de la familia, el estado de

⁹² Almeida N, Castiel L, Ayres J. Riesgo: Concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva* 2009;5(3):323-44.

⁹³ Ferrer-Lues, M. *¿La salud como responsabilidad individual? Análisis crítico del concepto de salud en la racionalidad política de los gobiernos de la Concertación en Chile*. Tesis para optar al Grado de Doctora en Salud Pública. Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende G. 2015.

⁹⁴ WHO. Noncommunicable diseases country profiles 2011. Geneva: World Health Organization, WHO, 2011

⁹⁵ MINSAL. Objetivos Sanitarios de la Década 2000 – 2010. Evaluación del final del período. Santiago: Ministerio de Salud, MINSAL, Departamento de Epidemiología. División de Planificación Sanitaria, 2010.

⁹⁶ MINSAL. Objetivos sanitarios para la década 2000-2010. Visión y nuevos desafíos desde la perspectiva de informantes claves. Documento de Trabajo. Santiago: Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud, MINSAL, 2009.

⁹⁷ Sapag J, Martínez M, Flores T, Poblete F. Evaluación del proceso de promoción de la salud en Chile (1998-2006) y recomendaciones para una nueva etapa. Informe Final. Santiago: Ministerio de Salud de Chile, Sub Secretaría de Salud Pública, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Salud, 2006.

⁹⁸ Frenz P, Agurto I, Valenzuela MV. Estudio de preferencias sociales para la definición de garantías explícitas en salud. En: MINSAL, ed. Desde un sistema de control de enfermedades a un sistema de producción social de salud. Borrador para la discusión. Santiago: Sub Secretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, MINSAL, 2010:31-126.

⁹⁹ NICE. Behavior change at population, community and individual levels. NICE Public Health Guidance 6. London: NICE, 2007; OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, OMS, 2002.

¹⁰⁰ Atalah, E. *“Epidemiología de la obesidad en Chile”*. *Rev. Med. Clin. Condes* 2012, 23 (2) 117-123.

¹⁰¹ Brown N, Smith K, Kromm E. Women's perceptions of the relationship between recent life events, transitions, and diet in midlife: findings from a focus group study. *Women Health* 2012;52(3):234-51.

salud, la maternidad, la situación financiera y el empleo tienen efectos inmediatos en las decisiones y comportamiento alimentarios. En el caso de los hombres, otro estudio cualitativo realizado en el Reino Unido indagó en el rol que adquiere la masculinidad en hombres que tenían comportamientos saludables. Se concluyó que los hombres rechazan tener un interés directo en hablar o pensar sobre la salud, por considerarlo excesivamente femenino. Los argumentos con los que justifican sus comportamientos saludables se centran en la orientación para la acción, objetivos deportivos, preocupaciones por la apariencia y en la autonomía¹⁰². Una tendencia similar se encontró en Chile en el estudio de hábitos de actividad física y deportes. La principal razón para hacer deporte o actividad física mencionada por las mujeres es “mejorar la salud” (27%), mientras que para los hombres es “por entretenimiento” (39%). Los hombres que mencionaron la razón de mejorar la salud representan un 18%¹⁰³. Esto sugiere que los programas de promoción y prevención debieran considerar contenidos diferenciados para hombres y mujeres.

Respecto de las intervenciones de promoción de la salud, otro estudio cualitativo en mujeres usuarias de servicios de atención primaria en Brasil¹⁰⁴ encontró que un concepto positivo de salud, vinculado al placer y a la fuerza de voluntad, ejercen las principales influencias sobre el comportamiento. Se concluye la necesidad de abordajes más amplios sobre el proceso salud-enfermedad, que superen los enfoques tradicionales basados en el comportamiento individual. Otro estudio cualitativo realizado en Finlandia analizó las percepciones de participantes de un programa de promoción de estilos de vida saludable¹⁰⁵. Encontró que los participantes percibían una discrepancia entre la búsqueda de placer y el mejoramiento de la salud. Por ello, se concluye que en lugar de centrarse en el autocontrol de los individuos, las intervenciones debieran centrarse en fortalecer las experiencias placenteras. Más aún, se postula que si no se resuelve el dilema entre el placer y la salud, los cambios en los estilos de vida instalados por estos programas no serían duraderos.

Por último, una investigación cualitativa¹⁰⁶ con mujeres beneficiarias del Programa Vida Sana en la comuna de Pedro Aguirre Cerda encontró que las mujeres que completaron el programa han adquirido la noción de la importancia de modificar su estilo de vida para mejorar su salud y prevenir las ENT. También, manejan los conceptos vinculados a una dieta saludable, principalmente los referidos a la ingesta de agua, establecimiento de horarios y tipo de alimentos que debiera consumirse. Valoran especialmente el apoyo brindado por el equipo del programa, que generaba un aumento en su seguridad y autoestima, y un estímulo a cuidarse y quererse. También valoran las posibilidades de conocer a otras mujeres en su misma situación, lo que se convirtió en una motivación y apoyo para generar cambios, estableciendo redes de apoyo. Casi todas las entrevistadas declararon cambios en la actividad física y en su cuerpo mientras realizaron el programa, manifestados en mayor tonicidad, vitalidad, sensación de bienestar y baja de peso. También indicaron cambios en su alimentación y la de su familia. No obstante, identificaron varias limitaciones para instalar estos cambios en su vida cotidiana. La principal limitación es su bajo nivel de ingresos, que les impide acceder a los alimentos considerados como “saludables” dado su alto costo, y en menor medida hacer ejercicio. Otras limitaciones se sitúan en el plano individual, familiar y social, que se constituyen en obstáculos para tener una alimentación más saludable y en menor medida practicar actividad física. Se encontró también

¹⁰² Sloan C, Gough B, Conner M. Healthy masculinities? How ostensibly healthy men talk about lifestyle, health and gender. *Psychol Health* 2010;25(7):783-80.

¹⁰³ Universidad de Concepción. “Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes en la Población Chilena de 18 y más años. Informe Final”. Concepción, 2012.

¹⁰⁴ Figueira TR, Ferreira e Ferreira E, Schall VT, Modena CM. Women's perceptions and practices regarding prevention and health promotion in primary healthcare. *Rev Saude Publica* 2009;43(6):937-43.

¹⁰⁵ Jallinoja P, Pajari P, Absetz P. Negotiated pleasures in health-seeking lifestyles of participants of a health promoting intervention. *Health (London)* 2010;14(2):115-30.

¹⁰⁶ Se aplicó una entrevista semi estructurada a 31 mujeres en los años 2014 y 2015. De ellas, 15 realizaron el programa en el año 2013 y 16 ingresarían como beneficiarias el 2014. No se entrevistó a hombres, pues el programa no tenía beneficiarios.

que la mayoría de las mujeres entrevistadas señala que los cambios que lograron con el programa no se mantienen, 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 lograrlo¹⁰⁷.

Respecto de las dificultades para mantener los cambios, observado en este grupo de mujeres beneficiarias del programa, una revisión de la evidencia sobre intervenciones en el nivel individual para producir cambios en la actividad física a través del cambio de comportamientos y actitudes, realizada para las guías NICE¹⁰⁸ del Reino Unido, encontró evidencia que sustenta un cambio moderado en el corto plazo en la actividad física en personas adultas. Sin embargo, también encontró evidencia de que esos cambios no se mantenían en el tiempo (en un período de tres meses o más después de terminar la intervención). En el caso de la instalación de hábitos de dieta saludable, se encontró evidencia de un efecto positivo de la conserjería nutricional entregada en la atención primaria de salud. El documento no menciona evidencia sobre la sustentabilidad de dichos cambios¹⁰⁹.

Por último, el Panel considera que el programa aborda un problema de salud de mayor importancia en la población chilena y en el mundo, tal como se ha explicado en esta justificación. No obstante, es necesario señalar que la justificación presentada en este informe ha sido elaborada por el panel. El programa contaba con una justificación presentada en el documento de orientaciones y lineamientos del Programa Vida Sana 2015, adecuadamente desarrollada, pero de menor profundidad y extensión que la justificación desarrollada en esta evaluación. También contaba con documentos de lineamientos para los años 2012 a 2014 y manual operativo 2015. El panel evalúa positivamente que el programa cuente con estos documentos. Sin embargo, el panel ha solicitado al programa definiciones de diversos conceptos mencionados en sus documentos. En este proceso, el programa ha mostrado limitada rigurosidad en la utilización de referencias bibliográficas en las que apoya dichas definiciones. Fue necesario solicitar varias veces las referencias precisas, problema que persistió hasta el término de la evaluación. El panel evalúa que esta falta de rigurosidad afecta negativamente la sustentación teórica de los conceptos y enfoques del programa, debilitando la fundamentación técnica de su estrategia.

1.5 El Programa Vida Sana: definición del problema y estrategia

Según la Información entregada por el programa para esta evaluación¹¹⁰, sus antecedentes se remontan al “programa de tratamiento de la obesidad: alimentación saludable y actividad física (en adultos, niños y adolescentes) y obesidad mórbida” (PASAF) creado por el Ministerio de Salud en el año 2004. Posteriormente, y sobre la base de los resultados de la evaluación de un programa piloto de intervención en adultos con sobrepeso u obesidad, en riesgo de diabetes realizado en 2008¹¹¹, en el año 2010 se creó el programa “Vida Sana, Prevención de Enfermedades No Transmisibles”. En el año 2015 se definió como una medida de Gobierno, que vino a fortalecer la intervención en factores de riesgo de las ENT. La estrategia del programa consiste en una intervención focalizada que corresponde a lo que se conoce como prevención primaria, dirigida a individuos que han desarrollado factores de riesgo de ENT. Se busca

¹⁰⁷ 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.

¹⁰⁸ National Institute for Health and Care Excellence.

¹⁰⁹ 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.

¹¹⁰ Ficha de Antecedentes del programa-Preparación del Marco Lógico. Enero 2016.

¹¹¹ Carrasco, F. et. al. “Evaluación de un programa piloto de intervención en adultos con sobrepeso u obesidad, en riesgo de diabetes”. Rev Méd Chile 2008; 136: 13-21.

contribuir a disminuir en particular la prevalencia diabetes mellitus tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares, mediante una intervención que modifique tres de los factores de riesgo de estas enfermedades: dieta inadecuada, deficiente condición física y sobrepeso/obesidad.

El panel considera que la opción del programa de intervenir en la dieta y en la actividad física es adecuada y consistente con la evidencia disponible que los identifica como los principales factores de riesgo modificables de ENT. También se considera que el énfasis en las enfermedades cardiovasculares y la diabetes es pertinente. Las primeras son la principal causa de muerte y la tercera responsable de la carga de enfermedad de la población chilena. La diabetes es una de las principales ENT, presenta un aumento sostenido en el país y tiene graves consecuencias para la salud. Además, es un factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares.

A juicio del panel, la intervención del Estado en la prevención de ENT (cardiovasculares y diabetes) se justifica por los costos y gastos futuros que implican tanto para el país, como para las familias y los individuos, dada su alta prevalencia y consecuencias de mortalidad y morbilidad, ya descritos. Tiene un fundamento de equidad pues la morbilidad y mortalidad asociada a ENT, como sus factores de riesgo, no se distribuyen de manera homogénea en la población, sino que son los sectores de menores ingresos quienes presentan las mayores prevalencias y reciben por tanto los mayores impactos.

Según consigna el programa¹¹², sus ejes transversales son intersectorialidad, promoción de la salud, fomento de la participación social, trabajo comunitario de salud y trabajo en equipo de salud. Las características de los ejes de intersectorialidad, promoción de la salud y fomento de la participación social han sido definidas por el programa para esta evaluación, utilizando distintas fuentes, en respuesta a observaciones críticas del panel a las definiciones presentadas en el documento de Orientaciones y lineamientos del Programa Vida Sana 2015. Las características de los ejes trabajo comunitario de salud y trabajo en equipo de salud, corresponden a las descritas en dicho documento. Las características de cada eje son las siguientes:

- **Intersectorialidad:** entendida como; *“la convergencia de esfuerzos de diferentes sectores gubernamentales y no gubernamentales para producir políticas integrales e integradas que ofrezcan respuestas a las necesidades generales”*¹¹³ Considerando las etapas del ciclo vital y de la cultura, las personas permanecen e interactúan entre sí en entornos específicos; el programa sugiere para su implementación realizar alianzas entre los diferentes sectores públicos que se ocupan de salud, planificación comunitaria, educación, transporte, cultura, recreación, deporte, servicios sociales y también con el sector privado. Ello contribuiría instalar la estrategia con un enfoque en la prevención y tratamiento de los factores de riesgo de enfermedades no trasmisibles en espacios cercanos a la comunidad, contribuyendo a no depender de la llegada de ellos (de la población¹¹⁴) a los CESFAM¹¹⁵. En conjunto la intersectorialidad, permitirá utilizar espacios, aprovechar población que asiste sistemáticamente a un recinto, potenciar a diversas personas que puedan cumplir con un rol de apoyo y fortalecimiento en los cambios de hábitos de su entorno.
- **Promoción de la salud:** entendida como *“Contribuir al desarrollo de políticas públicas de nivel nacional, regional y comunal que construyan oportunidades para que las personas, familias y comunidades accedan a entornos y estilos de vida saludables”*¹¹⁶. Se aconseja el autocuidado como estrategia para que los usuarios puedan mantener su estado de salud,

¹¹² MINSAL. “Orientaciones y Lineamientos. programa Vida Sana. 2015”. MINSAL, 2015. (pág. 13-14).

¹¹³ Fernandez, Juan Carlos Aneiros y Mendez, Rosilda(2003) – El programa no entregó la referencia bibliográfica completa.ni la página de donde toma esta definición.

¹¹⁴ Aclaración agregada por el panel.

¹¹⁵ Centros de Salud Familiar.

¹¹⁶ Orientaciones para planes comunales de promoción de la salud, MINSAL 2014. El programa no entregó la página de donde toma esta definición. La referencia correcta de este documento es “Orientaciones para planes comunales de promoción de salud 2014”, MINSAL 2013. La definición textual está en la página 7.

prevenir o atenuar el impacto negativo de las enfermedades. Por lo cual el programa en su estrategia potencia en sus participantes conocimientos y aporta herramientas para la modificación de hábitos saludables.

- **Fomento de la participación social:** entendida como *“una estrategia básica para la consolidación del sistema democrático, la construcción de ciudadanía y el capital social, el logro del bienestar y la inclusión e integración social, mediante el ejercicio de los derechos de las personas y comunidades y la incorporación de la opinión de las y los usuarios y comunidades en la Gestión de Salud. Permite contribuir a generar una relación de colaboración y respeto mutuo entre el estado y la ciudadanía. Asimismo, favorece el fortalecimiento de la sociedad civil y permite una mayor legitimidad y sustento ético de las políticas públicas”*.¹¹⁷

El programa busca colaborar con los ciudadanos y ciudadanas, en el ejercicio de poder contribuir a modificar algunos de los determinantes sociales, que condicionan su nivel de salud o de bienestar. Esto puede darse a nivel individual, familiar, grupal y comunitario, para que se conviertan en protagonistas de los procesos de cambio en su entorno directo.

- **Trabajo comunitario en salud:** el programa define tener un enfoque y accionar preferentemente comunitario, revalorizando la acción de salud planificada y realizada con la comunidad, superando las prácticas efectuadas en salud *“basadas en el espontaneísmo y la instrumentalización de la participación comunitaria”* (sic)¹¹⁸. El equipo deberá conocer su localidad y dinámica comunitaria y lograr posicionarse desde la dimensión ética del trabajo comunitario, donde el accionar del equipo de salud promueve la participación, el fortalecimiento de las capacidades existentes en cada comunidad y/o el empoderamiento de su población en el ejercicio de sus derechos.
- **Trabajo en equipo en salud:** el accionar del programa promoverá la difusión e inserción de sus contenidos y metodología, dentro del quehacer del equipo del sector en el centro de salud. Esto promoverá la atención continua de los usuarios inscritos permitiendo una atención integral. En conjunto, se proyecta que motive e incorpore la colaboración del resto del equipo de salud en las sesiones del taller y promueva en forma coordinada el reforzamiento de las sugerencias y premisas que el resto del equipo de salud indica a los usuarios.

El panel considera que los ejes transversales definidos por el programa están en línea con los objetivos del mismo y que es relevante que estén explícitos, ya que afectan el cumplimiento de las metas que se establecen. Sin embargo, al no estar operacionalizados, ni al hacerse seguimiento sobre cómo se llevan a cabo, su ejecución queda a la interpretación del equipo local, siendo sólo una orientación del nivel central¹¹⁹. Por lo tanto, el programa no tiene conocimiento respecto de si estas orientaciones se implementan o se ponen en práctica, y cómo se hace. Esto es muy relevante, pues los ejes transversales tienen sentido a nivel de la ejecución del programa en los territorios. No obstante, según información entregada por el programa para esta evaluación, desde este año 2016 el programa ha comenzado a solicitar a cada comuna un plan anual que entre otros aspectos considera describir las estrategias utilizadas en estos ejes, lo cual será revisado por encargados de los Servicios de Salud según una pauta MINSAL. Esto le permitirá tener conocimiento sobre la implementación local de cada uno de los ejes transversales del programa. El panel considera que esta medida es adecuada, si bien no ha tenido acceso a las orientaciones para la definición de los planes ni a la pauta que será aplicada.

Respecto del eje de intersectorialidad, el panel considera que la definición elaborada por el programa se orienta a una visión de intersectorialidad entendida como la acción conjunta de distintos sectores públicos y privados del ámbito nacional, en pos de la intervención del programa.

¹¹⁷ Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, MINSAL 2014. El programa no entregó la página en la que se encuentra esta definición textual.

¹¹⁸ MINSAL. *“Orientaciones y Lineamientos. programa Vida Sana. 2015”*. MINSAL, 2015. (pág. 14).

¹¹⁹ El documento *“Orientaciones y Lineamientos. programa Vida Sana. Manual del Profesional”* incluye la misma definición de los ejes transversales (pág. 27), sin una explicación de cómo se operacionalizan en el nivel local, ni sobre cómo deben ser monitoreados.

No obstante, nota la ausencia del eje de intersectorialidad como mecanismo para contribuir a la sostenibilidad de los cambios en la población beneficiaria, una vez terminada la intervención. También, considera que la noción de “*aprovechar* población que asiste sistemáticamente a los servicios” lleva a un cuestionamiento ético respecto de la consideración de la población como medio y no como fin en sí mismo. Expresiones como “motivar”, “sensibilizar” o “invitar” a la población que asiste sistemáticamente a los servicios resultan más respetuosas de los posibles beneficiarios y de su autonomía.. De la misma manera, el panel estima que la afirmación de “potenciar a diversas personas que puedan cumplir con un rol de apoyo y fortalecimiento en los cambios de hábitos de su entorno” es ambigua y requiere mayor precisión respecto de la identificación, pertenencia institucional o rol de esas “*diversas personas*”.

En cuanto al eje “promoción de la salud”, el panel considera que la definición entregada no corresponde a una definición de la promoción de la salud, sino de la orientación que ésta debe tener, es decir, de su propósito¹²⁰. En este sentido, el panel considera adecuado que el programa adopte la orientación de generar oportunidades para que las personas accedan a entornos y estilos de vida más saludables. No obstante, considera que la orientación hacia el autocuidado y la entrega de información y herramientas permanece en el nivel individual de “estilo de vida”, sin establecer una conexión con los “entornos saludables”, es decir, los lugares en los cuales viven, trabajan y/o estudian las personas, señalados en la definición adoptada por el programa.

En lo relativo al eje “fomento de la participación social” el panel considera adecuado que el programa señale que busca colaborar con los ciudadanos y ciudadanas para poder contribuir a modificar algunos de los determinantes sociales de la salud. No obstante, no se diferencia entre los determinantes estructurales (como ingreso o educación) e intermedios (como condiciones de vida, de trabajo o barreras para adoptar estilos de vida saludables)¹²¹, lo que permitiría especificar con claridad el ámbito de acción del programa en el cual es pertinente el estímulo a la participación social.

Respecto de la definición de la población potencial, como se detalla en el capítulo I de esta evaluación, el programa define a su población potencial como aquellos usuarios inscritos en los Centros de Salud de Atención Primaria validados por FONASA, que presenten prevalencia de mal nutrición por exceso. El panel considera que la definición de población potencial es adecuada, porque corresponde a la población que presenta el problema, definido como malnutrición por exceso.

En relación a la población objetivo, el programa la define como un subconjunto de la población potencial, en tanto consiste en aquella inscrita en los Centros de Salud de Atención Primaria, validada por FONASA y que además tenga controles de salud (2 a 14 años) o EMPA (15 a 64 años), que presente mal nutrición por exceso. Se excluye a las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 e Hipertensión Arterial por cuanto son beneficiarios de los programas específicos que el MINSAL tiene para ellos. Sin embargo, no se menciona si es también un criterio de exclusión el diagnóstico de Obesidad Mórbida y si por el contrario, estas personas son beneficiarios del Programa Vida Sana. Se considera que es una decisión técnica que debe ser explicitada. Al respecto, el programa ha informado que desde el año 2017 explicitará que la obesidad mórbida no es criterio de exclusión, por lo que un obeso mórbido podrá ser beneficiario siempre y cuando cuente con la autorización de un médico.

¹²⁰ El documento “Orientaciones para planes comunales de promoción de salud 2014”, MINSAL 2013 del cual se toma esta definición, define explícitamente que esto corresponde a su propósito.

¹²¹ Véase el Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud propuesto por la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS en Vega, J. y O. Solar. “Introducción: Equidad y determinantes sociales de la salud”. En Jadue L, Marín F. Determinantes sociales de la salud en Chile en la perspectiva de la equidad. Santiago: Iniciativa Chilena de Equidad en Salud, 2005 (páginas 9-18).

El panel estima que la definición de población objetivo 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, el panel considera que, tal como ha sido señalado en el capítulo I de este documento, la población objetivo no está bien cuantificada, pues no se cuenta con la cuantificación de los grupos etarios con los que trabaja el programa para los años 2012, 2013 y 2014 analizados en esta evaluación, y parcialmente para el año 2015. Esto significa que no ha sido posible medir la cobertura del programa respecto de la población objetivo, en todos los grupos etarios y en todos los años. No obstante, la población objetivo será cuantificable a partir del año 2016 con iguales tramos etarios a los que atiende el programa, lo que se considera positivo ya que ello permitirá contar con mediciones de cobertura desagregadas por grupos de edad. El panel considera que la diferenciación de cobertura por grupo etario es relevante para la revisión y definición de políticas de expansión futura del programa y para orientar las definiciones de focalización del programa.

La población objetivo del Programa Vida Sana excluye a quienes presenten Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensión Arterial (HTA), en tanto son beneficiarios de los programas respectivos del Ministerio de Salud. Esta exclusión se considera adecuada ya que las citadas enfermedades requieren de esquemas terapéuticos específicos, los que son entregados por profesionales especialistas, terapias que están fuera del ámbito técnico del Programa Vida Sana. El programa no tiene establecido un protocolo para aplicar en los casos en que los beneficiarios presenten Diabetes Mellitus o Hipertensión Arterial durante su permanencia en el programa, situación que es causal de egreso y estas personas deberían pasar a formar parte de los citados programas específicos del MINSAL. Aún cuando se trata de un vacío en las definiciones técnicas del programa, Vida Sana es un programa de reforzamiento de la red asistencial por lo cual si el usuario presenta alguna sospecha de alguna patología que origine su exclusión del programa, debe ser derivada a la red para su pesquisa y entregar el tratamiento correspondiente, si se requiere.

Finalmente, una cuestión muy relevante para entender el ámbito de acción posible del programa y la importancia de su relación con otros programas, es reconocer que la prevención de las ENT comprende un ámbito que excede el sector salud. Por ello, la prevención de ENT 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 pues *“muchos de los factores que configuran la epidemia de las ENT se encuentran fuera del alcance de las políticas del sector de la salud”*¹²². Por ello, el panel considera que la coordinación con los programas mencionados que comparten su propósito, y con el Sistema Elige Vivir Sano en Comunidad, ha sido insuficiente para potenciar su intervención y hacerla sustentable en el tiempo. En consecuencia se considera indispensable fortalecer esta coordinación, en especial enfatizando el trabajo conjunto con el Sistema Elige Vivir Sano en Comunidad, que cumple un rol articulador de distintos programas sectoriales que pueden contribuir a instalar estilos de vida más saludables en la población, disminuyendo por tanto los factores de riesgo de ENT.

Como se señaló, existe consenso¹²³, en que la disminución de los factores de riesgo y prevención de ENT debe realizarse mediante un conjunto diferenciado de intervenciones, situadas tanto en el nivel poblacional (promoción de la salud), como a nivel individual (intervención en sujetos de alto riesgo)¹²⁴. Según información proporcionada por el programa para esta evaluación, Vida Sana es el único programa de la Subsecretaría de Redes Asistenciales enfocado directamente a contribuir a disminuir los factores de riesgo de ENT. El programa señala además que otros programas, como el “programa del adolescente, el programa infantil y el programa del adulto” (sic)

¹²² OPS/OMS. *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas*. 53° Consejo Directivo. 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014 (página 2).

¹²³ Ficha de Antecedentes del programa. Información Complementaria.

¹²⁴ World Health Organization. *Preventing chronic diseases: a vital investment: Who global report*. Geneva, 2005

contribuyen con sus distintas estrategias a la pesquisa de usuarios para ser intervenidos por Vida Sana. Por su parte, en otro documento presentado por el programa ante el Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO) para su evaluación ex ante¹²⁵ se afirma que Vida Sana tiene relación con los siguientes programas:

- Programa de Promoción de Salud: se complementa con Vida Sana ya que genera redes a nivel local, tanto en el sector salud como en el intersector, complementando la oferta del programa y reforzando el cambio de hábitos en sus beneficiarios.
- Programa de Ciclo Vital: se complementa con los programas infantil, adolescente y adulto, ya que contemplan acciones preventivas de detección de factores de riesgo.
- Ministerio del Deporte: se afirma que Vida Sana buscará una complementariedad con el programa Deporte Recreativo. Esto consiste en buscar a nivel local la posibilidad de realizar una derivación de estos usuarios, para poder dar continuidad a la práctica de actividad física y el desarrollo continuo del deporte recreativo.

A juicio del panel, Vida Sana tiene la posibilidad de complementarse con el programa de promoción de salud y programa del ciclo vital, por las razones señaladas por el programa. No obstante, el panel no ha podido apreciar la forma en que se da esta complementariedad, con excepción de la pesquisa de usuarios en los programas del ciclo vital. En el caso del Ministerio del Deporte, estima que existe posibilidad de complementariedad. Por ello, la búsqueda de dicha complementariedad, señalada por el programa, se evalúa como adecuado. No obstante, el panel no constató documentos elaborados por el programa en los que informe de avances en esta materia.

El panel considera que el programa se complementa, además, con otras intervenciones de promoción de salud, como la Ley de Etiquetados de los Alimentos y la Ley de Tabaco, que contribuyen a su fin y propósito. Cabe destacar otra intervención directamente vinculada con el enfoque de Vida Sana, como es el Sistema Elige Vivir Sano del MIDESO, que 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 saludables¹²⁶. Las actividades del Sistema Elige Vivir Sano se realizan a nivel local, incluyendo los establecimientos educacionales, y comprenden iniciativas como plazas y ferias saludables, difusión de estilos de vida saludables, entre otras, que tienen el potencial de reforzar el cambio de hábitos buscado en los beneficiarios de Vida Sana y apoyar la sostenibilidad de los cambios.

Respecto del enfoque conceptual definido por el programa, centrado en el cambio individual, el panel comparte las críticas discutidas en la literatura y ya señaladas, que pueden sintetizarse en un énfasis en la responsabilidad del individuo para generar y mantener los cambios. Cabe destacar que el actual gobierno de la Presidenta Bachelet ha cambiado los énfasis originales del Sistema Elige Vivir Sano que se orientaban a la responsabilidad individual, estableciendo que *“Mediante la creación de este sistema Elige Vivir Sano, el Estado asume la responsabilidad colectiva de garantizar calidad de vida, equidad y protección, y se reconoce la salud como un derecho humano que pone su centro en la concepción de salud colectiva”*¹²⁷. Esto da cuenta de un giro hacia un enfoque que pone la responsabilidad del Estado por sobre la del individuo, lo cual se manifiesta también en que se cambió su denominación por Elige vivir sano *“en comunidad”*. También se expresa en la estrategia de municipios, comunas y comunidades

¹²⁵ Formulario de presentación de programas sociales reformulados para la evaluación ex ante 2014.

¹²⁶ Página web del Sistema Elige Vivir Sano <http://eligevivirsano.gob.cl/que-es/> (visitado el 13 de marzo de 2016).

¹²⁷ Página web del Sistema Elige Vivir Sano <http://eligevivirsano.gob.cl/que-es/> (visitado el 13 de marzo de 2016).

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 a nivel de gobierno de las limitaciones del enfoque, materia que también podría ser abordado por el Programa Vida Sana. Al respecto cabe señalar que el programa declara tener un enfoque comunitario, adoptando la definición del Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, elaborado por el MINSAL para todos los programas. Sin embargo, a juicio del panel esta definición es una orientación general cuya apreciación debe observarse en la forma en que cada programa lo implementa. En el caso de Vida Sana, no queda clara la aplicación de esta definición, especialmente la aplicación del enfoque comunitario en las intervenciones del componente 1.

Como se señaló, existe cierta evidencia sobre limitaciones para el cambio de estilo de vida en mujeres que han participado del programa y que los cambios logrados tienden a no permanecer en el tiempo¹²⁸. Al respecto, es importante señalar que en el documento presentado ante MIDESO, el programa señala que en los momentos de redacción de dicho documento se encontraban *“realizando mesas de trabajo junto al IND para poder entregar a las redes locales las orientaciones necesarias para darle continuidad en la actividad físicas de los usuarios del programa vida sana”*. A juicio del panel, esta medida es adecuada y da cuenta de la preocupación del programa por mantener los cambios en sus beneficiarios egresados, de lo cual se deduce que se ha detectado dicha necesidad. No obstante, el panel no constató avances en dichas mesas de trabajo.

Finalmente, una cuestión muy relevante para entender el ámbito de acción posible del programa y la importancia de su relación con otros programas, es reconocer que la prevención de las ENT comprende un ámbito que excede el sector salud. Por ello, la prevención de ENT 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 pues *“muchos de los factores que configuran la epidemia de las ENT se encuentran fuera del alcance de las políticas del sector de la salud”*¹²⁹. Por ello, el panel considera que la coordinación con los programas mencionados que comparten su propósito, y con el Sistema Elige Vivir Sano en Comunidad, ha sido insuficiente para potenciar su intervención y hacerla sustentable en el tiempo.

Respecto de los cambios en la estrategia, según informa el programa¹³⁰, se han introducido en los años 2014 y 2015 los siguientes:

Año 2014:

- a) aumento del rango de atención para la población adulta, pasando de 45 a 54¹³¹ años como límite superior de ingreso.
- b) ampliación del criterio de inclusión, pudiendo incorporar usuarios con perímetro de cintura aumentado, perfil lipídico aumentado y glicemias alteradas, y no sólo con obesidad, como era hasta ese momento.

Año 2015:

- a) Aumento en las edades de cobertura, pasando de 2 a 64 años¹³² (en el año 2014 era de 6 a 54 años).

¹²⁸ 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.

¹²⁹ OPS/OMS. *“Plan de acción sobre la salud en todas las políticas”*. 53^o Consejo Directivo. 66^a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014 (página 2).

¹³⁰ Ficha de Antecedentes del programa. Información Complementaria.

¹³¹ El documento señala que el límite máximo es 55 años, en circunstancias que es de 54 años.

¹³² El documento menciona 6 años, sin embargo el grupo etario se amplió desde los 2 hasta los 6 años.

b) Cambio en los criterios de inclusión, ya que se focaliza en los factores de riesgo de desarrollar hipertensión arterial y diabetes mellitus. A juicio del panel esto no es un cambio en los criterios de inclusión sino una definición distinta del objetivo general, pues el definido en 2014, no especificaba que se refería a población en riesgo de diabetes e hipertensión.

c) Cambio en el modelo de intervención, transformando al programa en una intervención continua disponible a los usuarios durante los 12 meses del año, en horarios acordes a las necesidades de estos. Se amplía de 4 a 12 meses la duración de la actividad física, así como también se incorporan las evaluaciones por profesional de la actividad física en los meses 1º, 6º y 12º, éstas últimas para aquellos dados de alta. Se agrega la realización de exámenes de laboratorio en los meses 1º y 6º, este último en caso de resultados alterados del primer examen. Las actividades grupales se definen en 5 Círculos de Vida Sana¹³³ en los primeros 5 meses y 12 horas de actividad física mensual por los 12 meses de intervención del programa, sumando 144 horas en total por beneficiario. Hasta el año 2014 las sesiones de actividad física y las consultas de nutricionista y psicólogo terminaban en el cuarto mes. Entre los años 2012 a 2014 el programa realizaba una fase intensiva de 4 meses, en donde se concentraban las atenciones individuales (1 consulta médica en el control de ingreso, 2 consultas nutricionales y 2 psicológicas), las intervenciones grupales (5 talleres con nutricionista y 5 talleres con psicólogo) y las sesiones de actividad física.

d) Modificación en los periodos de controles de seguimiento en el 3º, 6º, 9º y 12º mes de intervención por los distintos profesionales, con un enfoque interdisciplinario. (Ver Recuadro N°1, pág. 6).

A juicio del panel, las razones entregadas por el programa para realizar estas modificaciones se fundamentan en información general sobre las ENT en el mundo y en Chile. No se señala la existencia de una evaluación de los resultados del programa, que indicara la necesidad de cambiar los criterios de inclusión o la metodología de intervención. Respecto de que la extensión entrega la posibilidad de ofrecer horarios acordes a las necesidades de los usuarios¹³⁴, el panel no ha constatado que esta posibilidad exista efectivamente¹³⁵. Al respecto, el programa ha señalado que no cuenta con información sistematizada sobre los horarios de las actividades que se realizan en cada comuna. A juicio del panel esto resulta inadecuado, puesto que el programa no puede evaluar si la intervención está efectivamente disponible para los usuarios en horarios en que les sea factible asistir, efectivamente se está realizando.

No obstante la ausencia de un análisis realizado por el programa que justifique los cambios en la estrategia, 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 adultez, y la alta prevalencia de obesidad en escolares chilenos de prekinder y kínder. Además, la experiencia internacional de programas contra la obesidad muestra que el esfuerzo prolongado de un equipo multi-profesional tiene un alto costo y logra pobres resultados en el mediano y largo plazo. Por ello, existe consenso en que la promoción de dietas y estilos de vida más saludables debiera iniciarse tempranamente, para formar hábitos que perduren a lo largo de la vida¹³⁶.

En lo relativo a los cambios realizados en la estrategia de intervención, se considera insuficiente que la evaluación realizada por el profesional de la actividad física al mes 12º se ejecute sólo para aquellos beneficiarios que son dados de alta, ya que el hecho de no medir el logro de los

¹³³ También denominados Talleres dupla nutricionista y psicólogo.

¹³⁴ Ficha de Antecedentes del programa. Información Complementaria.

¹³⁵ En la visita a terreno realizada por el panel a la Corporación Municipal de Lo Prado con fecha 3 de marzo de 2016 se informó al panel que las clases se realizaban en horario fijo de 9:30 hrs., tres veces a la semana. Por lo tanto, en esta comuna no se constató la existencia de esta posibilidad.

¹³⁶ Atalah, E. "Epidemiología de la obesidad en Chile". Rev. Med. Clin. Condes 2012, 23 (2) 117-123.

objetivos para todos los beneficiarios al final de la intervención del programa, no permite conocer el grado de cumplimiento de estos objetivos. Asimismo, la repetición de los exámenes de laboratorio en el 6° mes de la intervención sólo en caso que en la primera medición los resultados estén alterados, se considera que también es insuficiente, ya que el beneficiario podría deteriorar su condición metabólica durante la intervención del programa, situación que el programa no podría pesquisar. Esto significa que, hasta el año 2015, el programa no midió los resultados obtenidos, en términos de los objetivos específicos que se fija para cada beneficiario, al final de la intervención (mes 12°), lo que se considera una falencia importante en la gestión. El programa ha señalado que esa situación se corregirá a partir de 2016, lo que el panel evalúa favorablemente.

Respecto de la extensión del programa a 12 meses, la justificación basada en que se trata de un modelo de intervención a través de prevención y promoción de las ENT es confusa. Primero, se trata de un programa de prevención, pues se focaliza en individuos con factores de riesgo y no en la población general. Segundo, puede considerarse que la intervención en las escuelas tiene un componente de promoción, pues se extiende a la totalidad de los estudiantes de los cursos intervenidos y por esa vía impacta también en las familias y la comunidad escolar en su conjunto. También puede considerarse que las actividades físicas tienen una dimensión de promoción, ya que pueden asistir usuarias que no son beneficiarias directas de la intervención completa del programa. Sin embargo, estas características estaban presentes en el diseño anterior de la intervención, con cuatro meses intensivos, que también contemplaba sesiones de actividad física abiertas a la comunidad. Todo esto indica que el programa no cuenta con una justificación que fundamente los cambios correspondientes en la modalidad de intervención, sobre la base de un análisis sistemático de los resultados de la intervención alcanzados hasta el momento en que se decidió dicho cambio. Dado que el panel no contó con información confiable que permitiera medir los resultados obtenidos en las distintas modalidades en que se ha sido entregado el programa, y compararlos entre sí, el panel no puede pronunciarse respecto de la pertinencia de dichos cambios.

DESEMPEÑO DEL PROGRAMA

2. EFICACIA Y CALIDAD

2.1 Eficacia a nivel de resultados intermedios y finales (evaluación del cumplimiento de objetivos de propósito y fin).

Respecto de la eficacia del cumplimiento de objetivos a nivel de propósito y fin, el panel no puede pronunciarse debido a que no se cuenta con información que permita medir el dicho cumplimiento. En efecto, el panel ha analizado la plataforma web y el REM¹³⁷ con el fin de calcular estos indicadores, entre los cuales los más relevantes se refieren a resultados intermedios y finales como por ejemplo: porcentaje de beneficiarios de 2 a 5 años que mejoraron su diagnóstico nutricional integrado o ZScore de Peso/Talla al 6° y 12° mes de intervención; porcentaje de beneficiarios de 6 a 19 años que mejoran su ZScore de IMC a los 6 y 12 meses de la intervención, porcentaje de beneficiarios de 20 a 64 años que baja su peso inicial en un 5% al 6° y 12° mes de intervención, porcentaje de adolescentes post parto que vuelven a su peso pre gestacional al 6° y 12° mes de la intervención, porcentaje de beneficiarios que mejoran su condición física al 6° y 12° mes de intervención, entre otros indicadores que se presentan en la Matriz de Marco Lógico en Anexo 2.a.

Sin embargo, el panel no puede validar los datos analizados por el panel por las siguientes razones: el programa ha señalado que los datos para 2012-2013 no son confiables; respecto de

¹³⁷ Registro Estadístico Mensual. Ver Anexo 1.

la posibilidad de calcular indicadores para el año 2014, el panel ha analizado las planillas Excel de ese año, que alimentan la plataforma web, mediante este análisis ha encontrado diversas inconsistencias en el registro de los datos, lo que impide validar indicadores calculados con esa información; y para el año 2015 no se contó con datos durante el periodo de esta evaluación. Una descripción detallada del análisis de la calidad de la información se presenta en el Anexo 1.

2.2 Eficacia a nivel de Componentes (producción de bienes o servicios)

Producción de componentes

La producción del Programa Vida Sana se expresa en atenciones a beneficiarios en sus dos componentes. El componente 1 considera atenciones individuales: consultas médicas, consultas y controles nutricionales, consultas psicológicas, evaluaciones realizadas por profesionales de actividad física y exámenes de laboratorio. Por su parte, las actividades del componente 2 son de carácter grupal: sesiones de actividad física y talleres realizados por la dupla nutricionista – psicólogo. Ambos componentes se desarrollan en paralelo durante los 12 meses de intervención del programa y los usuarios que ingresan tienen acceso a todas las prestaciones de ambos componentes. Las atenciones de ambos componentes forman parte de la estrategia definida por el programa, enfoque que se evalúa adecuado porque son actividades complementarias entre sí, que contribuyen al logro de los objetivos del programa.

En el cuadro siguiente se presenta la cuantificación de las atenciones recibidas por los beneficiarios, para el año 2015. El programa ha señalado que no cuenta con la cuantificación de las atenciones a beneficiarios para los años 2012 a 2014, por lo que no es posible analizar las variaciones que presenta la producción en el período analizado¹³⁸. Esta falta de información se evalúa que es una debilidad del programa.

Cuadro 23: Número de Atenciones a Beneficiarios, año 2015

Atenciones		Total de Atenciones	Distribución porcentual
Componente 1: Atenciones individuales	N° Consultas médicas	41.742	8,4
	N° Consultas psicólogo	61.174	12,3
	N° Consultas y control nutricionista	163.641	32,8
	N° Evaluaciones Profes. Actividad Física	61.914	12,4
	N° de exámenes de laboratorio realizados (agrupado glicemia y perfil lipídico)	37.359	7,5
	Total actividades componente 1	365.830	73,4
Componente 2: Atenciones grupales	N° Sesiones de Act. Física y Ejercicio Físico	126.667	25,4
	N° Círculos de Vida Sana	6.045	1,2
	Total actividades componente 2	132.712	26,6
Total atenciones programa		498.542	100,0

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

¹³⁸ Los datos presentados en el cuadro fueron extraídos del REM para el programa Vida Sana. Para los años 2012, 2013 y 2014 no se contaba con esta plataforma para las actividades propias del programa. Las bases de datos del programa para los años 2012 y 2013, de los cuales se podrían extraer estos datos, no son confiables según el programa; en la base de datos del año 2014 existe la variable de número de consultas individuales (médico, psicólogo, nutricionista) y de las grupales (taller psicólogo y taller nutricionista), sin embargo esta base no fue validada por el panel. De esta forma, no es posible obtener estos datos para esos años.

Como se puede apreciar, en el año 2015 el programa entregó cerca de 500.000 atenciones a sus beneficiarios, de las cuales el 73,4% corresponden al componente 1 y el 26,6% restante a actividades grupales desarrolladas en el componente 2. Del total, las entregadas por nutricionistas en controles y consultas son mayoritarias (32,8%), seguidas de las sesiones de actividad física y ejercicio físico que concentran el 25,4% del total.

Con el objeto de facilitar el análisis de la producción del programa, se ha calculado una tasa de atenciones por beneficiario, la que se presenta en el cuadro 24. Esta muestra los promedios nacionales para el año 2015 y refleja el número promedio de atenciones, por tipo, que recibió cada beneficiario en el citado año. El análisis se realiza solamente para las atenciones entregadas por el componente 1 y no se presentan los datos para el componente 2 debido a que, por tratarse de actividades grupales con un número variable de participantes en cada una de ellas, no es pertinente hacer un cálculo per cápita. Por otro lado, para el componente 2, de acuerdo a información entregada verbalmente por el programa, existe un número indefinido de usuarios externos que participan de las actividades, sin ser beneficiarios directos del programa. A juicio del panel, es inconveniente que estos “beneficiarios indirectos” no estén cuantificados ya que ello permitiría determinar de manera más precisa el número de personas que reciben los servicios del programa, así como también, definir expresamente en la estrategia, cómo se incluyen y consideran éstos dentro de las estadísticas y del accionar del programa.

Se debe tener presente que los datos presentados en el cuadro 24 son promedios anuales y como tales, absorben las diferencias que pudieran presentarse por el hecho que el ingreso al programa puede ser en cualquier mes del año, hasta completar los cupos disponibles. El resultado de 0.77 atenciones médicas por beneficiario señala que no todos ellos recibieron esa prestación, la que de acuerdo a la norma establecida por el programa, es el requisito de ingreso al mismo. Con respecto a las atenciones psicológicas, las cifras indican que el promedio es de 1,12 por beneficiario en el año, en circunstancias que la estrategia ha programado la entrega de 2 atenciones. Las consultas y controles de nutricionista muestran una tasa de 3, en tanto las programadas son 5 por beneficiario. Por su parte, las evaluaciones por profesional de la actividad física entregadas a los beneficiarios en 2015 señalan un promedio de 1,14 en comparación con las 3 actividades programadas. Finalmente, los exámenes de laboratorio practicados a los beneficiarios muestran un promedio de 0.69 en el año. Con respecto a los exámenes, se debe tener presente que la norma establece que solo se realiza el segundo a aquellos beneficiarios cuyo primer examen haya presentado resultados alterados, por lo que no es pertinente comparar el promedio obtenido con la norma. Todo lo anterior resulta en un total de 6,71 actividades al año por beneficiario, en lo relativo a atenciones individuales, lo que es la mitad de lo programado.

Se evalúa como una debilidad del programa que los resultados obtenidos en esta evaluación, en términos del promedio de atenciones anuales por beneficiario, sean inferiores a los estándares normados, ya que ello es indicativo de que la estrategia no se cumple en el nivel local. Es posible que en estos resultados esté incidiendo la deficiente calidad de los sistemas de información del programa, como se analiza en el Anexo 1. Sin embargo, el panel no puede verificar que esto ocurra.

Se debe considerar en el análisis que la cifra de beneficiarios usada para elaborar la tasa corresponde a quienes ingresaron al programa. El hecho de que durante el período que dura la intervención (12 meses), un número de beneficiarios abandona el programa, no debiera influir en las tasas que se obtienen, debido a que el cupo liberado es reemplazado por otra persona, quien debe recibir la totalidad de atenciones programadas. Por lo tanto, la deserción no debiera afectar las tasas de atenciones por beneficiario.

El análisis de las posibles causas de las desviaciones encontradas se aplica igualmente a las cifras presentadas en el cuadro 26 más adelante, donde se analizan las tasas de atención a beneficiarios diferenciadas por Servicio de Salud.

Cuadro 24: Tasa de Atenciones por Beneficiario, año 2015

Años	Componente 1: Atenciones individuales					
	N° Consultas médicas	N° Consultas psicólogo	N° Consultas y control nutricionista	N° Evaluaciones Profes. Actividad Física	N° de Exámenes de laboratorio (glicemia y perfil lipídico)	Total actividades componente 1
Estándar: N° de atenciones programadas por beneficiario para 12 meses de intervención. Estrategia 2015	1	2	5	3	2	13
Tasa de atención por beneficiario - 2015	0,77	1,12	3,00	1,14	0,69	6,71

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

A continuación, en el cuadro 25 se presenta la información de producción total, desagregada por Servicio de Salud. A los datos del número de prestaciones entregadas en cada componente, se ha agregado en la segunda fila, el número de atenciones programadas por beneficiario en los 12 meses de duración de la intervención del programa, los que corresponden a los estándares definidos por la estrategia, a fin de contextualizar y facilitar el análisis. Igualmente, en la segunda columna se presenta el número de beneficiarios en cada Servicio de Salud, base para el cálculo de la tasa de atenciones por beneficiario que entregan los Servicios de Salud, que se presenta en el cuadro 26.

Cuadro 25: N° de Atenciones a Beneficiarios por Servicio de Salud, año 2015

Servicio de Salud	N° Beneficiarios por Servicio de Salud	Componente 1: Atenciones individuales						Componente 2: Atenciones grupales			Total atenciones programa
		N° Consultas médicas	N° Consultas psicólogo	N° Consultas y control nutricionista	N° Evaluaciones Profes. Actividad Física	N° Exámenes de Laboratorio	Total actividades componente 1	N° Sesiones de Act. Física y Ejercicio Físico	N° Circuitos de Vida Sana	Total actividades componente 2	
Estándar de atención: N° atenciones programadas p/benef. en 12 meses (2015) ¹³⁹		1	2	5	3	2	13	144 hrs.	5		
Arica	396	247	230	488	275	154	1.394	591	5	596	1.990
Iquique	970	1.336	1.676	5.792	1.083	553	10.440	1.526	94	1.620	12.060
Antofagasta	433	266	365	663	348	271	1.913	513	13	526	2.439
Atacama	422	655	907	4.272	279	180	6.293	380	27	407	6.700
Coquimbo	1.893	2.679	3.626	8.189	2.820	952	18.266	2.925	259	3.184	21.450
Aconcagua	1.574	1.259	1.588	3.143	2.385	1.076	9.451	4.860	122	4.982	14.433
Viña del Mar Quillota	1.984	1.449	1.953	5.846	2.290	1.267	12.805	3.062	121	3.183	15.988
Valparaíso San Antonio	881	559	1.074	2.307	821	578	5.339	1.125	47	1.172	6.511
Metropolitano Norte	2.324	917	1.542	6.766	2.049	1.794	13.068	4.117	166	4.283	17.351

¹³⁹ Ver Recuadro 1 Capítulo 1: Descripción del programa

Servicio de Salud	N° Beneficiarios por Servicio de Salud	Componente 1: Atenciones individuales						Componente 2: Atenciones grupales			Total atenciones programa
		N° Consultas médicas	N° Consultas psicólogo	N° Consultas y control nutricionista	N° Evaluaciones Prof. Actividad Física	N° Exámenes de Laboratorio	Total actividades componente 1	N° Sesiones de Act. Física y Ejercicio Físico	N° Círculos de Vida Sana	Total actividades componente 2	
Metropolitano Occidente	4.285	5.058	7.077	21.320	3.315	3.303	40.073	7.356	367	7.723	47.796
Metropolitano Central	2.344	1.278	2.025	5.820	2.858	1.049	13.030	3.321	152	3.473	16.503
Metropolitano Oriente	2.352	1.278	2.298	5.291	2.366	841	12.074	6.061	592	6.653	18.727
Metropolitano Sur	4.182	2.173	3.291	9.001	3.981	2.500	20.946	9.678	347	10.025	30.971
Metropolitano Sur Oriente	3.132	2.173	3.740	9.073	2.426	2.063	19.475	8.977	265	9.242	28.717
L. B. O'Higgins	2.310	1.717	2.481	5.646	2.908	2.173	14.925	6.470	324	6.794	21.719
Maule	3.785	3.467	5.201	12.957	6.791	3.342	31.758	10.033	596	10.629	42.387
Ñuble	3.007	1.922	2.171	5.188	3.145	1.822	14.248	7.533	182	7.715	21.963
Concepción	2.402	1.248	1.734	5.894	1.608	1.364	11.848	5.664	270	5.934	17.782
Talcahuano	2.036	1.252	2.583	5.195	2.893	1.792	13.715	6.215	312	6.527	20.242
Arauco	466	782	1.056	3.886	537	391	6.652	1.003	56	1.059	7.711
Biobío	1.852	1.027	1.572	5.883	1.908	1.692	12.082	4.301	142	4.443	16.525
Araucanía Norte	1.137	1.013	1.058	2.643	1.600	821	7.135	3.462	100	3.562	10.697
Araucanía Sur	3.017	2.620	4.153	10.400	4.804	2.823	24.800	12.071	604	12.675	37.475
Valdivia	1.662	1.167	1.495	3.229	1.903	1.161	8.955	3.172	171	3.343	12.298
Osorno	1.478	1.276	1.316	3.508	1.352	1.177	8.629	3.087	224	3.311	11.940
Del Reloncaví	1.689	255	1.965	4.553	2.350	569	9.692	3.286	251	3.537	13.229
Chiloé	1.935	2.090	2.201	3.843	2.493	1.428	12.055	4.157	189	4.346	16.401
Aysén	222	178	373	1.250	132	103	2.036	1.566	14	1.580	3.616
Magallanes	359	401	423	1.595	194	120	2.733	155	33	188	2.921
Total	54.529	41.742	61.174	163.641	61.914	37.359	365.830	126.667	6.045	132.712	498.542
Distribución porcentual		8,4	12,3	32,8	12,4	7,5	73,4	25,4	1,2	26,6	100,0

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

El siguiente cuadro presenta la tasa de atenciones por beneficiario, en cada Servicio de Salud, para el componente 1. Como ya se señaló, no es pertinente efectuar este cálculo para las prestaciones del componente 2 por tratarse de acciones grupales de números variables de participantes en cada una. A modo de resaltar los valores anómalos, se ha marcado en rojo aquellas tasas de atención que muestran mayor dispersión con respecto del número de atenciones por beneficiario programadas por la estrategia, dato que se muestra en la segunda fila.

Cuadro 26: Tasa de Atenciones por Beneficiario, según Servicio de Salud año 2015

Servicio de Salud	N° Beneficiarios por Servicio de Salud	Componente 1: Atenciones individuales					Total actividades componente 1
		N° Consultas médicas	N° Consultas psicólogo	N° Consultas y control nutricionista	N° Evaluaciones Profes. Actividad Física	N° Exámenes de Laboratorio	
N° atenciones programadas p/ benef. en 12 meses (2015)		1	2	5	3	2	13
Arica	396	0,62	0,58	1,23	0,69	0,39	3,52
Iquique	970	1,38	1,73	5,97	1,12	0,57	10,76
Antofagasta	433	0,61	0,84	1,53	0,80	0,63	4,42
Atacama	422	1,55	2,15	10,12	0,66	0,43	14,91
Coquimbo	1.893	1,42	1,92	4,33	1,49	0,50	9,65
Aconcagua	1.574	0,80	1,01	2,00	1,52	0,68	6,00
Viña del Mar Quillota	1.984	0,73	0,98	2,95	1,15	0,64	6,45
Valparaíso S. Antonio	881	0,63	1,22	2,62	0,93	0,66	6,06
M. Norte	2.324	0,39	0,66	2,91	0,88	0,77	5,62
M. Occidente	4.285	1,18	1,65	4,98	0,77	0,77	9,35
M. Central	2.344	0,55	0,86	2,48	1,22	0,45	5,56
M. Oriente	2.352	0,54	0,98	2,25	1,01	0,36	5,13
M. Sur	4.182	0,52	0,79	2,15	0,95	0,60	5,01
M. Sur Oriente	3.132	0,69	1,19	2,90	0,77	0,66	6,22
L. B. O'Higgins	2.310	0,74	1,07	2,44	1,26	0,94	6,46
Maule	3.785	0,92	1,37	3,42	1,79	0,88	8,39
Ñuble	3.007	0,64	0,72	1,73	1,05	0,61	4,74
Concepción	2.402	0,52	0,72	2,45	0,67	0,57	4,93
Talcahuano	2.036	0,61	1,27	2,55	1,42	0,88	6,74
Arauco	466	1,68	2,27	8,34	1,15	0,84	14,27
Biobío	1.852	0,55	0,85	3,18	1,03	0,91	6,52
Araucanía Norte	1.137	0,89	0,93	2,32	1,41	0,72	6,28
Araucanía Sur	3.017	0,87	1,38	3,45	1,59	0,94	8,22
Valdivia	1.662	0,70	0,90	1,94	1,15	0,70	5,39
Osorno	1.478	0,86	0,89	2,37	0,91	0,80	5,84
Del Reloncaví	1.689	0,15	1,16	2,70	1,39	0,34	5,74
Chiloé	1.935	1,08	1,14	1,99	1,29	0,74	6,23
Aysén	222	0,80	1,68	5,63	0,59	0,46	9,17
Magallanes	359	1,12	1,18	4,44	0,54	0,33	7,61
Total	54.529	0,77	1,12	3,00	1,14	0,69	6,71

Fuente: Elaboración del panel en base a datos entregados por el programa.

El análisis del cuadro precedente señala que, en relación a las consultas médicas, se observan valores que exceden lo programado (una consulta por beneficiario) en los Servicios de Salud Iquique (1,38), Atacama (1,55), Coquimbo (1,42), Arauco (1,68), Chiloé (1,08) y Magallanes (1,12). Por el contrario, el valor más bajo se registra en el Servicio de Salud Metropolitano Norte

con una tasa de 0,39 consultas médicas por beneficiario, lo que indica que el 61% de éstos fueron ingresados sin cumplir el requisito de ingreso al programa, cual es la consulta médica. Las consultas psicológicas están bajo la norma en todos los Servicios de Salud, con excepción de Atacama (2,15 atenciones al año por beneficiario), mientras que las atenciones entregadas por nutricionista superan al estándar en los Servicios de Salud Iquique (5,97), Atacama (10,12), Arauco (8,34) y Aysén (5,63). En el resto de las atenciones las tasas son inferiores a lo programado. Ver cuadro 26.

En resumen, los datos muestran que las atenciones entregadas a los beneficiarios no se ajustan al estándar normado por el programa, lo que se evalúa en forma negativa. Las posibles razones que justifiquen esas diferencias son hipótesis del panel que no es posible de verificar con los datos e información de que se dispuso para esta evaluación.

Análisis de metas

A continuación se presentan los objetivos específicos para cada grupo etario según se definen en la RE N°1155, que aprueba el programa para el año 2015.

Cuadro 27: Objetivos específicos del programa según grupo etario, año 2015

Beneficiarios según tramo etario					
2 a 5 años	6 a 18 años	19 años	Adolescentes hasta un año post-parto	20 a 64 años	Mujeres hasta 1 año post-parto
	3. Mejorar condición de pre-diabetes y pre-hipertensión	5. Mejorar condición de pre-diabetes y pre-hipertensión	8. Mejorar condición de pre-diabetes y pre-hipertensión ¹⁴⁰	10. Reducir la condición de pre-diabetes y pre-hipertensión en grupos objetivos (ingresados por esta condición)	
1. Mejorar diagnóstico nutricional integrado según edad y sexo	4. Mejorar o mantener la condición nutricional (según IMC o Perímetro de Cintura)	6. Reducir el 5% o más del peso inicial o mantener su peso inicial	9. Recuperar peso pre-gestacional al 6° mes ¹⁴¹ de intervención	11. Mantener o reducir el peso inicial	14. Recuperar peso pre-gestacional al 6° mes de intervención
		7. Mejorar o mantener la condición nutricional (según IMC o Perímetro de Cintura)		12. Reducir el 5% o más del peso inicial / Mejorar o reducir el peso inicial	
2. Mejorar la condición física, en términos de capacidad motora	15. Mejorar la condición física, en términos de capacidad funcional y muscular				
16. Asistir al menos al 60% de las sesiones de actividad física					

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

¹⁴⁰ Este objetivo se encuentra definido en el Manual del Profesional 2015, sin embargo no está especificado en la resolución correspondiente.

¹⁴¹ En la RE N°1216 se especifica este objetivo para el 12° mes de intervención; sin embargo, en el Manual del Profesional 2015 se especifica al 6° mes de intervención, al igual que en la RE N°1155 para el año 2015.

Lo mismo ocurre para este objetivo en las mujeres adultas hasta 1 año post-parto.

Los objetivos específicos planteados para los distintos grupos etarios están bien definidos en general. Sin embargo, en opinión del panel, aquellos objetivos que se definen como “mejorar” requieren ser precisados y objetivados. Se entiende que se busca un cambio de hábito más que un resultado concreto, sin embargo, la carencia de una escala de medición objetiva para evaluar el grado de logro de la meta de los beneficiarios, dificulta el análisis de resultados. Así también, éstos no especifican en qué etapa del proceso productivo (mes) de la intervención se espera lograr estos objetivos.

Se considera que en el grupo de 20 a 64 años los objetivos N°11 y 12 son contrapuestos entre sí, ya que el primero propone “mantener o reducir el peso inicial” mientras que el segundo plantea “reducir el 5% o más del peso inicial”. Además, a juicio del panel, los objetivos que plantean conjuntamente “reducir o mantener” el peso inicial o la condición nutricional (medida por IMC o perímetro de cintura) (objetivos 4, 7 y 11) resultan inadecuados. Esto porque ambos resultados miden distintos grados de eficacia de la intervención del programa. Por ejemplo, si un beneficiario mantiene su peso al 12º mes, seguiría teniendo el mismo factor de riesgo por el cual ingresó al programa y podría nuevamente ingresar a éste. En entrevista con experto del MINSAL¹⁴², éste aclara que lograr la mantención del peso es un avance para el beneficiario debido a que la tendencia de la población adulta en general, es aumentar de peso a medida que se avanza en edad. En esa perspectiva, la meta de mantención de peso se aprecia adecuada, sin embargo, ello no inhabilita la conclusión del panel de que el factor de riesgo se mantiene sin variaciones, a pesar de que la persona ha sido sometida a la intervención del programa.

Cabe señalar que, en los objetivos recién descritos, se encuentran diferencias para cada año evaluado que responden a las definiciones estratégicas del programa así como a los grupos etarios definidos como población objetivo (ver Recuadro N°1 en Capítulo 1). Se considera que estas variaciones responden al perfeccionamiento de la estrategia durante los años de su desarrollo, lo que se evalúa adecuado. No se cuenta con información para realizar el análisis de resultados de estos objetivos.

En relación a los niveles de producción del programa, para el panel no es posible evaluar si la producción de los componentes es suficiente para el logro del propósito, ya que no se cuenta con información cuantificada de la producción de cada componente para todos los años en análisis, ni indicadores de cumplimiento de objetivos en los años evaluados.

2.3 Cobertura y focalización del programa

Beneficiarios del programa

Para efectos de esta evaluación, se ha definido como beneficiarios del programa a aquellos que han sido ingresados al mismo mediante la evaluación realizada por el médico y el psicólogo, por lo que el número de beneficiarios efectivos corresponde a aquellos que tienen control de ingreso. Al respecto, se debe mencionar que cuando un beneficiario abandona el programa, en cualquier etapa de los 12 meses de intervención, liberando el cupo, puede reingresar otra persona a la cual se le entregarán todas las atenciones programadas en 12 meses, a partir de su fecha de ingreso.

Un aspecto crítico del programa y que afecta el análisis del número de beneficiarios, y por ende la cobertura del programa, tiene que ver con el grado de adherencia al programa que mantienen los beneficiarios durante el período completo que dura la intervención. Ello porque, como se verá a continuación, las cifras de beneficiarios que se presentan se refieren a quienes ingresaron al programa, cantidad que no es la misma que termina la intervención y por tanto, podrían lograr los objetivos específicos que el programa se ha propuesto alcanzar para cada uno de ellos.

¹⁴² Entrevista con el Dr. Tito Pizarro, Jefe División de Políticas Públicas del MINSAL, realizada el 16 de mayo del 2016.

Como ya se señaló, el programa tiene una estrategia de 12 meses de intervención para cada beneficiario, período definido para lograr los objetivos específicos establecidos para los beneficiarios. Sin embargo, no todos los ingresados se mantienen durante el período completo que dura la estrategia, lo que revela un problema de adherencia de los beneficiarios. Según datos aportados por el programa para efectos de esta evaluación, en 2015 el 14% de quienes ingresaron alcanzaron al final de la intervención (mes 12), como se señala en el cuadro 28.

Cuadro 28: Porcentaje de adherencia al programa Año 2015

N° control	1° (mes 1)	2° (mes 3)	3° (mes 6)	4° (mes 9)	5° (mes 12)
N° beneficiarios ingresados	54.667	35.496	26.575	15.581	7.725
% de adherencia	100%	65%	49%	29%	14%

Fuente: Programa Vida Sana - MINSAL

Se evalúa que éste es un aspecto crítico del programa ya que, al no completarse la intervención diseñada por el programa, los beneficiarios no alcanzarían a cumplir los objetivos específicos que se ha fijado el programa para cada uno de ellos. El programa y opinión de expertos¹⁴³ han señalado que la falta de adherencia a los programas de este tipo muestra que los niveles de deserción en programas similares fluctúan entre el 30% y 40%.

Con el propósito de evitar la deserción de beneficiarios, el programa ha definido 3 acciones de rescate que deben realizar los equipos locales con aquellos que se ausentan. Si no regresa después de realizadas estas acciones, se da por abandonado el cupo. Sin embargo, no hay información sobre el efecto que han tenido estas acciones lo que permitiría al panel, evaluar si, por una parte éstas se cumplen y además, en qué medida son efectivas para el regreso de los beneficiarios al programa.

A continuación se presenta el análisis y número de beneficiarios efectivos del programa para los años evaluados, distribuidos por grupos de edad y por sexo. Ver cuadros 29 a 33. El anexo 9 contiene su distribución por Servicio de Salud, para los años evaluados.

En el año 2012, el 72% de los beneficiarios totales son mujeres y el 57% pertenece al grupo etario de niños(as) y adolescentes, con un total de 12.409 beneficiarios efectivos. El programa atendió en ese año a beneficiarios en los tramos de edad 6 a 19 años y 20 a 44, con una distribución de los primeros de 57% y los segundos el 43% del total. Sin embargo, el análisis por sexo y por grupo etario muestra que en el tramo de menores las mujeres son mayoritarias en doce puntos porcentuales, lo que podría explicarse porque se trata de población escolar, donde asisten al programa cursos completos de escolares, con carácter obligatorio y por tanto, no interviene la voluntad del beneficiario de serlo. En el grupo de 20 a 44 años la población femenina es marcadamente mayoritaria, constituyendo el 93% de los beneficiarios de ese grupo etario. Ver cuadro 29.

¹⁴³ 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.

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 y cols 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. (TEIXEIRA PJ, GOING SB, SARDINHA LB, LOHMAN TG. "A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obes Rev* 2005; 6: 43-65.)

Cuadro 29: N° de Beneficiarios Efectivos Años 2012

Tramos edad	Hombres	Mujeres	Total	%
6 a 19 años	3.113	3.960	7.073	57,0
%	44,0	56,0	100,0	
20 a 44 años	355	4.981	5.336	43,0
%	6,7	93,3	100,0	
Total	3.468	8.941	12.409	100,0
%	27,9	72,1	100,0	

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

Los beneficiarios del año 2013 se incrementan en un 34,7% con respecto al 2012, manteniéndose en proporción similar en hombres y mujeres totales (el porcentaje de mujeres disminuye levemente a un 71,8% y el de niños(as) y adolescentes aumenta en un 0,8%). Igualmente, en la distribución por tramos etarios no hay diferencias significativas con respecto al año anterior. El análisis por sexo de los grupos etarios señala que en el grupo adultos, las mujeres aumentan su participación porcentual en más de un punto. Ver cuadro 30.

Cuadro 30: N° de Beneficiarios Efectivos Años 2013

Tramos de edad	Hombres	Mujeres	Total	%
6 a 19 años	4.315	5.348	9.663	57,8
%	44,7	55,3	100,0	
20 a 44 años	397	6.653	7.050	42,2
%	5,6	94,4	100,0	
Total	4.712	12.001	16.713	100,0
%	28,2	71,8	100,0	

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

El año 2014 el número total de beneficiarios se incrementa en un 85% con respecto al 2013, llegando a casi 31.000 personas. Ello obedece principalmente al aumento en 10 años en el grupo de adultos, el que se amplió desde los 44 a los 54 años de edad. La distribución por grupos etarios y por sexo se mantiene sin variaciones significativas con respecto al año anterior. (Ver cuadro 31).

Cuadro 31: N° de Beneficiarios Efectivos Años 2014

Tramos de edad	Hombres	Mujeres	Total	%
6 a 19 años	7.821	10.103	17.924	57,9
%	43,6	56,4	100,0	
20 a 54 años	711	12.324	13.035	42,1
%	5,5	94,5	100,0	
Total	8.532	22.427	30.959	100,0
%	27,6	72,4	100,0	

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

En el año 2015 los beneficiarios aumentan en forma importante (76%) en relación a 2014, alcanzando a 54.529 personas. Ello es producto de la incorporación de tres grupos etarios al programa: niños de 2 a 6 años y, en los adultos, la ampliación del tramo de 55 a 64 años. Se incorpora también el grupo de mujeres post parto, que aunque tiene una significancia pequeña en el número, es un grupo que no estaba identificado como grupo objetivo en años anteriores. A pesar de haber aumentado el tramo de niños de 2 a 6 años, la participación porcentual del grupo

menor de 19 años con respecto al total de beneficiarios, disminuye en relación al año anterior, desde 57,9% a 53,6% en 2015. Como contrapartida, aumenta la importancia relativa del grupo de adultos desde 42,1% en 2014 a 46,1% en 2015.

El análisis por sexo no muestra diferencias importantes en los grupos etarios, en la comparación con años anteriores, manteniéndose los menores de 19 años en una distribución cercana al 45% para hombres y 55% para mujeres. Igualmente, en los adultos se mantiene sin variaciones en los años analizados, en rangos cercanos al 6% para los hombres y 94% las mujeres. Lo anterior indica que la distribución en menores de 19 años es producto de que los beneficiarios constituyen una población cautiva, en tanto en los adultos es un programa marcadamente femenino. (Ver cuadro 32).

Cuadro 32: N° de Beneficiarios Efectivos Años 2015¹⁴⁴

Tramos de edad	Hombres	Mujeres	Total	%
2 a 4 años	4.375	4.392	8.767	16,1
5 a 9 años	4.649	4.986	9.635	17,7
10 a 19 años	4.110	6.705	10.815	19,8
Sub total 2 a 19 años	13.134	16.083	29.217	53,6
%	45,0	55,0	100,0	
20 a 24 años	287	3.067	3.354	6,2
25 a 64 años	1.271	20.506	21.777	39,9
Sub total 20 a 64 años	1.558	23.573	25.131	46,1
%	6,2	93,8	100,0	
Post parto 10 a 19 años	0	28	28	0,1
Post parto 20 y más	0	153	153	0,3
Sub total post parto	0	181	181	0,3
%	0,0	100,0	100,0	
Total	14.692	39.837	54.529	100,0
%	26,9	73,1	100,0	

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

En el cuadro siguiente se presenta una tabla resumen del número de beneficiarios según tramo etario para los años evaluados. En este se puede apreciar un aumento significativo de beneficiarios entre el año 2012 y el 2015 de 339,4%. Con respecto al análisis por tramos etarios, solo es posible comparar la variación del grupo de 6 a 19 años entre los años 2012 y 2014, que aumenta en 153,4%, ya que es el único que no presenta cambios de grupos de edad, en el período evaluado. Ver cuadro 33.

¹⁴⁴ Datos proporcionados por el programa con fecha 20 de mayo de 2016.

Cuadro N°33: N° de Beneficiarios Efectivos por Tramos de Edad, Años 2012-2015

Tramos de edad	2012	2013	2014	2015	% Variación 2012-2015
2 a 19 años				29.217	
6 a 19 años	7.073	9.663	17.924		153,4 ¹⁴⁵
20 a 44 años	5.336	7.050			
20 a 54 años			13.035		
20 a 64 años				25.131	
Mujeres post parto				181	
Total	12.409	16.713	30.959	54.529	339,4
Variación anual (%)		34,7	85,2%	56,8%	

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

En lo que respecta a la cuantificación de beneficiarios diferenciada por componente, el programa no dispone de estos datos para ninguno de los años evaluados. De acuerdo a la definición de la estrategia, todos los beneficiarios que ingresan al programa tienen acceso tanto a los servicios del componente 1 como del componente 2. Sin embargo, debido a la falta de información del número de beneficiarios atendidos por cada componente, el panel no puede verificar que todos los beneficiarios accedan a las atenciones programadas por cada uno de los componentes.

En relación al componente 2, como se mencionó anteriormente, a sus actividades grupales les está permitido asistir a personas que no son beneficiarios del programa, lo que refuerza la necesidad de contar con la cuantificación de beneficiarios por componente, a fin de establecer la comparación entre ambos y determinar el porcentaje de usuarios del componente 2 que no cuentan con la calidad de beneficiarios del programa.

Finalmente, con el objeto de obtener un proxy de la caracterización socioeconómica de los beneficiarios del programa, se usó la distribución de éstos por tramos A, B, C y D¹⁴⁶, de acuerdo a la clasificación de FONASA. (Ver Cuadro 34).

Como se puede apreciar, en el año 2015 cerca del 72% de los beneficiarios del programa se concentran en los tramos de menores ingresos (A, B y C), distribución que se mantiene relativamente estable en los cuatro años evaluados.

En la última columna del cuadro se presenta la variación que han experimentado los distintos tramos en su participación porcentual en los beneficiarios del programa. Como se puede apreciar, en los cuatro años evaluados los tramos A y B han disminuido su participación dentro del total de beneficiarios del programa en 2,3% y 17,5%, lo que significa que, como contrapartida, los tramos de mayores ingresos relativos (tramos C y D) han aumentado su porcentaje de participación en el programa en 9,7% y 33,3%, pasando estos últimos de representar el 12,9% del total de beneficiarios en 2012 al 17,2% del total de beneficiarios que atendió el programa en 2015.

No obstante esta mayor participación de los beneficiarios pertenecientes a los grupos de mayores ingresos relativos dentro de la población FONASA, se evalúa en forma positiva que el programa

¹⁴⁵ Corresponde a la variación entre 2012 y 2014.

¹⁴⁶ En el año 2016 la clasificación de 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) personas con 3 o más cargas familiares pasan 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 pasan a tramo C.

esté mayormente concentrado en los tres primeros tramos FONASA, los beneficiarios de menores ingresos, porque a juicio del panel, de no ser por la acción del programa, estos beneficiarios, por su condición de mayor vulnerabilidad, no tendrían acceso a ninguna otra vía de atención a su problema de malnutrición por exceso.

**Cuadro 34: Distribución de los beneficiarios del programa, por tramos FONASA
Años 2012 – 2015**

Tramos	2012		2013		2014		2015		Variación 2012- 2015
	%	N° Beneficiarios	%	N° Beneficiarios	%	N° Beneficiarios	% ¹⁴⁷	N° Beneficiarios	
A	44,1	5.472	47,2	7.892	46,1	14.284	43,1	23.502	-2,3
B	27,5	3.414	23,6	3.939	22,6	7.010	22,7	12.378	-17,5
C	15,5	1.918	15,5	2.591	15,9	4.933	17,0	9.270	9,7
D	12,9	1.605	13,7	2.291	15,3	4.731	17,2	9.379	33,3
Total	100,0	12.409	100,0	16.713	100,0	30.959	100,0	54.529	

Fuente: Distribución de beneficiarios FONASA obtenida de las bases de datos 2012 a 2015 entregadas por el programa con fecha 14 de marzo de 2016.

Análisis de cobertura

A continuación se presenta el análisis de cobertura del programa. Para efectos de esta evaluación, la cobertura corresponde al porcentaje de beneficiarios con respecto a la población potencial del programa en un caso, y a la población objetivo, en otro caso.

Los resultados de cobertura relativos a la población potencial y objetivo, se presentan en cuadros separados, por tramos etarios. Ello se debe a que, como se señaló en el capítulo I de este documento¹⁴⁸, el programa dispone de la cuantificación de la población potencial en tramos etarios iguales a los de sus beneficiarios, lo que permite efectuar el cálculo de cobertura. Sin embargo, la población objetivo está cuantificada en tramos etarios distintos a los de beneficiarios, lo que impide realizar el cálculo de cobertura respecto de la población objetivo, en todos los tramos etarios¹⁴⁹. En Anexo 10 se presenta la cobertura por Servicio de Salud.

El programa define su población potencial como aquellos usuarios inscritos en APS que presenten malnutrición por exceso, excluyendo aquellos que presentan una patología asociada¹⁵⁰ que se encuentra potencialmente bajo control por otro programa del MINSAL. La población objetivo es un subconjunto de ésta, definida como aquella que cuenta con controles de salud (del niño, del joven sano y el examen de medicina preventiva) y es diagnosticada con malnutrición por exceso.

En el cuadro siguiente se presenta la cobertura respecto a la población potencial y objetivo, para todos los años evaluados. El análisis respecto a la población potencial del programa, señala que en el año 2015 la cobertura alcanza al 1,64% y ha experimentado un incremento de 232,79%

¹⁴⁷ La distribución porcentual del año 2015 corresponde a un total de 12.232 beneficiarios, dato enviado por el programa. Esta distribución se aplicó al número total de beneficiarios del año, 54.529 personas.

¹⁴⁸ Ver "Caracterización y cuantificación de la población potencial y objetivo".

¹⁴⁹ La población objetivo no están agrupados en tramos de edad iguales a los de la población potencial ni a los de beneficiarios, por razones del sistema de registro de información del MINSAL: i) en el año 2012, 2103 y 2014 falta el tramo de 6 a 15 años debido a que no se cuenta con la información registrada en DEIS de usuarios que presenten algún factor de riesgo en forma separada para ese tramo, ya que antes del 2015 el ministerio no tenía registro de usuarios del programa Control del Adolescente, ii) 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, iii) el año 2015 contiene todos los tramos etarios, aunque con agrupación diferente por las mismas razones ya señaladas.

El programa ha informado que a partir del año 2016 esta dificultad ha sido subsanada y se contará con la agregación de la población potencial equivalente a la de beneficiarios.

¹⁵⁰ Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial.

entre 2012 y 2015, producto del aumento de beneficiarios de 339,4%, en dicho período frente a un menor crecimiento relativo de la población potencial (32,05%). Si bien se estima que es positivo el aumento de cobertura observado, se considera también que son resultados insuficientes para obtener logros a nivel de objetivos del programa.

En relación al análisis de cobertura respecto de la población objetivo, solo fue posible obtener un resultado para el año 2015 debido a que es el único año en que se cuenta con la medición de la población objetivo para iguales tramos de edad de los beneficiarios atendidos por el programa en ese año. Como se señaló en el capítulo I Descripción del Programa, Población Objetivo, la cuantificación de ésta omite los tramos etarios de 6 a 14 años en los años 2012, 2013 y 2014, así como también se omite el tramo 45 a 54 años en el año 2014. Por tal razón, no es posible efectuar el cálculo de la cobertura en esos años. En 2015, el programa alcanzó una cobertura del 6,27% de su población objetivo. La existencia de un solo dato de cobertura es insuficiente para que el panel se pronuncie sobre su pertinencia o adecuación. (Ver cuadro 35).

Cuadro 35: Cobertura población potencial y objetivo Años 2012-2015

Año	Población Potencial (a)	Población Objetivo (b)	Beneficiarios Efectivos (c)	% Beneficiarios respecto a Población Potencial (c)/(a)	% Beneficiarios respecto a Población Objetivo (b)/(c)
2012	2.525.243		12.409	0,49	
2013	2.518.561		16.713	0,66	
2014	2.942.757		30.959	1,05	
2015	3.334.477	869.687	54.529	1,64	6,27
%Variación 2012-2015	32,05	132,68	339,43	232,79	88,85

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

En el siguiente cuadro se muestra la distribución por Servicio de Salud de la cobertura del programa respecto de la población potencial, para todos los años evaluados, así como la referente a la población objetivo, para el año 2015, único año disponible, como ya se señaló.

En relación a la población potencial, en el año 2015 se observa una gran disparidad entre Servicios de Salud, donde la mayor cobertura la presenta el Servicio de Salud Talcahuano (5,11%) seguido de Chiloé (4,73%), Aconcagua (2,80%), Ñuble (2,78%), Metropolitano Occidente (2,74%) y Araucanía Norte (2,48%). En el extremo de menores coberturas se ubican los Servicios de Salud Antofagasta (0,53%), Atacama (0,72%) y Arica (0,79%), todos muy inferiores al promedio nacional de 1,64%.

La distribución por Servicios de Salud de la cobertura respecto a la población objetivo también muestra dispersiones importantes en el país. La mayor cobertura se encuentra en los Servicios de Salud Chiloé (14,39%), Ñuble (11,42%) Talcahuano (11,36%) y Metropolitano Central (8,05%), seguidos de Metropolitano Sur, Aconcagua, Osorno, Valdivia y Biobío que se sitúan en torno al 7%. Las coberturas más bajas del país se encuentran en los Servicios de Salud Aysén (1,99%), Arica y Antofagasta (2,51%), Magallanes (3,65%) y Araucanía Norte (3,83%). Estas variaciones respecto al promedio nacional, son indicativas de que en la asignación de cupos a los Servicios de Salud no se consideran criterios de equidad regional, lo que se evalúa de forma negativa.

Cuadro 36: Cobertura población potencial, por Servicio de Salud, Años 2012-2015

Servicios de Salud	Cobertura población potencial (%)				Cobertura Población Objetivo (%)
	2012	2013	2014	2015	2015
Arica	0,00	0,00	0,00	0,79	2,51
Iquique	0,00	0,70	0,80	1,55	3,86
Antofagasta	0,00	0,10	0,10	0,53	2,51
Atacama	0,00	0,00	0,20	0,72	3,24
Coquimbo	0,50	0,60	0,80	1,33	4,42
Aconcagua	0,00	0,00	0,50	2,80	7,15
Viña del Mar Quillota	0,30	0,20	0,60	1,13	5,16
Valparaíso San Antonio	0,00	0,10	0,00	0,84	6,64
Metropolitano Norte	0,80	0,60	1,50	1,60	6,48
Metropolitano Occidente	1,70	0,90	1,90	2,74	6,48
Metropolitano Central	0,00	0,10	0,40	0,88	8,05
Metropolitano Oriente	0,40	0,60	0,80	1,63	6,24
Metropolitano Sur	0,90	1,40	4,00	1,72	7,50
Metropolitano Sur Oriente	0,70	0,70	7,80	1,11	5,96
Del Libertador B. O'Higgins	0,40	0,40	0,90	1,40	5,96
Del Maule	1,00	1,20	6,40	1,63	6,08
Ñuble	0,60	0,80	0,60	2,78	11,42
Concepción	1,20	1,30	1,70	1,99	6,16
Arauco	0,00	0,00	0,30	0,63	4,82
Talcahuano	1,60	1,00	1,80	5,11	11,36
Biobío	0,00	0,60	2,10	1,95	7,16
Araucanía Norte	0,60	0,90	3,20	2,48	3,83
Araucanía Sur	0,00	1,70	11,20	1,82	5,64
Valdivia	0,60	0,70	0,60	1,88	7,26
Osorno	0,60	1,70	0,80	2,70	7,49
Del Reloncaví	0,00	0,50	0,40	1,98	6,81
Chiloé	n/d	4,30	1,00	4,73	14,39
Aisén	0,00	n/d	0,00	1,09	1,99
Magallanes	0,20	0,50	0,00	1,27	3,65
Total	0,50	0,70	1,10	1,64	6,27

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

En los cuadros siguientes (37 a 41) se presenta el análisis de cobertura por tramo etario, tanto la referente a la población potencial como a la población objetivo. Se ha optado por esta forma de presentación por dos razones. Por una parte, en los años evaluados el programa ha modificado los grupos etarios que atiende, ampliándolos, lo que hace que no siempre sean comparables año con año. Por otro lado, no contar con el dato de la población objetivo para todos los grupos etarios, imposibilita obtener resultados de cobertura respecto de la población objetivo, para todos los tramos de edad y en todos los años. Se considera que esta falta de información es una

falencia importante del programa, ya que ello implica que se ha gestionado sin conocer los resultados en términos de la cobertura que se obtiene. Sin embargo, el programa ha señalado que a partir de 2016 esta situación será corregida, lo que se evalúa en forma positiva.

En primer lugar, en el cuadro 37 se presenta la cobertura para la población de 2 a 19 años en el año 2015, único año en que el programa atendió al grupo etario de 2 a 6 años. En la población potencial se han sumado los grupos 2 a 5 años y 6 a 19 años, para hacerla comparable a la desagregación de la variable beneficiarios. Como se puede observar, el programa atiende al 2,0% de la población potencial de 2 a 19 años y al 10,9% de la población objetivo de este tramo etario.

**Cuadro 37: Cobertura población potencial y objetivo, tramo 2 a 19 años
Años 2012-2015**

Años	Población potencial	Población objetivo	Beneficiarios	% Beneficiarios respecto a Población Potencial	% Beneficiarios respecto a Población Objetivo
2012	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
2013	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
2014	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
2015	1.448.783	267.565	29.217	2,0	10,9
Variación %	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a

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

En el cuadro 48 siguiente se presenta la cobertura de la población potencial del tramo de 6 a 19 años, indicador que ha experimentado un incremento de un punto porcentual en el periodo analizado, desde el 0,6% hasta el 1,6%, lo que se considera un aumento importante. Ello se debe a que, mientras los beneficiarios de este tramo han aumentado en 153% entre esos años, la población potencial ha disminuido en un 22% en el mismo periodo. Cabe recordar que en este grupo etario no se evalúa el año 2015 debido a que están contenidos en el tramo de edad analizado en el cuadro anterior.

En lo que dice relación con el tramo de 6 a 19 años, no es posible conocer cobertura respecto a la población objetivo, en ninguno de los años en análisis, debido a que los beneficiarios no se registran con esa agregación etaria, como ya se señaló. Si bien constituye una deficiencia del programa, se evalúa favorablemente que el programa haya tomado medidas para solucionar este vacío de información a partir de 2016.

**Cuadro 38: Cobertura población potencial, tramo 6 a 19 años
Años 2012-2015**

Años	Población potencial	Población objetivo	Beneficiarios	% Beneficiarios respecto a Población Potencial	% Beneficiarios respecto a Población Objetivo
2012	1.136.577	n/d ¹⁵¹	7.073	0,6	n/d
2013	1.133.665	n/d ¹⁵²	9.663	0,9	n/d
2014	1.099.859	n/d	17.924	1,6	n/d
2015	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Variación % (2012-2014)	-22		153	225	

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

El tramo de edad de 20 a 44 años fue atendido por el programa en los años 2012 y 2013. Sus beneficiarios alcanzaron al 0,4% y 0,5% de la población potencial, en ambos años respectivamente. Por su parte, la cobertura de la población objetivo fue de 1,5% y 1,8%, respectivamente, en los mismos años.

Dado que se trata de los años de inicio del programa, se evalúa en forma positiva que éste haya incrementado sus beneficiarios en poco más de un tercio en ese período, aún cuando los resultados de cobertura son discretos. Ver cuadro 39.

**Cuadro 39: Cobertura población potencial y objetivo, tramo 20 a 44 años
Años 2012-2015**

Años	Población potencial	Población objetivo	Beneficiarios	% Beneficiarios respecto a Población Potencial	% Beneficiarios respecto a Población Objetivo
2012	1.388.666	362.338	5.336	0,4	1,5
2013	1.384.896	386.617	7.050	0,5	1,8
2014	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
2015	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Variación % (2012-2013)	-0,3	6,7	32,1	32,5	23,8

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

El grupo etario de 20 a 54 años estuvo vigente solamente en el año 2014. La cobertura respecto a la población potencial alcanzó a 0,7%, no contándose con la cuantificación de la población objetivo para ese grupo etario, lo que se evalúa en forma negativa. Ver cuadro 40.

**Cuadro 40: Cobertura población potencial y objetivo, tramo 20 a 54 años
Años 2012-2015**

Años	Población potencial	Población objetivo	Beneficiarios	% Beneficiarios respecto a Población Potencial	% Beneficiarios respecto a Población Objetivo
2012	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a

¹⁵¹ Disponible el tramo de 15 a 19 años

¹⁵² Disponible el tramo de 15 a 19 años

2013	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
2014	1.842.898	n/d	13.035	0,7	n/d
2015	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Variación %	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a

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

El tramo de 20 a 64 años comienza a ser atendido a partir de 2015. La cobertura respecto a la población potencial alcanza a 1,3% en tanto la relativa a la población objetivo es de 4,2%.

**Cuadro 41: Cobertura población potencial y objetivo, tramo 20 a 64 años
Años 2012-2015**

Años	Población potencial	Población objetivo	Beneficiarios	% Beneficiarios respecto a Población Potencial	% Beneficiarios respecto a Población Objetivo
2012	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
2013	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
2014	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
2015	1.885.694	602.122	25.131	1,3	4,2
Variación %	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a

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

El cuadro siguiente presenta un resumen de la cobertura para los años evaluados, con respecto a las poblaciones potencial y objetivo. La cobertura promedio del programa en relación a la población potencial, ha aumentado de 0,5% en 2012 a 1,8% en 2015, lo que se considera un aumento importante. Con respecto a la población objetivo, este indicador solo pudo ser calculado en 2015, ya que como se señaló, para los años anteriores no se cuenta con la cuantificación completa de la población objetivo. En ese año, ésta alcanza a 6,3%.

Cuadro 42: Resumen Cobertura por tramos etarios, respecto a Población Potencial (P. Pot.) y Objetivo (P. Obj.)

Tramos de edad	2012		2013		2014		2015	
	P. Pot.	P. Obj.	P. Pot.	P. Obj.	P. Pot.	P. Obj.	P. Pot.	P. Obj.
2 a 19 años							2,0	10,9
6 a 19 años	0,6	n/d	0,9	n/d	1,6	n/d		
20 a 44 años	0,4	1,5	0,5	1,8				
20 a 54 años					0,7	n/d		
20 a 64 años							1,3	4,2
Total	0,5	n/d	0,7	n/d	1,1	n/d	1,6	6,3

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

n/d: No disponible

Considerando la magnitud del problema de la malnutrición por exceso y los riesgos y morbilidades asociados a ellos, el programa alcanza una cobertura que se considera insuficiente para lograr su propósito, ya que se estima que con este porcentaje no se logrará generar un cambio significativo en el total de la población objetivo.

Por otro lado, la no sistematización ni disponibilidad de información para realizar el análisis de cobertura con mayor detalle y precisión, es una deficiencia del programa, que dificulta su evaluación.

Cabe recordar que la cobertura señalada en los cuadros 35 a 39 se refiere a los beneficiarios que ingresaron al programa. Si se tiene presente los porcentajes de deserción señalados en el cuadro 28, donde los beneficiarios que abandonan el programa al final de la intervención (mes 12) es 86% de quienes ingresan, la cobertura del programa respecto de quienes completaron la intervención, baja significativamente. En este caso, la cobertura de los beneficiarios que egresan del programa alcanza al 0,23% y 0,89% con respecto de la población potencial y objetivo, respectivamente.

Criterios de focalización y selección de beneficiarios

El programa define su población objetivo como aquella población inscrita en los Centros de Salud de Atención Primaria, validada por FONASA, que tenga controles de salud (2 a 14 años) o EMPA¹⁵³ (15 a 64 años), con diagnóstico de mal nutrición por exceso. Esta definición es consistente con criterios prácticos para realizar la pesquisa (identificar a los usuarios que presentan factores de riesgo), pues se trata de población bajo control, que por ello puede ser identificada y derivada al programa por los equipos de salud, con diagnóstico de que efectivamente presenta el problema, lo cual el panel considera adecuado. No obstante y además de las señaladas, el programa Incluye diversas instancias para la pesquisa y derivación, diferenciadas por grupo etario¹⁵⁴:

- Niños, niñas y adolescentes: pueden ser derivados al médico del programa, para que determine si cumple con los criterios de ingreso, por cualquier persona del equipo de salud, ya sea pesquisado en el control del niño sano, por el programa control escolar, desde el EMP, programa del joven sano o espacios amigables¹⁵⁵. Para una mejor pesquisa y tamizaje de los niños, niñas y adolescentes, el nivel central del programa sugiere a los equipos locales (municipios y Servicios de Salud) realizar alianzas con los departamentos de educación de las comunas, situación que, según el programa, favorece los resultados y la adherencia.
- Mujeres hasta el año post-parto: pueden ser derivadas al programa a través de una pesquisa, desde el control de puérpera a los 40 días, en el control del 3° mes o el 5° mes del niño, de igual forma a través del EMP.
- Adultos de 20 a 64 años: pueden ser derivados al programa desde el control de salud, consulta espontánea a cualquier persona del equipo de salud para realizarse un tamizaje de factores de riesgo, o examen de medicina preventiva del adulto (EMPA), para evaluar si cumple con los criterios de ingreso.

Los mecanismos de pesquisa y derivación incluyen población que excede la población objetivo definida por el programa. No obstante, el panel estima que estos mecanismos son adecuados, pues permiten ubicar población que presenta el problema y cumple con los criterios de ingreso.

¹⁵³ Examen de Medicina Preventiva del Adulto

¹⁵⁴ MINSAL. "Orientaciones y lineamientos del Programa Vida Sana 2015". Santiago, 2015.

¹⁵⁵ "Los espacios de atención amigables (EAA), otorgan atención de salud en el nivel primario, están insertos o en conexión con establecimientos de baja complejidad, formando parte del modelo de salud familiar, en concordancia con lineamientos de la política vigente. Se definen como espacios físicos agradables, atractivos y cercanos a los y las adolescentes, con características que aseguren su accesibilidad, en cuanto a horarios diferidos de atención, tiempos de espera, gratuidad, respetando la cultura, la diversidad y sin discriminación, facilitando además la participación de adolescentes y su empoderamiento. Y con profesionales que tengan competencias para la atención de esta población" (MINSAL, "Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012-2020. Nivel Primario de Atención. Santiago, Chile, Septiembre 2012; 2° edición, Marzo 2013. pg. 45)

Respecto de criterios de prioridad de beneficiarios, el programa sugiere distintos criterios por grupo etario:

- Niños y niñas menores de 6 años: priorizar a quienes sean derivados del control de salud del programa de infancia.
- Adolescentes: priorizar a aquellos a quienes sean derivados del control joven sano.
- Adultos: priorizar a mujeres que sean derivadas del control preconcepcional; mujeres post parto; y hombres entre 20 y 45 años derivados del EMPA, control de salud o cualquier estrategia local diseñada para capturar usuarios de este rango de edad.

El criterio de priorización en el caso de los adolescentes, niños y niñas considera el vínculo entre el beneficiario y el centro de salud. A juicio del panel este criterio es inadecuado, pues su aplicación puede significar dejar fuera del programa a niños que tienen un problema de salud mayor que quienes han sido derivados por los centros de salud. Además, el criterio resulta contradictorio con la sugerencia de establecer alianzas con los equipos de educación de las comunas para realizar la pesquisa y derivación. Esta contradicción es relevante si se considera que, según enfatiza el programa, dichas alianzas favorecen los resultados y la adherencia.

En el caso de los adultos, a juicio del panel, la prioridad entregada a las mujeres post parto y aquellas derivadas de la consulta preconcepcional implica priorizar un grupo significativo. Esto porque el proceso reproductivo es uno de los factores fundamentales para el incremento de peso en la población femenina, como también la obesidad materna y la excesiva ganancia de peso gestacional se consideran factores de riesgo independientes para complicaciones maternas y fetales¹⁵⁶.

En el caso de los hombres, el grupo prioritario corresponde a hombres jóvenes en edades económicamente activas (20 a 45 años). Sin embargo, la ENS 2009-2010 muestra que el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) tiene mayor prevalencia en los hombres de entre 45 a 64 años, respecto de quienes tienen entre 25 a 44 años (75.2% versus 70.8% respectivamente¹⁵⁷). Por ello, a juicio del panel, el criterio que justifica la prioridad de los hombres más jóvenes corresponde a un criterio relativo a la importancia productiva de este grupo y no a la prevalencia del problema. Esto se considera inadecuado, dado que el objetivo del programa es disminuir los factores de riesgo de ENT.

Por otra parte, es importante señalar que los criterios de priorización se establecen a modo de “sugerencia”, lo que significa dejar un amplio margen para que el programa aplique estos criterios a nivel local, o no aplique ningún criterio de priorización. Además, los criterios de priorización no están fundamentados por el programa, de modo tal que se expliciten las razones por las cuales un grupo se considera más importante que otro. Esto permitiría que los equipos locales tengan orientaciones claras respecto de cuáles son los grupos prioritarios del programa, de modo que puedan analizar esos fundamentos respecto de su realidad, y fundamentar la aplicación de esos criterios de priorización, o solicitar modificarlos según se considere pertinente.

Criterios de Ingreso al programa

El criterio de ingreso al programa para todos los beneficiarios es ser beneficiario de FONASA. Adicionalmente, el programa ha definido criterios específicos para cada grupo etario¹⁵⁸. En el caso de los menores de 20 años, los criterios son los siguientes:

¹⁵⁶ Farías, M. “Obesidad materna: severo problema de salud pública en Chile” Rev. chil. obstet. ginecol. vol.78 no.6 Santiago 2013

¹⁵⁷ El sobrepeso es mayor en los hombres de 25 a 44 años (52.4% versus 49.05%), mientras que la obesidad lo es en hombres de entre 45 a 64 años (26.2% versus 18.45%).

¹⁵⁸ MINSAL. “Orientaciones y lineamientos del Programa Vida Sana 2015”. Santiago, 2015.

- Niños y niñas de 2 a 5 años. Diagnóstico nutricional integrado¹⁵⁹ de sobrepeso u obesidad según edad y sexo.
- Niños y niñas y adolescentes de 6 a 18 años¹⁶⁰. Cumplir con al menos uno de los siguientes criterios: i) diagnóstico nutricional de sobrepeso u obesidad según edad y sexo; ii) perímetro de cintura aumentado para la edad y sexo, y iii) adolescentes que en el último control de embarazo fueron diagnosticadas como obesas.
- Adolescentes de 19 años. Cumplir con al menos uno de los siguientes criterios: i) diagnóstico nutricional de sobrepeso u obesidad; ii) perímetro de cintura aumentado (mujeres > 88 cm y hombres > 102 cm); y iii) diagnóstico de pre-diabetes o pre-hipertensión según guía clínica MINSAL.

Una diferencia importante respecto de los criterios de ingreso definidos para el año 2015 y los definidos para los años anteriores (2011 – 2014), es que para estos grupos etarios se consideraba también “al menos uno de los siguientes antecedentes en padre, madre, hermanos o abuelos: obesidad, dislipidemia, diabetes mellitus 2, infarto al miocardio o accidente vascular encefálico antes de los 55 años”. En el 2014 se contemplaba además “intolerancia a la glucosa y/o perfil lipídico alterado”. Según ha explicado el programa, el criterio de antecedentes familiares fue eliminado ya que era un requisito excluyente, lo que significaba que los niños sin antecedentes familiares no cumplían las condiciones para ingresar al programa, aún cuando cumplieran los otros criterios. A juicio del panel, la existencia de antecedentes familiares es un criterio de priorización adecuado, ya que el factor genético y hereditario es relevante en el desarrollo de las patologías que el programa pretende prevenir. Al respecto, el programa no ha definido el orden de prioridad de estos criterios, lo cual permitiría discriminar, frente a dos usuarios que cumplen alguno de los requisitos, cuál debe ingresar en el caso en que sólo existiera un cupo disponible.

En el caso de los adultos de 20 a 64 años, los criterios de ingreso son los siguientes: diagnóstico nutricional de sobrepeso; diagnóstico nutricional de obesidad; perímetro de cintura aumentado (mujeres > 88 cm y hombres > 102 cm); diagnóstico de pre-diabetes o pre-hipertensión según guía clínica MINSAL; y mujeres que en el último control de embarazo fueron diagnosticadas como obesas.

Diferencias relevantes con respecto a los criterios de ingreso definidos para los beneficiarios de 20 años y más en los años anteriores son las siguientes: para 2011 y 2012 se consideraban los antecedentes familiares de diabetes mellitus 2 o accidente vascular encefálico antes de los 55 años (padre, madre o hermano); en 2013 sólo antecedentes familiares de diabetes mellitus 2. Además, en 2014 se incorpora el sobrepeso, señalando como criterios de ingreso personas que tuvieran sobrepeso u obesidad, con los siguientes factores de riesgo: perímetro de cintura aumentado (mujeres > 88 cm y hombres > 102 cm) y/o intolerancia a la glucosa. El diagnóstico de prediabetes o prehipertensión se incorporó el 2015. El panel considera que la inclusión del sobrepeso como criterio de ingreso es adecuado, dada la evidencia que lo señala como factor de riesgo de ENT, tal como se describe en la sección de justificación de este informe.

Por otra parte, es importante señalar que el 2014 es el único año en que se establece un criterio de priorización para los adultos. El criterio especifica que “Antes (sic) las personas que cumplen

¹⁵⁹ “En atención primaria, a nivel individual se debe considerar un diagnóstico nutricional integrado que incluya no solo el IMC y la talla, sino además información alimentaria y los antecedentes personales y familiares de cada niño: velocidad de crecimiento en el tiempo, peso y talla de los padres, presencia de patologías, antecedentes familiares de riesgo cardiovascular (obesidad, dislipidemias, infarto o accidente vascular en menores de 50 años, diabetes mellitus), otros.” UNIDAD DE NUTRICION DEL MINISTERIO DE SALUD. Consejo Asesor en Nutrición. NORMA TÉCNICA DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 6 A 18 AÑOS. AÑO 2003. *Rev. chil. nutr.* [online]. 2004, vol.31, n.2 [citado 2016-07-22], pp.128-137. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182004000200007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-7518. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182004000200007>.

¹⁶⁰ En la RE N°1216, que aprueba el programa para el año 2016, el grupo etario se define como de 6 a 19 años, manteniendo los mismos criterios de inclusión.

con las dos condiciones anteriores alteradas, priorizar con aquellos que además presentan Perfil lipídico alterado”¹⁶¹. A juicio del panel este criterio era confuso, pues implicaba que si una persona cumplía solo uno de los criterios, no era objeto de priorización e ingresaba directamente.

El año 2014 existía también otro criterio de ingreso, ausente en los otros años, para el grupo etario de menos de 20 años, que se fundamentaba de la siguiente manera: “con el propósito de lograr adhesión a este programa los beneficiarios que reúnan los requisitos de ingreso deberán ser seleccionados según Modelo de Proschaska y DiClemente e incorpora prioritariamente a aquellos que se encuentren en etapa de acción”¹⁶². El Modelo de Proschaska y DiClemente, conocido como “Modelo transteórico del cambio” tiene su origen en la década del 70 y actualmente es utilizado para abordar el cambio de comportamientos de riesgo para la salud. El modelo establece diferentes estados de cambio: precontemplación (no se tiene conciencia del problema), contemplación (se toma conciencia del problema y se hace un intento formal de cambio), preparación (se toma una decisión y compromiso propio para el cambio), acción (se realizan cambios objetivos y mesurables), mantenimiento (se mantienen las acciones tomadas) y terminación (se mantienen los cambios y no se tienen tentaciones de ninguna naturaleza)¹⁶³. Según expertos del MINSAL entrevistados por el panel para esta evaluación¹⁶⁴, la aplicación de este modelo para la selección de los beneficiarios puede mejorar significativamente los resultados y aumentar la adherencia. La última revisión sistemática realizada por la Colaboración Cochrane sobre la efectividad de este modelo¹⁶⁵ concluyó que la evidencia disponible es limitada y que es necesario realizar ensayos clínicos controlados bien diseñados para analizar su efectividad. Sobre la aplicación de este modelo para la selección de los beneficiarios de Vida Sana, el panel no recibió una explicación clara por parte del programa, de las razones por las cuales este modelo no se incluyó en las orientaciones del año 2015.

Con excepción de la aplicación del modelo transteórico del cambio, que puede ser reconsiderado, el panel considera que los criterios de ingreso definidos para el 2015 son pertinentes y coherentes con el objetivo del programa. Sin embargo, en los documentos analizados, no se aclara si el usuario debe cumplir una o más causales para ser ingresado al programa, lo que debiera estar especificado en los documentos que mencionan este aspecto. En entrevista¹⁶⁶ con responsables del programa, se aclaró que la presencia de uno de estos criterios basta para el ingreso al programa. Igualmente, con respecto a la causal de ingreso para los beneficiarios de 19 y más años: “diagnóstico de pre-diabetes o pre- hipertensión arterial según Guías Clínicas del MINSAL”, el panel considera que en esta causal de ingreso se debiera especificar que tanto una como la otra causal de ingreso son suficientes como criterio para ingreso, es decir, debería decir “y/o”. Igual es el caso de los criterios de ingreso para los adultos de 20 a 64 años.

Criterios de Exclusión

El programa ha definido los siguientes criterios de exclusión, que se aplican por igual a todos los grupos etarios:

- Patología oncológica con tratamiento actual o reciente
- Hipertensión Arterial

¹⁶¹ MINSAL. “Estrategia de intervención en factores de riesgo de enfermedades crónicas en niños, niñas, adolescentes, adultos y mujeres postparto 2014”. Santiago, 2014. Pág. 9.

¹⁶² MINSAL. “Estrategia de intervención en factores de riesgo de enfermedades crónicas en niños, niñas, adolescentes, adultos y mujeres postparto 2014”. Santiago, 2014. Pág. 9.

¹⁶³ Cabrera, G. “El modelo transteórico de comportamiento en salud”. Revista Nacional de Salud Pública. Vol 18 n° 2, 2000. Pp. 129-138.

¹⁶⁴ Entrevistas realizadas a Tito Pizarro, Jefe de la División de Políticas Saludables del MINSAL y Lorena Rodríguez, Jefa del Departamento de Nutrición del MINSAL

¹⁶⁵ Mastellos N, Gunn LH, Felix LM, Car J, Majeed A. Transtheoretical model stages of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 2. Art. No.: CD008066. DOI: 10.1002/14651858.CD008066.pub3.

¹⁶⁶ Entrevista del 9 de Marzo con los referentes técnicos a nivel central del programa.

- Insuficiencia orgánica (renal, cardíaca, hepática, etc.)
- Eventos cardiovasculares
- Diabetes Mellitus
- Patología psiquiátrica que contraindique el ingreso al programa¹⁶⁷
- Cualquier otra patología que a juicio del evaluador contraindique el ingreso al programa¹⁶⁸.

El panel considera que los criterios de exclusión son relevantes y coherentes con los objetivos del programa. Sin embargo, en los documentos revisados no se especifica qué profesional debe definir la exclusión por otros problemas que no estén descritos anteriormente. En entrevista con el programa se especificó que sólo el médico puede establecer la exclusión al programa por alguno de estos criterios, lo que debiera ser explicitado. Por otra parte, no se especifica si la Obesidad Mórbida es un criterio de exclusión o es una patología que puede ser abordada por el programa, situación que debe ser definida.

La verificación de los criterios de inclusión y exclusión al programa es realizada en el control de ingreso del usuario, que contempla una consulta con un médico, un nutricionista, un psicólogo y un profesional de la actividad física, así como la realización de los exámenes de laboratorio. En cada una de estas instancias se puede definir la exclusión del usuario. Sin embargo, es el médico quien puede detectar y diagnosticar las patologías que son causa de exclusión. El panel considera que el flujo de atención del usuario en el control de ingreso no está bien definido, ya que no se especifica en qué orden el beneficiario recibe las distintas atenciones que incluye este control, debido a lo cual no queda claro quién realiza la selección del usuario para su ingreso.

En síntesis, los criterios de inclusión y exclusión son pertinentes y están bien definidos. Sin embargo, no está establecido un orden de prioridad de los criterios de manera tal que se pueda decidir cuál usuario tiene prioridad en el caso en que la demanda por el programa sea mayor que su oferta. Tampoco está definido claramente el flujo de aplicación de los criterios para la selección de los beneficiarios.

Con el objeto de analizar el funcionamiento de los criterios de selección de beneficiarios, el cuadro 43 que se muestra a continuación compara la distribución de los beneficiarios por sexo y tramos etarios y su comparación con la población objetivo. Este análisis se hace en aquellos grupos de edad para los que se cuenta con igual distribución de la población objetivo y beneficiarios, lo que posibilita la comparación, en función de la disponibilidad de cuantificación de la población objetivo realizada por el programa.

¹⁶⁷ No se especifican las patologías que contraindican el ingreso al programa, quedando a juicio del evaluador, lo que se considera adecuado ya que la variabilidad de éstas puede ser tal que no sería pertinente predefinirlas.

¹⁶⁸ No se especifican ni existe información disponible de aquellas patologías más frecuentes que sean causal de exclusión al programa.

Cuadro 43: Número y porcentaje de población objetivo y beneficiarios, según sexo y tramos etarios - Años 2012 a 2015

	2012		2013		2014		2015	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Grupo etario							2 a 19	
Población Objetivo							122.952	144.613
% distribución Pob. Obj.							46,0%	54,0%
Beneficiarios							13.134	16.111
% distribución beneficiarios							44,9%	55,1%
Grupo etario	20 a 44		20 a 44		20 a 54		20 a 64	
Población Objetivo	184.633	177.705	219.544	167.073	238.687	152.715	276.893	325.229
% distribución Pob. Obj.	51,0%	49,0%	56,8%	43,2%	61,0%	39,0%	46,0%	54,0%
Beneficiarios	355	4.981	397	6.653	711	12.324	1.558	23.753
% distribución beneficiarios	6,7%	93,3%	5,6%	94,4%	5,5%	94,5%	6,2%	93,8%
Total							Total	
Población Objetivo							399.845	469.842
% distribución Pob. Obj.							46,0%	54,0%
Beneficiarios							14.692	39.837
% distribución beneficiarios							26,9%	73,1%

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

Como se observa en el cuadro 43, los beneficiarios son predominantemente mujeres, lo que contrasta con la distribución de la población objetivo. En el caso de la población de 20 y más años, las mujeres constituyen más del 90% de los beneficiarios entre 2012 y 2015. Esto contrasta con la población objetivo, en la cual las mujeres han representado menos del 50% entre 2012 a 2014, y 54% en la población objetivo del 2015. En el caso de los menores de 20 años, en 2015, único año es que es posible realizar esta comparación, la distribución por sexo de los beneficiarios es coherente con la distribución de la población objetivo, que presenta un 55% de mujeres y un 45% de hombres. En conclusión, se observa que la distribución de beneficiarios por sexo, en el caso de los mayores de 20, ha significado una incorporación significativamente menor de hombres que la que debiera existir de acuerdo a la distribución por sexo de la población objetivo. Esta distribución no responde a un criterio de focalización por sexo, tal como se establece en el Anexo 4 de este informe, que comprende el análisis de género.

Por su parte, la distribución edad constituye el único criterio de priorización del programa. Fue incorporado como recomendación a partir del 2015 y especificado como condición en la Resolución Exenta N°1216, que aprueba el programa para el 2016. Se define que los cupos entregados a cada Servicio de Salud deberán ser distribuidos en forma porcentual según los rangos de edad que se describen en el cuadro 44.

Cuadro 44: Distribución de cupos para el Programa Vida Sana y distribución de los beneficiarios 2015

Rango de Edad	% Distribución de la población*	Distribución beneficiarios 2015
Adultos entre 20 y 64 años, incluyendo mujeres post-parto	60% - 40%	46%
Niños, niñas y adolescentes entre 6 y 19 años, incluyendo mujeres post-parto	40% - 20%	n/d**
Niños y niñas entre 2 y 6 años	50% - 25%	n/d**

*La distribución de la población debe sumar el 100% de los cupos asignados de continuidad y nuevos

** No es posible estimar los beneficiarios de esos grupos de edad, pues los datos de beneficiarios han sido entregados por el programa para los grupos 2 a 4 años, 5 a 9 años y 10 a 19 años.

FUENTE: Distribución de los cupos: Programa Vida Sana. Distribución de beneficiarios: Estimación del panel con base a datos del programa

Como se observa en el cuadro anterior, el 46% de los beneficiarios se ubica en el tramo entre 20 a 64 años en el año 2015, cifra que está dentro del rango de valores definidos por el programa (entre 60% y 40%). El panel considera que la distribución de los beneficiarios 2015 es adecuada, ya que más de la mitad de los beneficiarios son menores de 20 años. No obstante, el programa ha establecido que el porcentaje total de beneficiarios adultos puede comprender el 60%, lo que el panel considera inadecuado ya que las actividades de promoción y prevención de salud son más costo efectivas a edades más tempranas. El panel desconoce cuáles fueron los criterios para establecer esta distribución de cupos, pues no está documentado. Además, a juicio del panel el cuadro de distribución de cupos no es lo suficientemente claro como para orientar al nivel local en criterios de focalización y de priorización que permitan cumplir con lo establecido, así como también los rangos se consideran muy amplios, por lo que no orientan en priorizar. Por otro lado, no se explicita cómo ésta distribución se compatibiliza con las orientaciones y lineamientos que se sugieren para priorizar beneficiarios, señalados al principios de este capítulo.

Respecto de la clasificación de beneficiarios por tramo FONASA, el cuadro 45 presenta la distribución de los beneficiarios 2015.

Cuadro 45: Distribución de beneficiarios según tramo FONASA 2015

Tramos	2015	
	N° Beneficiarios	%
A	23.502	43,1
B	12.378	22,7
C	9.270	17,0
D	9.379	17,2
Total	54.529	100,0

Fuente: Elaboración del panel en base a datos entregados por el programa.

Como se observa, el 83% de los beneficiarios del programa del año 2015 se ubica en los 3 primeros tramos de ingreso (A, B y C), lo que el panel evalúa de forma positiva. A juicio del panel, de no ser por la acción del programa, estos beneficiarios, por tener menores ingresos, no tendrían acceso a ninguna otra vía de atención a su problema de malnutrición por exceso.

Finalmente, el panel concluye que el programa carece de criterios de focalización, con excepción de la distribución de cupos por edad presentada en el cuadro 44, cuya definición no está fundamentada y que implica que los mayores de 20 años puedan ser la mayor parte de los beneficiarios (60%). Esta carencia de criterios de focalización y ausencia de fundamentación de los criterios de grupo etario se evalúa en forma negativa. No obstante, se evalúa positivamente la distribución de los beneficiarios 2015 por grupos de edad y tramos FONASA, ya que se ha privilegiado a los menores de 20 años y a los grupos de menores ingresos. Sin embargo, la

distribución por sexo, con una acentuada sobrerrepresentación femenina en el grupo de adultos comparada con la población objetivo, se considera inadecuada.

2.4 Calidad (satisfacción de los beneficiarios efectivos, oportunidad, comparación respecto a un estándar)

El programa no cuenta con mediciones y/o estudios de satisfacción de sus usuarios. Se considera que es un aspecto relevante ya que, como se ha señalado, los beneficiarios presentan baja adherencia al programa, situación que incide negativamente en sus resultados. En ese contexto, se evalúa que el hecho de que el programa no cuente con este tipo de instrumentos no le ha permitido indagar sobre los aspectos de satisfacción de usuarios, que podrían entregar información útil para revisar aspectos de la estrategia implementada que pudieran estar incidiendo en este resultado.

Otro aspecto relativo a la calidad del programa, es el que dice relación con los horarios de disponibilidad de servicios. En esta materia, la RE N°1216, que aprueba el programa para el 2016, establece que “el horario para el desarrollo de las actividades del programa, deben considerar la disponibilidad del usuario”. El panel considera que este es un aspecto relevante para la entrega de los servicios del programa. Sin embargo, se desconoce cómo se lleva a la práctica esta normativa, y si efectivamente se cumple, maximizando las posibilidades de que el usuario asista a todas las actividades ofrecidas. Al respecto se debe considerar que el programa señaló carecer de información sobre los horarios en que se realizan las actividades en las distintas comunas.

Un aspecto que pudiera ser indicador de la satisfacción de los usuarios con respecto al programa es el de la deserción, que se sitúa en el 86% al final de la intervención, en el año 2015.

Los resultados de una investigación cualitativa realizada en la comuna de Pedro Aguirre Cerda¹⁶⁹ pueden ser considerados como un indicador de satisfacción, en cuanto se identificó que las mujeres que completaron el programa manifiestan que valoran el apoyo que brinda el equipo del programa, el que resulta en una mejor autoestima. Al mismo tiempo, declaran que establecer redes con mujeres en su misma condición pasó a ser una motivación y apoyo en la generación de cambios. Finalmente manifiestan que observan una mejor condición física en ellas, así como una mejora en la alimentación de ellas mismas y de sus familias.

Aunque se trata de un estudio en una comuna¹⁷⁰, se evalúa que investigaciones de esta naturaleza o similares, constituyen instrumentos valiosos que aportarían a la retroalimentación del programa. En consecuencia, se evalúa que la carencia de estudios sistemáticos de la evaluación de la calidad por parte de los beneficiarios es una deficiencia del programa.

¹⁶⁹ 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

¹⁷⁰ El estudio citado no trabajó con una muestra representativa porque se trata de un estudio cualitativo, en los cuales el interés no reside en la representatividad estadística de la muestra sino en su representatividad teórica. El criterio para la construcción de la muestra fue tener mujeres de distintas etapas del ciclo vital (edades).

3. ECONOMÍA

3.1 Fuentes y uso de recursos financieros

Para efectos de esta evaluación, se ha determinado que el presupuesto de la Institución Responsable es el de Atención Primaria de Salud, debido a que las atenciones que entrega el Programa Vida Sana se desarrollan en ese nivel de atención. Éste comprende los recursos asignados a los presupuestos “Per Cápita” más “Programas de Reforzamiento”, uno de los cuales es el programa analizado. 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. Con respecto a los programas de Reforzamiento, el Programa Vida Sana representa el 1,7% del total de su presupuesto y esta participación ha crecido en 90,8% entre 2012 y 2016. Los aumentos señalados se deben a que mientras el presupuesto del programa ha crecido en casi tres veces en el período, los otros dos lo han hecho en torno al 4%. (Ver cuadro 12).

Se evalúa positivamente el aumento del presupuesto experimentado por el programa, ya que es una señal de la importancia estratégica que asigna el Ministerio de Salud 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.

A continuación se realiza el análisis de las fuentes de financiamiento del programa, las que se presentan en el siguiente cuadro para el período 2012 – 2016.

El presupuesto del programa alcanza a \$9.171 millones en el año 2016 y ha experimentado un crecimiento de 171% en el período evaluado. Los recursos están destinados a financiar los gastos del personal e insumos necesarios para la atención de beneficiarios¹⁷¹. Están compuestos, por una parte, por la asignación específica al programa fue en 2016 es de \$8.186 millones con un aumento de 142% entre 2012 y 2016. En los años 2012, 2013 y 2014 esta fue la única fuente de financiamiento del programa. A partir de 2015 ingresan al programa centros de salud dependientes de los Servicios de Salud, cuyo presupuesto se señala en el numeral 1.2 del siguiente cuadro, asignación de la institución responsable. En 2016 alcanza a \$985 millones y ha aumentado en 54% con respecto al año anterior. Cabe señalar que en esta asignación se debería registrar también el gasto administrativo del programa. Sin embargo, no se presenta en este cuadro debido a que solo se cuenta con una estimación para el año 2015¹⁷² y se considera que, de incluirse, haría que el análisis no fuera comparable en todos los años evaluados. (Ver cuadro 46).

En relación a las fuentes de financiamiento del programa, se debe señalar que, además de lo anterior, una parte de las actividades del componente 2 se desarrolla en instalaciones que no pertenecen al sector salud¹⁷³, sin las cuales el programa no podría funcionar adecuadamente. No se conoce su cuantificación y el panel estima que no sería factible hacerla en el ámbito de esta evaluación debido a la gran dispersión geográfica y variabilidad de estos aportes.

¹⁷¹ Gasto en recursos humanos, exámenes, insumos y capacitación.

¹⁷² Ver Capítulo 4 Sección 4.3 Gastos de Administración, gasto estimado en administración (personal) año 2015 M\$408.134.

¹⁷³ Escuelas, centros comunitarios y otros.

Cuadro 46: Fuentes de Financiamiento del programa 2012-2016 (Miles de \$ 2016)

Fuentes de Financiamiento	2012		2013		2014		2015		2016		Variación 2012-2016
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	%
1. Presupuestarias	3.385.193	100%	4.089.626	100%	4.379.250	100%	6.507.825	100%	9.170.879	100%	171%
1.1. Asignación específica al programa	3.385.193	100%	4.089.626	100%	4.379.250	100%	5.870.503	90%	8.186.229	89%	142%
1.2. Asignación institución responsable (ítem 21, 22 y 29, entre otros)	0	0%	0	0%	0	0%	637.322	10%	984.650	11%	54% ¹⁷⁴
1.3. Aportes en presupuesto de otras instituciones públicas	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
2. Extrapresupuestarias	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
2.1 Otras fuentes, sector privado, aportes de beneficiarios, organismos internacionales, etc.	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
Total	\$ 3.385.193	100%	4.089.626	100%	4.379.250	100%	6.507.825	100%	9.170.879	100%	171%

Fuente: Programa Vida Sana

Con respecto del gasto del programa, se debe señalar que es ejecutado por los Servicios de Salud. El programa devenga su gasto en el momento en que FONASA efectúa las transferencias a éstos, instancias donde, o bien se ejecutan directamente en los centros de salud de su dependencia, o bien son transferidos mediante convenios a los municipios, en el caso de los centros de salud municipalizados¹⁷⁵.

En el cuadro siguiente se presentan los datos de gastos del programa (transferencias). Como se puede apreciar, las cifras son iguales a las del cuadro anterior, razón por la cual no se hace análisis de ellas. Constituye una excepción el año 2015, donde se observa una diferencia de M\$8.686 entre el presupuesto y el gasto devengado, correspondientes a M\$ 4.124 en las transferencias a municipios y a M\$ 4.562 en bienes y servicios de consumo de los servicios de salud, en centros de salud de su dependencia.

Cuadro 47: Gasto Total del programa 2012-2015 (Miles de \$ 2016)

AÑO	Gasto Devengado ¹⁷⁶ de la institución responsable del programa ¹⁷⁷
2012	\$ 3.385.193
2013	\$ 4.089.626
2014	\$ 4.379.250
2015	\$ 6.499.139
Variación 2012-2015	92%

Fuente: Programa Vida Sana

¹⁷⁴ Variación entre 2015 y 2016.

¹⁷⁵ Ver Anexo 3, Mecanismos de transferencia de recursos.

¹⁷⁶ Gasto devengado corresponde a todas las obligaciones en el momento que se generen, independientemente de que éstas hayan sido o no pagadas (Fuente: Normativa del Sistema de Contabilidad General de la Nación - Oficio C.G.R. N° 60.820, de 2005).

¹⁷⁷ Corresponde al gasto con cargo a los recursos consignados en 1.1. y 1.2. del cuadro "Fuentes de Financiamiento del programa".

La distribución del gasto por subtítulo se presenta en el cuadro siguiente. Por la misma razón señalada anteriormente, el programa no cuenta con información de gasto diferenciada por objeto de gasto para los recursos transferidos a municipalidades, ya que se registran en su totalidad en el ST 24, Transferencias, que en 2015 representan el 89,6% del gasto total del programa. Como se señaló, el año 2015 es una excepción ya que a partir de ese año se transfieren, a los Servicios de Salud, recursos diferenciados para gastos en personal y bienes y servicios de consumo, correspondientes a la atención entregada en los establecimientos de su dependencia. Del total, el 9,8% corresponde a gasto en personal y 0,6% a bienes y servicios de consumo.

Cuadro 48: Desglose del Gasto Devengado¹⁷⁸ en Personal, Bienes y Servicios de Consumo, Inversión y otros 2012-2015 (Miles de \$ 2016)

	2012		2013		2014		2015		Variación 2012-2015
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	
1. Personal							\$ 637.322	9,8	
2. Bienes y Servicios de Consumo							\$ 39.587	0,6	
3. Inversión							\$ 0	0,0	
4. Transferencias	\$ 3.385.193	100,0	\$ 4.089.626	100,0	\$ 4.379.250	100,0	\$ 5.822.230	89,6	72%
Total Gasto Devengado	\$ 3.385.193	100,0	\$ 4.089.626	100,0	\$ 4.379.250	100,0	\$ 6.499.139	100,0	92%

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

Con respecto al gasto por componente, como ya se señaló, el programa no cuenta con registros de gasto y por tanto, tampoco es posible conocer cuál es su distribución por componente. Para esta evaluación, en la construcción del Anexo 5, Presupuesto y Gastos del programa, el programa efectuó una estimación de este gasto (transferencias) basándose en la distribución proporcional de beneficiarios programados a atender por componente. Como resultado, se observa una diferencia en el gasto por componentes que es variable en los años evaluados, donde en el año 2012 el gasto del componente 1 es 14% mayor que el del componente 2, diferencia que baja a 6% en el año 2015. (Ver cuadro 49).

Sin embargo, no se hará análisis de las cifras por cuanto el panel no valida la metodología empleada para esta estimación. En ésta, el programa asume igual costo de producción para las actividades de ambos componentes, toda vez que la distribución del gasto entre componentes se hace considerando el número de beneficiarios. Aún cuando no existe un estudio de costos sobre esta producción, el panel considera que el costo unitario de las actividades que desarrollan los componentes debería diferir entre uno y otro, debido a las diferencias en la intensidad de uso de los factores productivos empleados en cada una de las prestaciones. Se estima que el costo de las prestaciones que entrega el componente 1 (consultas y controles individuales) debería ser mayor ya que, por su condición de atenciones individuales, la cantidad de tiempo utilizado por cada profesional en cada beneficiario es mayor, y por ende de mayor costo, que las atenciones grupales que entrega el componente dos. Si bien el programa cuenta con un gasto estimado de la canasta de prestaciones que entrega, como se verá más adelante en el capítulo Eficiencia, Gasto por beneficiario, éste no está diferenciado por componente, por lo que no es posible para el panel efectuar una estimación de estos gastos. Además, el gasto estimado por el programa para la canasta de prestaciones que entrega responde a una programación normativa, es decir, se

¹⁷⁸ Corresponde al gasto con cargo a los recursos consignados en 1.1. y 1.2. del cuadro "Fuentes de Financiamiento del programa".

asume que todos los beneficiarios reciben la cantidad de prestaciones normadas, lo que no necesariamente ocurre en la realidad, como se analizó en el capítulo Eficacia, sección Producción de componentes.

Cuadro 49: Gasto Total¹⁷⁹ por Componente 2012-2015 (Miles de \$ 2016)¹⁸⁰

	2012		2013		2014		2015		Variación 2012-2015
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	
Componente 1	1.929.565	57	2.371.991	58	2.539.966	58	3.444.545	53	113,2
Componente 2	1.455.628	43	1.717.635	42	1.839.284	42	3.054.595	47	150,6
Total	3.385.193	100	4.089.626	100	4.379.250	100	6.499.139	100	129,3

Fuente: Elaboración del panel en base a datos Programa Vida Sana – Anexo 5

En razón de lo expuesto, el panel considera que el programa presenta debilidades importantes en su gestión financiera, que podrían tener consecuencias en la ejecución del mismo, ya que el programa, en la gestión que realiza el nivel central, no conoce si los recursos que está entregando se están gastando efectivamente en lo que se programó que se gastaran y para lo cual fueron asignados en el presupuesto, así como tampoco conoce el nivel de la ejecución presupuestaria en las unidades ejecutoras del programa. Si bien se comprende que esta situación obedece a las disposiciones legales que rigen la ejecución del gasto (Ley de Administración Financiera del Estado, transferencias), se estima también que, dada 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.

De acuerdo a la normativa vigente¹⁸¹, los Servicios de Salud monitorean el gasto, sin embargo, el resultado de este monitoreo no sube al nivel central de gestión del programa, lo que se considera inconveniente por las razones expuestas. Se entiende por resultado del monitoreo, una rendición agregada en términos de recursos transferidos versus recursos ejecutados y un indicador que permita vincular el nivel de producción con gasto.

3.2 Ejecución presupuestaria del programa

Como ya se señaló, el gasto del programa es devengado cuando se efectúa la transferencia a los Servicios de Salud. Dado que los recursos son transferidos por FONASA en su totalidad en el año, el gasto queda devengado en un 100% al momento de la transferencia, lo que significa una ejecución presupuestaria de 100% en todos los años, con la excepción ya señalada en el año 2015. Por tanto, el programa no tiene mecanismos para conocer el grado real de ejecución presupuestaria en los niveles operativos, de los recursos asignados al programa. Por las razones expuestas, no se hará análisis de las cifras presentadas en el cuadro 50.

¹⁷⁹ Incluye las tres fuentes de gasto: gasto devengado del presupuesto asignado, gasto de transferencias de otras instituciones públicas y aporte de terceros (recursos consignados en 2, Extrapresupuestarias, del cuadro Fuente de Financiamiento del programa). No incluye información de gastos de administración.

¹⁸⁰ Se observa una discrepancia en el dato del gasto por año. Se estima que podría deberse a problemas en la actualización de las cifras. Se espera que el programa pueda corregirlas.

El programa señala que la distribución del gasto de cada año por componente se realiza basado proporcionalmente en la población programada, distribuida por componente.

¹⁸¹ Las transferencias de recursos a las municipalidades se rigen por las normas establecidas en la Resolución 759 de 2003 de la Contraloría General de la República, numeral 5.2, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que deberá ser fiscalizado por el servicio respectivo, en este caso, los servicios de salud. El programa Vida Sana instruye al respecto que "las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera" entendiéndose en el contexto del párrafo que esta obligación es para con el servicio de salud.

Al respecto, 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 los ejecutores del programa, constituye información determinante para la programación presupuestaria.

Cuadro 50: Presupuesto del programa y Gasto Devengado 2012-2015 (Miles de \$ 2016)

Año	Presupuesto Inicial del programa (a)	Gasto Devengado (b)	% (b/a)*100
2012	\$ 3.385.193	\$ 3.385.193	100,0
2013	\$ 4.089.626	\$ 4.089.626	100,0
2014	\$ 4.379.250	\$ 4.379.250	100,0
2015	6.507.825	\$ 6.499.139	99,9

Fuente: Programa Vida Sana

3.3 Aportes de Terceros y recuperación de gastos.

Con respecto al financiamiento, se debe señalar que el programa no recibe aportes presupuestarios de terceros, ya sean de instituciones públicas o privadas, así como tampoco de beneficiarios. Sin embargo, en la ejecución del programa concurren aportes de municipalidades y otras organizaciones sociales, consistentes en instalaciones utilizadas por el programa para el desarrollo de sus actividades. Como se señaló en el Capítulo I.3 “Antecedentes presupuestarios”, para el panel no fue posible cuantificar estos aportes en el marco de esta evaluación.

El programa no aplica una política de recuperación de gastos ni de cobro a usuarios. Se considera que esta es una política adecuada tomando en cuenta el perfil económico de los beneficiarios, donde el 66% de ellos pertenece a los tramos A y B, de menores ingresos, de acuerdo a la clasificación FONASA, como se analiza en el Capítulo Eficacia y Calidad.

4. EFICIENCIA

4.1 A nivel de resultados intermedios y finales.

El programa no dispone de información sobre sus resultados intermedios y finales, por lo que el panel no puede hacer análisis de eficiencia a en ese nivel de resultados. Solo se dispone de información de actividades, la que se analiza en la siguiente sección.

4.2 A nivel de actividades y/o componentes. Relaciona gastos con productos

Como se señaló en el capítulo Economía, no se cuenta con datos del gasto ejecutado por los niveles operativos del programa, sino solamente con el presupuesto asignado y transferido por FONASA a los Servicios de Salud. Por lo tanto, el análisis que se presenta a continuación sobre gastos, se refiere a esas cifras.

Desde el punto de vista de la eficiencia de las actividades, se analizará el gasto promedio del programa por beneficiario. No se presenta este análisis por componente puesto que no se cuenta con información de gasto ni de beneficiarios diferenciada, como ya se señaló. Cabe recordar que, por la razón explicada en el capítulo Economía, el panel no valida los datos de gasto por componente entregados por el programa.

En el cuadro 51 se presenta, para cada año evaluado, los beneficiarios totales del programa, el gasto total y el resultado entre ambas variables, es decir el gasto unitario por beneficiario. Adicionalmente, en cuarta fila del cuadro se presenta la cifra de gasto por persona que el programa usó para efectuar su programación anual¹⁸². Finalmente, en la última fila se presenta la variación porcentual entre el gasto por beneficiario observado y el programado.

Cabe señalar que el programa realiza su programación basándose en un monto de recursos definidos mediante la valorización de equipos de trabajo, a los cuales se les ha asignado una cantidad de beneficiarios a atender¹⁸³.

Como se puede observar, los beneficiarios han aumentado en 339,4% en el período evaluado, en tanto el gasto lo ha hecho en 92%, lo que se traduce en que el gasto promedio anual por beneficiario ha descendido en 56,3%. Por su parte, el gasto unitario definido por el programa en sus estimaciones, presenta una baja de 20,7% en el período analizado.

En relación al gasto promedio por beneficiario anual, se observa que en el año 2012 el programa gastaba M\$272,8 por persona atendida, monto que desciende en 2013 (M\$244,7), tendencia a la baja que continúa en los dos años siguientes en M\$141,5 y M\$119,2, respectivamente. Al comparar estas cifras con aquellas que el programa estimó en su proceso de programación, se obtiene que en todos los años evaluados el gasto unitario observado supera al programado en porcentajes fluctuantes que van desde 62% en el año 2012 hasta 31,1% en 2015. El año 2014 es el que presenta la menor diferencia entre ambas cifras, ya que el gasto observado supera en un 26,7% al programado.

A fin de buscar una posible respuesta a estas diferencias, el análisis de la consistencia de la información señala que los datos de gasto son sólidos ya que responden a las transferencias FONASA. En consecuencia, se estima que 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. 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, solo se cumplió con 54.529 personas (65%). Se debe tener presente que los factores productivos, al menos los recursos humanos (equipos de trabajo en el nivel local), han sido definidos en función del número de beneficiarios programados y dado que son un costo fijo del programa, es decir que no cambia de acuerdo a las variaciones en la producción (número de beneficiarios). Por lo tanto, una menor cantidad de beneficiarios atendidos en relación a los programados, resulta en el costo unitario observado de atención por beneficiario más elevado. También podría ser que los datos de personas atendidas están errados, como se analiza en el Anexo 1.

En razón de lo expuesto, se considera que el programa no gestiona de manera adecuada la información que le permita retroalimentar su proceso de programación. Queda de manifiesto también, que no se 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.

A lo anterior se debe agregar que los datos analizados corresponden al número de beneficiarios que ingresaron al programa. Dada la deserción observada, el gasto promedio por beneficiario que

¹⁸² Planilla Excel "Ejecución Presupuestaria 2012 – 2015" enviado al panel por el programa Vida Sana.

¹⁸³ Ver Anexo 3, Descripción del Proceso productivo de componentes.

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 intervención¹⁸⁴.

Cuadro 51: Gasto (Transferencia) Promedio de Componentes por Beneficiario 2012-2015 (Miles de \$ 2016)¹⁸⁵

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

4.3 Gastos de Administración

Como se señaló anteriormente, el presupuesto asignado al programa financia los gastos de producción, por lo que la administración se efectúa, en el nivel central y en Servicios de Salud, por profesionales financiados con cargo al presupuesto de la DIVAP y de los propios servicios, respectivamente. En el nivel local, actúan profesionales pagados con recursos municipales.

A objeto de cuantificar su gasto administrativo, el programa realizó una estimación del gasto del personal que trabaja en el programa en el nivel central, valorizando el tiempo que dedican al programa, lo que resultó ser M\$29.294 anuales (valorización año 2016). Igualmente, solicitó a los Servicios de Salud, mediante un cuestionario, que informaran sus gastos en recursos humanos destinados a la gestión del programa y que no son pagados con recursos del presupuesto del programa. (Ver cuadro 52).

Cabe señalar que la estimación corresponde a los recursos humanos que se encuentran en funcionamiento en 2016. No obstante, se estima que es un proxy adecuado ya que no se han experimentado cambios en la gestión del programa entre 2015 y 2016 que pudieran justificar diferencias importantes en las dotaciones y por ende, en los costos. Se debe mencionar además, que ésta es la única información disponible para estimar los gastos de administración. En anexo 11 se presentan los gastos administrativos informados por cada servicio de salud.

Con respecto al gasto en que incurren las municipalidades para la gestión del programa, no fue posible estimarlo en el ámbito de esta evaluación, ya que se estimó que es necesario realizar un censo en todos los municipios que participan en el programa y desde el nivel central no se tiene acceso fácil y rápido a estas instituciones.

A continuación se presenta en el cuadro 48 la distribución por servicio de salud del gasto en personal destinado a la administración del programa, correspondiente a los 21 servicios que respondieron el cuestionario elaborado por el programa para estos efectos y que alcanza a casi \$303 millones anuales¹⁸⁶. En la última columna se consigna el porcentaje de beneficiarios 2015 de cada servicio, con lo que se concluye que el conjunto de servicios señalados representan el

¹⁸⁴ 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.

¹⁸⁵ No incluye información de gastos de administración.

¹⁸⁶ Del total de servicios de salud respondieron 23, sin embargo el cuadro muestra 21 de ellos debido a que los SS Iquique y Arauco, si bien respondieron el cuestionario, no informaron su gasto.

79,24% del total de beneficiarios del país en ese año, lo que permite proyectar la cifra del gasto de administración en recursos humanos, al total país.

Cuadro 52: Estimación de Gastos de Administración en personal de Servicios de Salud 2015 (Miles de \$ 2016)

Servicios de Salud	Gasto anual (M\$)	Participación % de beneficiarios 2015
Arica	13.281	0,73
Atacama	739	0,77
Viña del Mar-Quillota	14.024	3,64
Valparaíso-San Antonio	10.435	1,62
M. Norte	11.620	4,26
M. Oriente	6.000	4,31
M. Central	15.972	4,30
M. Sur	3.168	7,67
M. Sur Oriente	2.875	5,74
L. B. O'Higgins	21.059	4,24
Maule	30.871	6,94
Ñuble	15.816	5,51
Concepción	13.773	4,40
Talcahuano	6.286	3,73
Bio Bio	19.478	3,40
Araucanía Norte	12.709	2,09
Araucanía Sur	27.238	5,53
Valdivia	6.598	3,05
Reloncaví	13.034	3,10
Chiloé	6.598	3,55
Magallanes	51.271	0,66
Total	302.846	79,24

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

En el cuadro 53 se presenta la estimación del gasto total de administración del programa. Tomando como base que los 21 servicios de salud presentados en el cuadro anterior representan el 79,24% de los beneficiarios del programa (M\$302.846), se estimó el 100% del gasto del total de los SS del país, el que alcanza \$382.188 millones anuales. En la fila siguiente se muestra la estimación del gasto en recursos humanos del nivel central de Ministerio de Salud (M\$ 29.294).

Con el objeto de estimar el gasto en bienes y servicios de consumo, se utilizó la única información disponible, y es la distribución entre 21 y 22 de la transferencia que hace el programa a los servicios de salud que ejecutan el programa en los centros de salud de su dependencia¹⁸⁷. Ésta resultó ser de 5,9% para los bienes y servicios de consumo y el resto para gastos en personal. Como resultado, se obtuvo un monto de M\$ 408.134 de gastos de administración anuales. (Ver cuadro 53).

¹⁸⁷ Ver Cuadro 48.

Cuadro 53: Estimación de Gastos de Administración en nivel central y servicios de salud 2015 (Miles de \$ 2016)

Gasto personal SS (79,24% beneficiarios)	302.846
Gasto personal Total SS	382.188
Gasto personal nivel central	29.294
Total gasto personal	411.482
Gasto Bs. Ss. (5,9%)	24.065
Total gasto administración	435.547

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

El gasto de administración representa el 6,5% del gasto total del programa. Se considera que este porcentaje es adecuado ya que, de acuerdo a la experiencia del panel en evaluaciones de otros programas de prestación de servicios sociales, el gasto de administración se sitúa en rangos entre el 5% y 10% del gasto de producción. (Ver cuadro 54).

Cuadro 54: Gastos de Administración del programa 2012-2015 (Miles de \$ 2016)

Año	Gastos de Administración	Total Gasto del programa	% (Gastos Adm / Gasto Total del programa)*100
2012	n/d	2.943.646	n/d
2013	n/d	3.619.138	n/d
2014	n/d	4.054.861	n/d
2015	435.547	6.749.106	6,5%

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

III. CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL

El programa responde a un problema importante en la población chilena, como es la alta prevalencia de ENT, orientándose a modificar 3 de sus factores de riesgo reconocidos en la literatura especializada, como son la dieta inadecuada, la inactividad física y el sobrepeso/obesidad. Se focaliza en la prevención de las enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2, las cuales representan altos costos y gastos futuros para el país, las familias y los individuos, dada su alta prevalencia y consecuencias de mortalidad y morbilidad, lo que se demuestra en las estadísticas de mortalidad, las estimaciones de carga de enfermedad y la prevalencia de factores de riesgo, medida por la Encuesta Nacional de Salud. Estos indicadores dan cuenta de la importante magnitud del problema en la población chilena.

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 de éste en la generación y mantención de los cambios que lo llevarán a resolver su problema. 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. Al respecto, 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.

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. El panel ha analizado la plataforma web y el REM, y ha concluido que no puede validar los datos por las siguientes razones: el programa ha señalado que los datos para 2012-2013 no son confiables. La base de datos del año 2015 estaba en construcción durante el período de evaluación. En cuanto a la posibilidad de calcular indicadores para el año 2014, el panel ha analizado las planillas Excel de ese año, que alimentan la plataforma web y el REM, y ha encontrado diversas inconsistencias en el registro de los datos. Todo esto impide calcular indicadores válidos que permitan evaluar si el programa cumple el objetivo para el cual fue creado.

Los costos de provisión de los servicios que entrega el programa son el resultado de la valorización de las prestaciones que reciben los beneficiarios, que son consultas y controles con profesionales de la salud en atenciones individuales y exámenes de laboratorio, así como también atenciones grupales de actividad física y talleres con dupla psicólogo – nutricionista. Esta valorización se evalúa adecuada ya que se basa en parámetros objetivos y comprobables, como son las 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 sea 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 pues se dirige a las enfermedades de mayor impacto en términos de morbilidad y mortalidad, con altos costos y gastos futuros para el país, las familias y los individuos, y con una expresión de desigualdad, pues se presentan con mayor prevalencia en los sectores de menores ingresos, los cuales reciben los mayores impactos estando menos preparados para enfrentarlos. Asimismo, se considera 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 que está 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.

No obstante considerar que el programa debiera continuar, el análisis realizado da cuenta de un conjunto de debilidades del programa que deben ser subsanadas, las que 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, y que tienen impacto en la salud de la población.
- b) Una definición débil de criterios de focalización adecuados para el logro del propósito del programa, que especifique tanto la población prioritaria dentro de la población objetivo, la distribución de los cupos y la jerarquía de los criterios de ingreso, que permita priorizar el ingreso de los beneficiarios.
- c) La asignación de cupos no considera una distribución equitativa para los Servicios de Salud, ya que se observan dispersiones importantes en la cobertura alcanzada por el programa, entre los diferentes Servicios de Salud del país.
- d) 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 con una distribución de 46% y 54% respectivamente,
- e) La existencia de un porcentaje importante de deserción (86% en 2015) y la carencia de un análisis sistemático de la adherencia a la intervención, que permita definir estrategias alternativas a la existente, para incrementar la adherencia y disminuir la deserción. Experiencias internacionales muestran que la deserción es un problema característico de los programas de este tipo.
- f) Diversas falencias en el proceso productivo, de distintos grados de importancia, que interfieren de manera significativa con el logro del propósito.

- g) 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.
- g) Importantes falencias en los sistemas de registro de la información y procedimientos utilizados en distintas fases, desde el diseño de las planillas para el ingreso de datos, el ingreso mismo de datos por parte de los equipos que tienen contacto con el beneficiario, hasta el procesamiento y presentación de datos. Los principales problemas identificados se refieren a la ausencia de una definición de datos válidos y de sistemas automatizados consistente con esta definición, lo que produce un alto porcentaje de datos inconsistentes y ausentes. Esto ha impedido que el programa cuente con información válida y confiable que permita realizar un seguimiento y análisis de los resultados de la intervención en su población beneficiaria, de manera tal de diseñar estrategias más pertinentes y efectivas, en caso necesario, para el logro del propósito. Las modificaciones que el programa está realizando en este aspecto apuntan en la dirección correcta, en lo relativo a estandarizar y establecer los valores válidos para el ingreso de datos y definir plantillas de ingreso precodificadas, con el fin de evitar el ingreso de datos inconsistentes o ausentes.

Asociado a los problemas de información se observa que el programa carece de análisis riguroso y sistemático 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.

En relación al punto anterior, es muy relevante destacar que las modificaciones que se han realizado a la estrategia del programa, la más importante del año 2015, no se sustentan en un análisis sistemático y riguroso de sus resultados, que permitan fundamentar y justificar, con base a la evidencia, las decisiones de rediseño adoptadas.

2. RECOMENDACIONES

Sobre la base de las conclusiones del desempeño del programa, el panel recomienda acciones en las siguientes áreas: intersectorialidad, focalización, distribución de cupos, género, adherencia, proceso productivo, gestión financiera, organización y gestión, y sistemas de información.

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.

La recomendación se fundamenta en que la intervención del programa constituye una estrategia de nivel individual, orientada a producir cambios en la población en riesgo de ENT. Existe consenso en que las estrategias de nivel individual deben ser integradas a estrategias poblacionales. No obstante, la evidencia muestra que las estrategias de nivel individual tienen alto costo, menor cobertura y baja sustentabilidad en el tiempo, mientras que las de nivel poblacional alcanzan mayor cobertura, alta sustentabilidad y una relación costo-beneficio más favorable. Dada cierta evidencia que muestra problemas de sostenibilidad de los cambios producidos en beneficiarias del programa, el panel considera necesario profundizar la coordinación intersectorial, que permita tanto apoyar la intervención como contribuir a la sustentabilidad de los cambios producidos en la población beneficiaria, una vez terminada la intervención.

Lo anterior significa asumir que la prevención de las ENT constituye 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. También significa una revisión del enfoque que pone énfasis en la responsabilidad del individuo para generar y mantener los cambios. Cabe destacar que el actual gobierno ha dado un giro en este enfoque, lo que se representa simbólicamente en el cambio de la denominación del Sistema Vivir Sano 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 centrado en la responsabilidad del individuo, materia que también podría ser abordada por el Programa Vida Sana. Al respecto, cabe señalar que el programa declara tener un enfoque comunitario, asumiendo la definición que el MINSAL entrega para todos sus programas. Sin embargo, no está claro cómo el programa operacionaliza esta definición ministerial, especialmente en las intervenciones del componente 1. En opinión del panel, la profundización del trabajo intersectorial es una vía para operacionalizar este enfoque.

2. Criterios de focalización

En cuanto a los criterios de focalización que debiera aplicar el programa, el panel recomienda:

2.1 Priorizar la intervención en población en edad escolar.

La actual priorización permite que los beneficiarios adultos alcancen al 60% del programa, lo que a juicio del panel debiera ser cambiado por un máximo de 40% de adultos, fundamentado en lo que 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.

2.2 Determinar una priorización en los distintos criterios de ingreso al programa.

Actualmente no está claro cuál es el orden de prioridad para la selección de beneficiarios potenciales que presentan distintos criterios de ingreso. Esto permitiría discriminar la selección cuando existe mayor demanda que los cupos disponibles.

2.3. Revisar la pertinencia de incorporar Modelo Transteórico en selección de beneficiarios. Incorporar, a manera de piloto, la aplicación del Modelo Transteórico del cambio, en los criterios de inclusión y selección de beneficiarios, priorizando a las personas que se encuentren en etapa de acción. Considerando que este modelo ha sido aplicado por varios años para comprender y modificar los comportamientos de riesgo en salud, pero que la evidencia sobre su efectividad no es concluyente, se recomienda documentar y evaluar los resultados de su aplicación en el programa.

3. Distribución de cupos

3.1. 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 de manera de obtener resultados de cobertura homogéneos entre Servicios de Salud. 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.

4. Enfoque de género

4.1. 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. El programa debiera revisar su intervención, considerando las distintas valoraciones que hombres y mujeres otorgan a la salud y al cuidado de la salud, lo que implica definir estrategias de sensibilización con contenidos distintos para hombres y mujeres, incluyendo el enrolamiento, permanencia y desarrollo de la intervención. Esto puede contribuir a lograr en mayor medida su propósito, definido actualmente por igual para hombres y mujeres.

5. Adherencia

5.1. 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.

5.2. Diseñar ajustes o redefiniciones a la estrategia considerando medidas en el nivel nacional y local, basadas en la medición y análisis de adherencia al programa.

5.3. Redefinir el criterio de ingreso al programa, en lo referente a la admisión de beneficiarios que abandonaron el programa el año anterior, sin exigencias de un porcentaje mínimo de asistencia o de inasistencias debidamente justificadas. El panel recomienda retomar la exigencia de cumplir con el 60% de sesiones totales de actividad física y con la justificación de las inasistencias, tal como se especificó para el reingreso al programa entre 2012 y 2014. Se considera que la condición existente en 2015 es un incentivo que va en dirección contraria a la adherencia al

programa, ya que el usuario sabe que puede abandonar cuantas veces quiera, sin cumplir con un mínimo de asistencia, su cupo estará disponible para reingresar al año siguiente.

6. Proceso productivo

6.1. Efectuar la medición de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial de los beneficiarios durante la intervención.

Se recomienda formalizar esta medición y establecer un protocolo para aplicar en el caso de usuarios que desarrollen diabetes o hipertensión durante su permanencia como beneficiario del programa.

6.2. Definir si se incorpora como población objetivo del programa, a personas con obesidad severa (IMC entre 35 y 40) y obesidad mórbida (IMC mayor de 40). La definición debiera ser normada, estableciendo un protocolo para estos casos.

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.

6.4. Evaluar el cumplimiento de los objetivos definidos por el programa para los distintos tramos etarios de beneficiarios, en el mes 12 de la intervención.

6.5. Homogeneizar los tramos etarios en todas las definiciones y ámbitos de acción del programa.

6.6. Definir el flujo de atención para el control de ingreso, de modo de establecer una lógica que permita asegurar que el beneficiario cumple con los criterios de ingreso y no presenta criterios de exclusión.

6.7. Revisar las funciones y tiempo de dedicación asignados a los referentes técnicos del programa, en el nivel central.

El panel considera que gran parte de los problemas de gestión, seguimiento y análisis de los resultados del programa puede explicarse por dos razones. En primer lugar, porque la cantidad de horas asignadas a los profesionales responsables es insuficiente para realizar las funciones asignadas. En segundo lugar, porque algunas de las funciones actualmente ejecutadas por los referentes técnicos corresponden a intervenciones en el nivel local, que pueden ser delegadas a los Servicios de Salud. Específicamente, el monitoreo de firma de convenios y traspaso de recursos, la realización de reuniones para difundir orientación y lineamientos técnicos y favorecer las alianzas estratégicas con centro de salud de la comuna y el intersector (especialmente JUNJI, INTEGRA, JUNAEB, MINDEP, MINEDUC, Direcciones de Educación y SEREMI, entre otros.) y contribuir en la gestión y participación del desarrollo del diagnóstico participativo parcial, catastro, mapa de redes locales, plan de trabajo anual de la comuna y flujogramas del programa¹⁸⁸. Todas estas acciones son ejecutadas en el nivel local, y por tanto pueden ser apoyadas y supervisadas por los Servicios de Salud y no por el nivel central.

Esta delegación de funciones permitiría liberar tiempo de dedicación para otras actividades del programa.

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.

¹⁸⁸ Consiste en visitas a terreno de los profesionales del nivel central, quienes prestan asesoría a los equipos locales en las actividades descritas.

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.

7.2. Definir los procedimientos mediante los cuales se efectuará la redistribución de recursos de quienes no cumplan con las metas establecidas en la primera evaluación semestral que efectúa el programa. Ello implica definir las instancias que participan en esta redistribución, sus funciones, responsabilidades y mecanismos de información involucrados en ella.

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.

Definir una plataforma para el ingreso correcto 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. Ello evitará datos 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.

IV. BIBLIOGRAFÍA

- Agencia de Calidad de la Educación. *"Informe de Resultados Estudio Nacional de Educación Física 8°básicos 2014"*. Santiago, 2015.
- Almeida N, Castiel L, Ayres J. *"Riesgo: Concepto básico de la epidemiología"*. Salud Colectiva 2009;5(3):323-44
- Atalah, E. *"Epidemiología de la obesidad en Chile"*. Rev. Med. Clin. Condes 2012, 23 (2) 117-123.
- Atalah, E. et. al. *"Prevalencia de obesidad en escolares de la Región de Aysén"*. Arch Pediatr Urug 2001; 72(3): 235-241
- Blacksher E. *"Carrots and sticks to promote healthy behaviors: a policy update"*. Hastings Cent Rep 2008;38(3):13-6.
- Brown N, Smith K, Kromm E. *"Women's perceptions of the relationship between recent life events, transitions, and diet in midlife: findings from a focus group study"*. Women Health 2012;52(3):234-51.
- 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.
- Carrasco, F. et. al. *"Evaluación de un programa piloto de intervención en adultos con sobrepeso u obesidad, en riesgo de diabetes"*. Rev Méd Chile 2008; 136: 13-21.
- 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.
- Castiel LD, Alvarez-Dardet C. *"La salud persecutoria"*. Rev Saude Publica 2007; 41(3):461-6
- CELADE. *"Estimaciones y Proyecciones de Población de Largo Plazo para los Países de América Latina, 1950-2100. Revisión 2013"*. (http://www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm).
- Cerqueira MT. *"Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas"*. En: Arroyo I, Cerqueira MT, eds. *"La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina. Un análisis sectorial"*. San Juan, 1997;7-48.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *"Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe"*. Santiago, 2008.
- Crawford R. *"You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming"*. Int J Health Serv 1977;7(4):663-80.
- Crawford R. *"Healthism and the medicalization of everyday life"*. Int J Health Serv 1980;10(3):365-88.
- Ferrer-Lues, M. *"¿La salud como responsabilidad individual? Análisis crítico del concepto de salud en la racionalidad política de los gobiernos de la Concertación en Chile"*. Tesis para optar al Grado de Doctora en Salud Pública. Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende G. 2015.
- 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.

- Figueira TR, Ferreira e Ferreira E, Schall VT, Modena CM. "Women's perceptions and practices regarding prevention and health promotion in primary healthcare". *Rev Saude Publica* 2009;43(6):937-43.
- Frenz P, Agurto I, Valenzuela MV. "Estudio de preferencias sociales para la definición de garantías explícitas en salud". En: MINSAL, ed. "Desde un sistema de control de enfermedades a un sistema de producción social de salud. Borrador para la discusión". Santiago: Sub Secretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, MINSAL, 2010;31-126.
- Gaudenzi P, Schramm FR. "A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em saúde pública". *Interface-Comunic, Saúde, Educ* 2009.
- Jallinoja P, Pajari P, Absetz P. "Negotiated pleasures in health-seeking lifestyles of participants of a health promoting intervention". *Health (London)* 2010;14(2):115-30.
- Lalonde M. "El concepto de "campo de la salud": una perspectiva canadiense". In: Organización Panamericana de la Salud, ed. "Promoción de la salud: una antología". Washington, DC, 1996;3-5.
- Marmor T, Barer M, Evans R. "The determinants of population health: What can be done to improve a democratic nation's health status?" In: Marmor T, Barer M, Evans R, eds. "Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations". New York: Aldine de Gruyter, 1994;217-230
- Ministerio de Salud. "Resolución Exenta N° 1216" del 30 de diciembre de 2015
- Ministerio de Educación. "Informe de Resultados Educación Física SIMCE 8°básicos 2010". Santiago, 2010.
- Ministerio de Salud. "Orientaciones y Lineamientos. Programa Vida Sana. 2015". Santiago, 2015
- Ministerio de Salud. "Orientaciones y Lineamientos. Programa Vida Sana. Manual del Profesional". Santiago, 2015
- Ministerio de Salud. "Primer reporte de vigilancia de enfermedades no transmisibles 2011. Situación epidemiológica de las ENT y lesiones en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay". Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de Chile. Santiago, 2011.
- Ministerio de Salud. "Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020". Santiago, 2011.
- Ministerio de Salud / Pontificia Universidad Católica / Universidad Alberto Hurtado. "Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010". Santiago, 2011.
- Ministerio de Salud. "Objetivos Sanitarios de la Década 2000 – 2010. Evaluación del final del período". Departamento de Epidemiología. División de Planificación Sanitaria, MINSAL. Santiago 2010.
- Ministerio de Salud. "Objetivos sanitarios para la decada 2000-2010. Visión y nuevos desafíos desde la perspectiva de informantes claves". Documento de Trabajo: Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud, MINSAL. Santiago 2009.
- Ministerio de Salud. "Informe Final Estudio de Carga de enfermedad y carga atribuible". Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile. Santiago, 2008.
- NICE. "Behavior change at population, community and individual levels. NICE Public Health Guidance 6". London, 2007,
- Organización Mundial de la Salud. "Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana". Ginebra, 2002.

Organización Mundial de la Salud. *"Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores"*. Secretaría de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, 2005

Instituto Nacional de Deportes Chile. *"Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes en la Población Chilena de 18 y más años. Informe de resultados"*. Alcalá Consultores Asociados Limitada. Santiago, 2010.

Instituto Nacional de Estadísticas. *"Mortalidad en Chile 2002 y 2012"*. Estimaciones sobre la base de las estadísticas vitales.
http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/mortalidad.pdf.

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

Organización Panamericana de la Salud *"Plan de acción para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019"*. Washington, DC, 2014

Raphael D, Curry-Stevens A, Bryant T. *"Barriers to addressing the social determinants of health: insights from the Canadian experience"*. Health Policy 2008;88(2-3):222-35

Raphael D. *"The question of evidence in health promotion"*. Health Promotion International 2000;15(4):355-367.

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, 21 y 22 de enero de 2013 (página 14).*

Sapag J, Martínez M, Flores T, Poblete F. *"Evaluación del proceso de promoción de la salud en Chile (1998-2006) y recomendaciones para una nueva etapa. Informe Final"*. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Salud, Sub Secretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile. Santiago, 2006.

Sloan C, Gough B, Conner M. *"Healthy masculinities? How ostensibly healthy men talk about lifestyle, health and gender"*. Psychol Health 2010;25(7):783-80.

Universidad de Concepción. *"Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes en la Población Chilena de 18 y más años. Informe Final"*. Concepción, 2012.

Wikler, Beauchamp. *"Lifestyles and Public Health"*. En: Post S, ed. *"Encyclopedia of Bioethics"*. New York: MacMillan Reference USA, 2004;1406-1409.

World Health Organization. *"Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility"*. WHO, Geneva, 2014.

World Health Organization. *"Noncommunicable diseases country profiles 2011"*. Geneva, 2011

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

V. ENTREVISTAS Y REUNIONES REALIZADAS

<i>Fecha</i>	<i>Participantes</i>	<i>Temario</i>
19 de enero de 2016	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lucía Vergara, Jefe Departamento Modelo de Atención APS (S), División de Atención Primaria (DIVAP), MINSAL ➤ María Isabel de Ferrari, Asesora Gabinete, MINSAL ➤ Natalia Dinamarca, Profesional Nutricionista, DIVAP, MINSAL ➤ Fernando Concha, Asesor, Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL ➤ Loreto Olave, Jefa de Dpto. Control de Gestión Ministerial, Coordinadora de Evaluaciones, MINSAL ➤ Carolina Méndez, Analista de Dpto. Control de Gestión Ministerial, MINSAL ➤ Antonio Ansoleaga, Jefe Dpto. de Evaluación, DIPRES ➤ Jimena Federici, Analista Dpto. de Evaluación, DIPRES ➤ María José Pérez, Analista Dpto. de Evaluación, DIPRES ➤ María Luisa Daigre, panel evaluador (coordinadora) ➤ Elisa Heynig, panel evaluador 	<p>Reunión de inicio de la evaluación. Presentación del programa</p>
21 de enero de 2015	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Natalia Dinamarca, Profesional Nutricionista, DIVAP, MINSAL ➤ Fernando Concha, Asesor, Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL ➤ Carolina Méndez, Analista de Dpto. Control de Gestión Ministerial, MINSAL ➤ Laura González, ➤ Arminda Ferrán, Referente Técnico Financiero del programa ➤ Jimena Federici, Analista Dpto. de Evaluación, DIPRES ➤ María José Pérez, Analista Dpto. de Evaluación, DIPRES ➤ María Luisa Daigre, panel evaluador (coordinadora) ➤ Elisa Heynig, panel evaluador ➤ Marcela Ferrer, panel evaluador 	<p>Análisis de la Matriz de Marco Lógico</p>
9 de febrero de 2016	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Natalia Dinamarca, Profesional Nutricionista, DIVAP, MINSAL ➤ Carolina Méndez, Analista de Dpto. Control de Gestión Ministerial, MINSAL ➤ Arminda Ferrán, Referente Técnico Financiero del programa ➤ María Luisa Daigre, panel evaluador (coordinadora) ➤ Elisa Heynig, panel evaluador 	<p>Análisis del proceso productivo</p> <p>Análisis del Anexo 5 Presupuesto y Gastos</p>
1 de marzo de 2016	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lucía Vergara, Jefe Departamento Modelo de Atención APS (S), División de Atención Primaria (DIVAP), MINSAL ➤ Natalia Dinamarca, Profesional Nutricionista, DIVAP, MINSAL ➤ Loreto Olave, Jefa de Dpto. Control de Gestión Ministerial, Coordinadora de Evaluaciones, MINSAL ➤ Carolina Méndez, Analista de Dpto. Control de Gestión Ministerial, MINSAL ➤ Jimena Federici, Analista Dpto. de Evaluación, DIPRES ➤ María Luisa Daigre, panel evaluador (coordinadora) 	<p>Análisis de la información de población potencial y objetivo.</p>
3 de marzo de 2016	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dra. Paz Rojas, Jefe División de Atención Primaria, MINSAL ➤ Natalia Dinamarca, Profesional Nutricionista, DIVAP, MINSAL ➤ Arminda Ferrán, Referente Técnico Financiero del programa ➤ Mónica Nuñez, Directora de Salud, Corporación Municipal de Lo Prado ➤ Claudia Lara, Coordinadora programa Tres A (Alimentación y actividad física, Afectividad y Sexualidad y Autocuidado y Medio Ambiente), Corporación Municipal de Lo Prado ➤ Macarena Rojas, Programa Vida Sana Obesidad, Corporación Municipal de Lo Prado ➤ Patricia Bustos, Encargada del Programa Vida Sana S.S. M. 	<p>Visita a terreno comuna Lo Prado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Corporación Municipal Lo Prado ➤ Centro de Salud Dr. Carlos Avendaño ➤ Escuela Poeta Vicente Huidobro

<i>Fecha</i>	<i>Participantes</i>	<i>Temario</i>
	<ul style="list-style-type: none"> Occidente ➤ David Leiva, Nutricionista, Referente área Nutrición Programa Vida Sana, S.S. M. Occidente ➤ Elena Musa, Directora Centro de Salud Dr. Carlos Avendaño, comuna Lo Prado ➤ Lisette Carrasco, Terapeuta en actividad física y salud, Centro de Salud Dr. Carlos Avendaño, Comuna Lo Prado ➤ Militza Rojas, Psicóloga Centro de Salud Dr. Carlos Avendaño, Comuna Lo Prado ➤ Karina Guzmán, Directora Colegio Poeta Vicente Huidobro, Comuna Lo Prado ➤ Andrea Benaldo, Psicóloga Colegio Poeta Vicente Huidobro, Comuna Lo Prado ➤ Patricia Navarro, Nutricionista Colegio Poeta Vicente Huidobro, Comuna Lo Prado ➤ Ariel Maturana, Terapeuta en actividad física y salud, Colegio Poeta Vicente Huidobro, Comuna Lo Prado ➤ Camila Vergara, Terapeuta en actividad física y salud, Colegio Poeta Vicente Huidobro, Comuna Lo Prado ➤ María Luisa Daigre, panel evaluador (coordinadora) ➤ Elisa Heynig, panel evaluador ➤ Marcela Ferrer, panel evaluador 	
9 de marzo de 2016	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Natalia Dinamarca, Profesional Nutricionista, DIVAP, MINSAL ➤ Fernando Concha, Asesor, Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL ➤ Elisa Heynig, panel evaluador 	Análisis Proceso Productivo
5 de abril 2016	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Arminda Ferrán, Referente Técnico Financiero del programa, DIVAP, MINSAL ➤ Rodolfo Tello, Profesional Departamento de Finanzas APS, DIVAP, MINSAL ➤ Daniel Pizarro, Profesional del División de Presupuesto, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL ➤ María Luisa Daigre, panel evaluador (coordinadora) 	Análisis Anexo 5, Presupuesto y Gastos del Programa
4 de mayo 2016	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lorena Rodríguez, Jefe Dpto. Alimento y Nutrición, División de Políticas Públicas, MINSAL ➤ Carolina Méndez, Dpto. Control de Gestión, MINSAL ➤ María Luisa Daigre, panel evaluador (coordinadora) ➤ Marcela Ferrer-Lues, panel evaluador 	Entrevista. Análisis coordinación políticas de nutrición y Vida Sana
4 de mayo 2016	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Viviana Ulloa, Secretaria Ejecutiva Sistema Elige Vivir Sano, MIDESO ➤ Laura González, Dpto. Control de Gestión, MINSAL ➤ Ana Terán, Dpto. Control de Gestión, MINSAL ➤ María Luisa Daigre, panel evaluador (coordinadora) ➤ Marcela Ferrer-Lues, panel evaluador 	Entrevista. Análisis Sistema Elige Vivir Sano y el Programa Vida Sana
16 de mayo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dr. Tito Pizarro, Jefe División de Políticas Públicas, MINSAL ➤ María Luisa Daigre, panel evaluador (coordinadora) ➤ Marcela Ferrer-Lues, panel evaluador ➤ Elisa Heynig, panel evaluador 	Entrevista. Análisis Políticas Públicas y su coordinación con el programa
19 de mayo 2016	<ul style="list-style-type: none"> ➤ María Isabel de Ferrari, Asesora Gabinete, MINSAL ➤ Lucía Vergara, Jefe Departamento Modelo de Atención APS (S), División de Atención Primaria (DIVAP), MINSAL ➤ Natalia Dinamarca, Profesional Nutricionista, DIVAP, MINSAL 	Análisis observaciones a Informe Final Preliminar

<i>Fecha</i>	<i>Participantes</i>	<i>Temario</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fernando Concha, Asesor, Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL ➤ Mónica Barraza, Jefa de Dpto. Control de Gestión Ministerial, Coordinadora de Evaluaciones, MINSAL ➤ Carolina Méndez, Analista de Dpto. Control de Gestión Ministerial, MINSAL ➤ Jimena Federici, Analista Dpto. de Evaluación, DIPRES ➤ María José Pérez, Analista Dpto. de Evaluación, DIPRES ➤ María Luisa Daigre, panel evaluador (coordinadora) ➤ Marcela Ferrer-Lues, panel evaluador 	

VI. ANEXOS DE TRABAJO

Anexo 1: Reporte sobre el estado y calidad de la información disponible para evaluar el programa

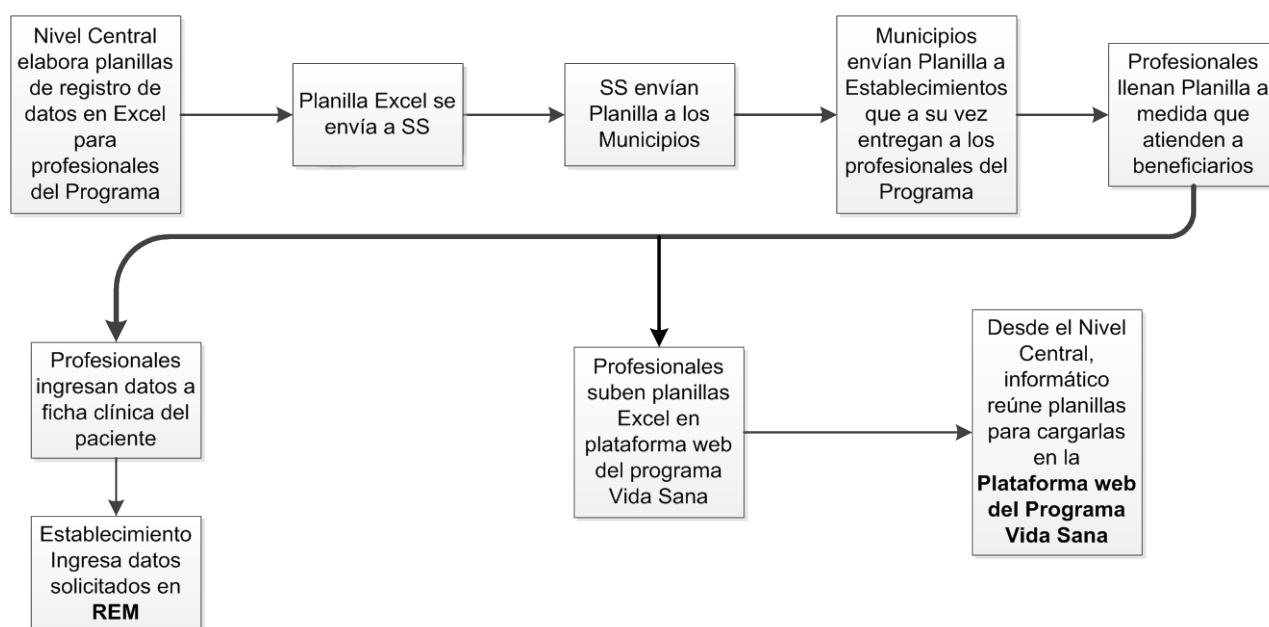
a. Bases de datos con información relevante para la evaluación

Las bases de datos del programa están conformadas por dos sistemas:

1. Plataforma Web del Programa Vida Sana
2. Registro Estadístico Mensual – REM

Ambos sistemas se alimentan de planillas Excel diseñadas por el programa, que constituyen la fuente de información primaria. Como muestra el Flujograma A.1.1, el programa envía estas planillas, a través de los SS, al nivel local donde los profesionales que atienden a los beneficiarios, ingresan los datos requeridos.

Flujograma N°A.1.1: Flujo de planillas para el ingreso de datos, sistematización y registro



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

A continuación se analizan los sistemas utilizados.

Planillas Excel

Las planillas Excel han sufrido modificaciones en el período evaluado, por lo que ha existido un modelo de planilla para los años 2012 – 2013¹⁸⁹, otro diferente para 2014 y otro para 2015. Los cambios responden, por un lado, a las variaciones que ha experimentado la estrategia del programa entre el año 2014 y 2015 (ver Recuadro N°1 en Descripción General del programa) y por otro lado, a la identificación por parte del nivel central del programa, de problemas de registro en las bases de datos recibidas desde el nivel local, en los años descritos. Estos

¹⁸⁹ Según informa el programa, en esos años estas bases de datos presentan errores en la digitación de los datos, así como dificultades técnicas en la plataforma, determinándose suspender su utilización en los años citados.

problemas se expresan principalmente en la aparición de valores erróneos¹⁹⁰ y la ausencia de registro de datos en todas las variables solicitadas. El siguiente cuadro describe las variables contenidas en las planillas y las modificaciones efectuadas en los diferentes años.

Cuadro N°A.1.1: Descripción de Variables en Planillas Excel 2012 - 2015

Base de datos/ Aspecto	2012 - 2013	2014	2015
Número total de variables	159	85	144
N° hojas en Excel	5 (una para cada control)	1	1
Controles registrados	1° mes, 4° mes, 6° mes, 9° mes y 12° mes		1° mes, 3° mes, 6° mes, 9° mes y 12° mes
Datos paciente	Se deben ingresar en cada hoja los mismos datos.	Se eliminan algunas variables de la base anterior (Región, SS, Comuna, Consultorio, año, ID, tipo paciente y fecha registro).	El dato nombre se ingresa de manera diferente a años anteriores: nombre, apellido paterno y materno en 3 columnas diferentes (antes se ingresaba todo en una sola).
Actividad Física	Se ingresan los mismos datos para cada control, identificando la actividad ocupacional, actividad física, frecuencia, duración e intensidad		
	Se ingresa en 1° y 4° mes resultado de Test 6 minutos.	Se incorporan resultados de todos los test realizados diferenciados por grupos etarios según la estrategia, ingresando los resultados en columnas distintas según el grupo al que corresponde.	
	Al 4° mes se ingresa el número de sesiones de actividad física	En cada control se ingresa el número de sesiones de actividad física realizadas en el periodo. Se incorporan cálculos automáticos de la suma de sesiones del periodo al 6°, 9° y 12° mes.	
Antropometría (de controles con Nutricionista)	Se ingresa talla, peso, IMC y perímetro de cintura en cada control	Se ingresa talla, peso, IMC (se calcula automáticamente) y circunferencia cintura en cada control y se incorporan variables específicas por grupo etario (ZScore y talla-edad) y opciones para diagnóstico nutricional Integrado.	
“Talleres”	Al 4° mes se registra Consulta médica, Taller Nutricionista y Taller Psicólogo.	En el 6° y 12° mes se ingresa consulta médica, consulta nutricionista, consulta psicólogo y talleres dupla nutricionista - psicólogo (con opciones de números predefinidas ¹⁹¹ para cada una de las variables).	
Alta / Abandono y razón (motivo)	Se registra al 4°, 6°, 9° y 12° mes con opciones predefinidas	Se ingresa al 3°, 6°, 9° y 12° mes con opciones predefinidas	
Exámenes de Laboratorio y Presión Arterial	Se ingresan resultados de exámenes en 1° y 4° mes (Colesterol Total, LDL, HDL, Triglicéridos y Glicemia en Ayunas)	Se ingresan resultados de exámenes en 1° y 6° mes	

Fuente: Elaboración del panel en base a planillas, sin datos ingresados, entregadas por el programa

¹⁹⁰ O valor atípico: son aquellos valores que se encuentran numéricamente distantes del resto de los datos o que no corresponde para la medición que se está haciendo (por ejemplo alguien que mida 23 cm.)

¹⁹¹ Lista desplegable en la celda.

En las planillas descritas se observan las siguientes diferencias entre los distintos años, las que pueden responder a cambios en la estrategia entre los años evaluados. Sin embargo, en el marco de este análisis, se consideran relevantes, independientemente de la razón que las explica, ya que ello se traduce en que, en el caso de que se contara con datos confiables, estas diferencias impedirían comparar resultados en los años evaluados.

- En las planillas del año 2012 a 2014 se registra el 4° mes de intervención, mientras el 2015 se registra el 3°. Esto es válido para todas las variables.
- El 2015 se ingresa el nombre en 3 columnas, mientras en los años anteriores se registraba sólo en una columna.
- En actividad física, entre 2012 y 2014 se ingresa sólo el resultado del test 6 minutos, en tanto en 2015 se ingresa el resultado de todas las pruebas realizadas (diferentes según grupo etario).
- Entre el 2012 y el 2014 se ingresa sólo al 4° mes el número de sesiones de actividad física, mientras en 2015 se ingresa este dato para cada control.
- Entre 2012 y 2014 el IMC se ingresa manualmente. En 2015 se calcula en forma automática. En este año también se incorporan otras variables específicas por grupo etario (ZScore y talla-edad) con opciones de Diagnóstico Nutricional Integrado.
- Entre 2012 y 2014 se ingresa al 4° mes el número de consultas médicas, talleres con nutricionista y talleres con psicólogo. En 2015 se ingresa al 6° y al 12° mes el número de consultas médicas, consultas nutricionista, consultas psicólogo y talleres dupla nutricionista-psicólogo.
- Entre 2012 y 2014 se ingresan los resultados de exámenes de laboratorio al 1° y 4° mes. En 2015, al 1° y 6° mes.

A pesar de las diferencias en los sistemas de registro, en ambos se mantienen las variables asociadas a los objetivos específicos del programa, según la estrategia definida en cada año. No obstante, no es posible comparar el periodo 2012 – 2014 con el año 2015, debido a las diferencias en la estrategia que implican diferentes números de prestaciones entregadas en diferentes períodos de tiempo; así como también las evaluaciones de corte (hitos establecidos) no son iguales (4° mes hasta 2014 y al 6° mes en 2015, para gran parte de las prestaciones). A juicio del panel, es pertinente realizar los ajustes a fin de adecuar la planilla de registro de datos a la estrategia vigente, sus objetivos e hitos. Al respecto se considera que, para efectos de monitoreo y evaluación del programa, es necesario contar con criterios y mediciones que permitan comparar los resultados obtenidos en cada año, a la vez que identificar aquellos que se originan en el cambio de estrategia.

En la planilla 2012-2013¹⁹² descrita en el cuadro anterior, hay sólo algunas variables con opciones de respuesta predefinidas, al igual que en el año 2014. En 2015 se realizaron cambios orientados a rigidizar el ingreso de datos, incorporando opciones de respuesta predefinidas en todas aquellas variables en que esto fuera posible. Además, se agregaron “señales de alerta”¹⁹³ en caso de que se registraran valores que puedan ser considerados erróneos, impidiendo su ingreso. A lo anterior, se agregan fórmulas de cálculo automáticas (por ejemplo para el cálculo del IMC y la suma de sesiones de actividad física en el periodo). El panel considera que las modificaciones realizadas a la planilla del 2015 permitirán un registro más confiable de los datos. Sin embargo, el panel no tuvo acceso a la base de datos poblada del año 2015, lo que le impide pronunciarse respecto de la efectividad de estos cambios, tendiente a generar datos sin valores fuera de rango u otros errores.

¹⁹² Planilla enviada por el programa sin datos ingresados.

¹⁹³ Ventanas emergentes automatizadas que impiden el registro de valores que sean considerados fuera de rango (según lo establecido en la planilla) o que no cuenten con las características solicitadas (por ejemplo ingresar letras en espacios que solicitan números). No habilitado para las planillas en los años anteriores.

El análisis de las bases correspondientes a los años 2012 a 2014, señala que se encuentran diferentes valores de registro para las mismas variables, lo que sugiere que las restricciones en el ingreso de datos antes señaladas (listas desplegables con opciones de respuesta predefinidas) no estaban activas para todos quienes tenían acceso a las planillas. Esto puede tener distintas explicaciones, tales como errores en el traspaso de las planillas, diferentes versiones de software, u otros factores que no es posible identificar a posteriori.

Las variables descritas y observadas en las planillas Excel enviadas por el programa serían, en teoría, suficientes para la descripción de beneficiarios, en el caso de que se contara con datos completos y confiables. Ello permitiría su caracterización por sexo, edad, estado nutricional, condición física, diagnóstico de pre hipertensión, diagnóstico de prediabetes y diagnóstico de perímetro de cintura aumentado. Igualmente, permitiría conocer el número de actividades que el programa ha entregado a la población beneficiaria. Sin embargo, esto depende de la calidad del registro que se efectúe en el nivel local, ya que sin datos confiables en la fuente primaria, todo procesamiento es poco confiable.

Plataforma Web Programa Vida Sana

Es una base de datos que está disponible para los referentes del programa, tanto en el nivel central, de Servicio de Salud, coordinadores comunales y profesionales de terreno. Es utilizada para recoger datos rutificados, obtenidos en la intervención del programa con los usuarios, que permite realizar cálculos de indicadores. Las dimensiones que mide son: edad, sexo, año de intervención, controles realizados de las atenciones individuales y asistencia a sesiones grupales. Tiene una actualización diaria.

Esta plataforma se alimenta a partir de los datos consignados en las planillas Excel. Desde el año 2014, el diseño de la plataforma permite que los equipos locales suban la planilla Excel completa, datos que son consolidados en el nivel central del MINSAL. Ello ha significado una automatización del proceso, el que con anterioridad era realizado en forma manual con la consecuente mayor probabilidad de errores. Para la gestión del sistema, el encargado comunal, el encargado de Servicio de Salud y el MINSAL en el nivel central, tienen acceso a la clave para ingresar a la plataforma y a los indicadores y reportes que ésta genera. Ver Cuadro A.1.2.

Cuadro A.1.2: Plataforma Web Programa Vida Sana

Nombre	Plataforma web Vida Sana
Descripción	<p>Base de datos clínicos rutificada, de uso exclusivo del Programa Vida Sana, cuyos datos son ingresados por los equipos técnicos de terreno. Está diseñada para aportar información a diario sobre medición de indicadores y reportes para la gestión y seguimiento del programa a nivel de establecimiento, comuna, Servicio de Salud y país. Su valor está en la entrega de cálculos directos de indicadores para el seguimiento de metas establecidas.</p> <p>La Plataforma estructura los datos en dos formas: "Resultado Reportes" que presenta el número de personas que logra la condición especificada; y "Resultado Indicadores", que muestra los resultados en porcentaje y la fórmula de cálculo.</p>
Período de vigencia	Año presupuestario
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	Censo
Frecuencia de medición	Diaria
Campos / Variables	<ul style="list-style-type: none"> • Población en control <ul style="list-style-type: none"> - Número de personas inscritas en el programa - Estado nutricional - Diagnóstico de pre hipertensión - Diagnóstico de pre diabetes - Diagnóstico de perímetro de cintura aumentado * • Población con Segundo control realizado

	<ul style="list-style-type: none"> - Número de personas con segundo control realizado • Población con Tercer control <ul style="list-style-type: none"> - Número de personas con tercer control realizado - Estado Nutricional - Condición Física * - Evaluación metabólica * • Población con Cuarto control <ul style="list-style-type: none"> - Número de personas con cuarto control realizado - Estado Nutricional • Población con Quinto control <ul style="list-style-type: none"> - Número de personas con quinto control realizado - Estado Nutricional - Condición Física (sólo a los datos de alta) * <p>Las variables transversales para todos los campos son, rut *, fecha nacimiento *, fecha ingreso *, sexo, edad y condición post parto *.</p>
--	--

Fuente: Programa Vida Sana

Con respecto a la información que proporciona esta plataforma, el programa ha señalado que las bases de datos del 2012 y 2013 no son confiables, pues presentan un alto sub registro y error. En relación a la base del 2015, estuvo en proceso de validación por parte del programa durante el período de esta evaluación.

A fin de evaluar la posibilidad de contar con indicadores para ser usados en este proceso evaluativo, el panel realizó un análisis de la base de datos del año 2014, considerada por el programa como completa y confiable. En este análisis se encontró un conjunto de datos anómalos que impidió al panel validar los citados indicadores. Entre los más importantes, se pueden señalar los siguientes ejemplos, que dan cuenta de las dificultades e inconsistencias identificadas, lo que imposibilita validar la base de datos:

- Hay 22 maneras de registrar el sexo de aquellos ingresados al programa.
- En el control de ingreso se registra un 23,7% de personas con un IMC igual o menor a 24, que es considerado normal o bajo peso, es decir, no cumplen con el criterio básico de ingreso al programa¹⁹⁴. En el control de ingreso hay un 5,4% con un IMC mayor o igual a 40, que es considerado obesidad mórbida / extrema / tipo III. Hay un 9,4% que tiene un IMC entre 35 y 40 (Obesidad tipo II / obesidad severa), que en presencia de otra morbilidad también puede ser considerada obesidad mórbida y que tiene un riesgo alto de presentar complicaciones de salud, según la American Heart Association. A pesar de que el programa no tenga definido un límite máximo de IMC para la entrada al programa, el panel considera que beneficiarios con un IMC mayor a 35, más aún mayor a 40, puede obedecer a un problema de registro.
- Hay un 54,3% con registro de Presión Arterial Diastólica (PAD) mayor a 91, lo que es considerado Hipertensión, causal de exclusión al programa.

Los campos/variables presentados en la tabla precedente fueron informados por el programa. Sin embargo, al analizar la plataforma, ellos no corresponden a lo que es posible obtener directamente desde la plataforma web, de acuerdo al acceso entregado por el programa al panel. Estos campos / variables son aquellos que se encuentran en las planillas de ingresos de datos de beneficiarios, descritas al inicio de este Anexo. Todos los datos marcados con asterisco (*) no se encuentran disponibles en la plataforma web. Esto se evalúa de forma negativa debido a las diferencias e inconsistencias que presenta la información entregada en la tabla, comparada con aquella a la que el panel tuvo acceso, así como la no disponibilidad de esos indicadores en la plataforma web, que permiten medir resultados respecto de los objetivos específicos del programa.

¹⁹⁴ Tener sobrepeso (IMC entre 25 y 30) u obesidad (IMC mayor a 30)

La plataforma entrega datos consolidados, en número o en porcentajes, de diferentes indicadores. Cada indicador especifica su fórmula de cálculo. Esto se evalúa adecuado ya que permite replicar el cálculo y verificar los indicadores presentados.

Los datos que contiene la plataforma en “Resultado Reportes” sólo entregan el dato del número de beneficiarios que presentan la condición especificada, sin dar cuenta del número total de personas que ingresaron o que llegaron al control referido, por lo que es difícil analizar el dato en sí mismo, sin tener un punto de comparación. Dado que no se tienen cifras exactas para identificar el denominador, los indicadores no son confiables. En esta materia, el panel realizó un análisis aleatorio de algunos indicadores y los datos originales utilizados con el objeto de compararlos, evidenciando que en muchos casos eran diferentes, sin que fuera posible identificar cómo fue calculado el indicador presentado en “Reportes Indicadores”¹⁹⁵. Los problemas metodológicos encontrados no han sido posibles de dilucidar ni comprender por parte del panel, por insuficiente información. Se puede señalar además, que se analizaron las planillas Excel que alimentan esta plataforma. Se obtuvo que algunos datos básicos, como número de beneficiarios ingresados al programa, no coinciden los de las planillas Excel con la plataforma web, aún cuando se replique la fórmula de cálculo especificada.

De esta forma, el panel no valida los datos de resultados ingresados en la plataforma web, debido a los problemas de registro identificados en las bases de datos primarios y a los problemas de consistencia identificados en un análisis inicial de los datos entregados por la plataforma de 2014.

El programa informa que actualmente se trabaja en el perfeccionamiento de la plataforma web, basado en una aplicación descargable en computador o equipo portátil, lo que no requeriría acceso permanente a internet, para registrar con mayor precisión y minimizar el margen de error de los datos registrados. Ello permitiría disponer de cálculo automático de indicadores para seguimiento. Para esto, se ha previsto que a contar de mayo del 2016 se contará con una aplicación web. El panel considera que este nuevo sistema de registro de datos, en caso de contar con criterios y restricciones para el ingreso de datos, puede ser un aporte importante para disminuir los problemas de confiabilidad y validez de los datos, de modo de contar con un registro que permita realizar no sólo seguimiento de las prestaciones entregadas, sino también evaluación de los resultados obtenidos por los beneficiarios.

Registro Estadístico Mensual - REM (MINSAL)

El “Registro Estadístico Mensual” (REM) es una planilla con información de actividad y producción, diseñada por el Ministerio de Salud, que se completa en forma mensual por los diferentes establecimientos de salud de la red pública. Este sistema surge de la necesidad de “fortalecer el principio estadístico de oportunidad e integridad de la información, emanada desde el lugar de origen de la actividad y/o población. Se hace necesario la estandarización de la información de estadísticas de salud a nivel nacional, lo que se traduce en los registros REM, los cuales no solo constituyen fuente de información para la producción, sino fuente de diversos indicadores de gestión y cumplimiento de programas, pilar fundamental para la toma de decisiones en salud” (DEIS, MINSAL, “Manual de instrucciones REM 2014 – 2016”, pg.3). Cabe señalar que en este documento no está descrito el Programa Vida Sana, ya que ingresa al REM en el año 2015.

A partir del año 2015, la información registrada en las planillas Excel del Programa Vida Sana alimenta también al sistema estadístico REM (A05, A04 y A27¹⁹⁶), lo que se informa en el REM-P10. Este sistema contiene información agregada a nivel de establecimiento, de ingresos y egresos de beneficiarios, así como de las actividades realizadas por profesionales, talleres

¹⁹⁵ Al menos en la desagregación a nivel de Servicio de Salud.

¹⁹⁶ Códigos REM.

grupales y población en control del programa. Tiene como función la de compilar información a nivel territorial sin rut de usuario e incluye las dimensiones de edad, sexo, año de intervención, controles realizados y asistencia a sesiones. La actualización de esta base es mensual y semestral.

Cuadro A.1.3: Registro Estadístico Mensual (REM)

Nombre	Registro Estadístico Mensual (REM)	
Descripción	La base de datos obtenida a partir de los datos estadísticos mensuales y semestrales, es un compilado de información entregado mensualmente por los equipos de terreno, respecto a los ingresos, egresos y prestaciones realizadas a los usuarios del programa. Esta base permite ser utilizada para seguimiento y evaluación por establecimiento, comuna, Servicio de Salud y total nacional.	
Período de vigencia	Anual, con ingreso de información mensual.	
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	Censo	
Frecuencia de medición	Semestral (P10 Código REM)	Mensual (A05, A04, A27)
Campos / Variables	<ul style="list-style-type: none"> • Población en control <ul style="list-style-type: none"> - Número de personas inscritas en el programa - Estado nutricional - Diagnóstico de pre hipertensión - Diagnóstico de pre diabetes - Diagnóstico de perímetro de cintura aumentado • Población con Segundo control realizado <ul style="list-style-type: none"> - Número de personas con segundo control realizado • Población con Tercer control <ul style="list-style-type: none"> - Número de personas con tercer control realizado - Estado Nutricional - Condición Física - Evaluación metabólica • Población con Cuarto control <ul style="list-style-type: none"> - Número de personas con cuarto control realizado - Estado Nutricional • Población con Quinto control <ul style="list-style-type: none"> - Número de personas con quinto control realizado - Estado Nutricional - Condición Física (sólo a los dados de alta) <p>Las variables transversales para todos los campos son, sexo, edad y condición post parto.</p>	<p>Registro mensual de prestaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • N° consultas de nutricionista • N° consultas medicas • N° consulta de psicólogo • Ingreso y egresos del programa • N° Círculos de vida sana y asistentes. • N° Sesiones de actividad física realizadas y asistentes. <p>Diferenciado por edad</p>

Fuente: Programa Vida Sana

El panel sólo obtuvo dos datos del REM para el año 2015: i) Intervención individual del usuario en programa vida sana¹⁹⁷ y ii) Talleres programa vida sana¹⁹⁸. No se tuvo acceso a los datos identificados en las variables ingresadas en la descripción de la tabla.

El panel considera que el sistema REM presenta dos problemas. En primer lugar, la fuente de origen de los datos tiene registros erróneos y sub registros importantes, como fue especificado

¹⁹⁷ Incluye datos preliminares del número de consultas entregadas por médico, nutricionista y psicólogo/a, para cada control, por Región y Servicio de Salud.

¹⁹⁸ Incluye datos preliminares de número de sesiones de actividad física y de Círculos de Vida Sana (dupla nutricionista – psicólogo), por Región y Servicio de Salud.

anteriormente. Por otro lado, los datos deben ser ingresados manualmente por cada establecimiento, cada mes, lo que aumenta las probabilidades de errores en la digitación de los datos o en el cálculo de indicadores.

No obstante, se evalúa adecuado que las estadísticas del Programa Vida Sana estén incluidas dentro del sistema REM, ya que eso permite visibilizar la acción del programa dentro del conjunto de actividades del MINSAL. Al mismo tiempo, contar con este registro permitiría comparar los indicadores incluidos en éste con el sistema de información Plataforma web, a fin de validar los resultados del programa en términos de objetivos y de producción.

Finalmente, en el cuadro A.1.3 se presenta una comparación entre ambos sistemas de información del programa.

Cuadro A.1.4: Comparación de sistemas de información del Programa Vida Sana

Sistema de información	REM	Plataforma Web Programa Vida Sana
Fuentes de datos primaria	Planilla Excel llenada por los profesionales del programa en atención directa con el beneficiario	
Años de registro	2015	2011, 2012, 2013, 2014, 2015
Diseño planilla	MINSAL / FONASA	Programa Vida Sana Nivel Central
Indicadores	Población en control (1°, 3°, 6°, 9° y 12° mes) Población con controles realizados y cumplimiento de objetivos (Evaluación nutricional; condición física; Evaluación metabólica)	La Plataforma web entrega dos tipos de información: Resultado Reportes ¹⁹⁹ (número total) y Resultado Indicadores ²⁰⁰ (en porcentajes) para variables de controles realizados y de cumplimiento de objetivos. Para cada uno se especifica su fórmula de cálculo.
Desagregación de datos	Región – Servicio de Salud - Comuna - Establecimiento	Servicio de Salud – Comuna - Establecimiento
	Grupos etarios (2-3; 4-5; 6-9; 10-14; 15-18; 19; 20-24; 25-45; 46-64)	Grupos etarios (6-19; 20-54, hasta 2014) (2-19; 20-64 en el 2015) ²⁰¹
	Sexo	Sexo ²⁰²
	Agregado	Agregado
Información a la que tuvo acceso el panel	Sólo se obtuvieron datos de N° de consultas realizadas (médico, nutricionista y psicólogo) y N° de sesiones de actividad física y de talleres dupla nutricionista – psicólogo	Se obtuvo acceso mediante clave personal a la plataforma web, con la posibilidad de descargar las tablas en Excel. Esta se ha actualizado y modificado regularmente, para el año 2015, desde que el panel tiene acceso.

Fuente: Programa Vida Sana

¹⁹⁹ N° de pacientes bajo control (1°, 4°, 6°, 9° y 12° mes) por sexo y edad; N° personas que llegan al 4° mes con 5 talleres grupales nutricionista y 5 talleres grupales psicólogo; N° personas (19 a 20 años y 20 a 54 años) que disminuyen 5% del peso y que mantienen peso entre ingreso y 4°, 6°, 9° y 12° mes; N° niños y adolescentes (6 a 18 años) que mejoran ZScore entre ingreso y 4°, 6°, 9° y 12° mes; N° personas (6 a 19 años y 20 a 54 años) que disminuyen IMC entre ingreso y 4°, 6°, 9° y 12° mes; N° personas (6 a 19 años y 20 a 54 años) que disminuyen perímetro de cintura entre ingreso y 4°, 6°, 9° y 12° mes; N° de pacientes que mejoran test 6 minutos entre ingreso y 4° mes (6 a 19 años y 20 a 54 años); N° de mujeres que recuperan su peso pregestacional; N° de personas que abandonan por causal de abandono al 4° mes; N° de ingresos por causal de ingreso.

²⁰⁰ % de niños y adolescentes (6 a 18 años) que mejoran ZScore más adolescentes (19 años) que disminuyen 5% del peso; % de niños y adolescentes que mejoran condición física al 4° mes (6 a 19 años); % de niños y adolescentes que mejoran perímetro de cintura (6 a 19 años); % de personas que disminuyen 5% del peso al 4° mes (20 a 54 años); % de personas que mejoran perímetro de cintura al 4° mes (20 a 54 años); % de personas que mejora condición física al 4° mes (20 a 54 años); % de mujeres que recuperan su peso pregestacional al 4° mes (20 a 54 años); % de cupos utilizados (6 a 19 años y 20 a 54 años); % de usuarios con control al 4°, 6°, 9° y 12° mes (6 a 19 años y 20 a 54 años).

²⁰¹ No todos los indicadores se encuentran desagregados por los mismos grupos etarios.

²⁰² No todos los indicadores se encuentran desagregados por sexo.

Dado que todos los sistemas de información se alimentan con la misma fuente de datos primaria, que tiene las deficiencias antes mencionadas, se considera que en general el sistema de información del programa es deficiente, presentando problemas sustantivos en su registro. Por otro lado, como muestra el cuadro precedente, las diferencias que existen entre los dos sistemas (por ejemplo en la agregación por grupos etarios), impide comparar y realizar un análisis a partir de ambos sistemas, con las características que cada uno tiene.

En conclusión, a juicio del panel el sistema de registro e información del programa presenta falencias de diseño, que se observan en las diferencias de medición de las variables que componen el sistema, en cuanto al momento en que se evalúan, lo que impide comparar con años anteriores. Asimismo, se considera que existen falencias en la operacionalización del registro, que se evidencia en el subregistro o ingreso erróneo de datos. Si se subsanaran los problemas de registro, el panel considera que las variables que comprende el sistema son las adecuadas para evaluar los resultados del programa, por cuanto permitirían medir y hacer seguimiento de aquellos aspectos que el programa se propone modificar y que están definidos en los objetivos específicos. Igualmente, permitirían caracterizar a los beneficiarios, su diagnóstico al ingreso y resultados durante la intervención, así como también monitorear la producción de las distintas prestaciones que éste ofrece. Al mismo tiempo, se debe tener presente que la plataforma web del programa no dispone de los indicadores definidos en la MML de esta evaluación, la que a futuro es necesario considerar.

b. Fuentes de información cualitativa y cuantitativa que fueron útiles para identificar la situación problema que dio origen al programa y que permitan proyectar la situación sin programa.

Identificación del documento	Breve descripción del contenido
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encuestas Nacionales de Salud ▪ Datos del Departamento de Estadísticas del MINSAL ▪ Informes de la OMS ▪ Informes de la OPS ▪ Datos JUNAEB ▪ Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física 	<p>Antecedentes sobre la situación epidemiológica de la población chilena, contexto mundial y regional</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Guía Clínica de diabetes. ▪ Guía Clínica de hipertensión. ▪ Guía Clínica de examen de medicina preventiva. ▪ Norma del programa infantil. Norma para el manejo de la malnutrición por exceso del menor de 6 años. 	<p>Documentos técnicos para la prevención y manejo de la enfermedad.</p>

Identificación del documento	Breve descripción del contenido
<p>A la información citada arriba se agregan otros artículos académicos entregados por el programa al panel. Entre los más importantes se pueden mencionar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biswap, A. et. al. Sedentary Time and Its Association With Risk for Disease Incidence. <i>Ann Intern Med.</i> 2015;162:123-132 • Bouzas, J. et al. Aplicaciones de la frecuencia cardíaca máxima en la evaluación y prescripción del ejercicio. <i>Apunts Med Esport.</i> 2010;45(168):251–258 • Carrasco, F. et. al. Evaluación de un programa piloto de intervención en adultos con sobrepeso u obesidad, en riesgo de diabetes. <i>Rev Méd Chile</i> 2008; 136: 13-21 • Gracia-Marco, L. et. al. Effect of witness and physical activity on bone mass in adolescents.: the HELENA Study. <i>Eur J Appl Physiol</i> (2011) 111:2671–2680 • Kain, J. et. al. School-Based Obesity Prevention Interventions for Chilean Children During the Past Decades: Lessons Learned. <i>Adv. Nutr.</i> 3: 616S–621S, 2012 • Serrano, M. (coordinador). La obesidad como pandemia del siglo XXI. Una perspectiva epidemiológica desde Iberoamérica. Real Academia Nacional de Medicina. Madrid: 2012 • Salazar, G. et. al. Pilot nutrition and physical activity intervention for preschool children attending daycare centres (JUNJI); primary and secondary outcomes. <i>Nutr Hosp.</i> 2014;29(5):1004-1012 • Valdivia, G. ENS 2009-2010 Enseñanzas y Desafíos. <i>Rev Chi.Enf Respir</i> 2011; 27: 5-6 	<p>Artículos que dan cuenta de intervenciones realizadas en diversos países en el ámbito de la obesidad y la actividad física y sus resultados. También, trabajos que abordan la epidemiología de la obesidad y del sedentarismo.</p>

c. Identificar la necesidad de estudio complementario.

En el marco de la evaluación del Programa Vida Sana, que está desarrollando la DIPRES como parte de la Evaluación de programas Gubernamentales del año 2016, el panel de expertos a cargo de la evaluación solicita la realización de un estudio complementario para analizar la base de datos de beneficiarios del programa, correspondiente a los años 2014 y 2015. El estudio tiene dos **objetivos**:

1. Analizar la base de datos en términos de consistencia y problemas de registro. Comparar los registros que tienen valores fuera de rango con los registros que tienen valores dentro de los rangos aceptados, para evaluar si es posible utilizar la base de datos solamente con los datos validados.
2. Con base en los datos que eventualmente sean validados, según los criterios que se definan²⁰³, obtener indicadores de resultados del programa, en base a los objetivos de éste, y según se solicite en los términos de referencia. Es importante señalar que la posibilidad de utilizar esos indicadores estará sujeta al análisis de la base de datos, que entregará una idea fundada de la magnitud de los registros que tienen problemas y del porcentaje y características de beneficiarios con los cuáles se pueden realizar las estimaciones de resultados.

²⁰³ Los criterios serán definidos por el panel, en base de los objetivos del programa y sus lineamientos. Se incluirán en los Términos de Referencia del estudio solicitado.

La **justificación** del estudio complementario obedece a que se han detectado problemas de registro en la base de datos entregada por el programa al panel²⁰⁴, lo que ha puesto en cuestión su confiabilidad y validez. Debido a esto, surge la necesidad de limpiar la base de datos a fin de trabajar con aquellos registros que presenten una consistencia interna suficiente como para validar sus resultados.

Por otro lado, el programa ha señalado que las bases de datos del 2012 y 2013 no son confiables, pues tienen un alto sub registro y error. La base del 2015 aún no está cerrada, por lo que no se ha logrado obtener. Por esta razón se ha analizado principalmente la base del 2014, que es la que el programa considera completa y confiable.

Algunas de las dificultades e inconsistencias identificadas en esta base de datos son:

- Hay 22 maneras de registrar el Sexo de aquellos ingresados al programa, requiriendo su recodificación en caso sea posible.
- En el control de ingreso se registra un 23,7% de personas con un IMC²⁰⁵ igual o menor a 24, que es considerado Normal o Bajo Peso, sin cumplir con uno de los criterios básicos de ingreso al programa²⁰⁶.
- En el control de ingreso hay un 5,4% con un IMC mayor o igual a 40, que es considerado obesidad mórbida / extrema / tipo III. Hay un 9,4% que tiene un IMC entre 35 y 40 (Obesidad tipo II / obesidad severa), que en presencia de otra morbilidad también puede ser considerada obesidad mórbida y que tiene un riesgo alto de presentar complicaciones de salud según la American Heart Association.

A pesar de que el programa no tenga definido un límite máximo de IMC para la entrada al programa, el panel considera que beneficiarios con un IMC mayor a 35, más aún mayor a 40, puede obedecer a un problema de registro, Hay un 54,3% que tiene registrada una Presión Arterial Diastólica (PAD) mayor a 91, lo que es considerado una Hipertensión, causal de exclusión al programa.

El programa también entregó al panel acceso a su Plataforma Web, donde se presentan reportes de resultados e indicadores (explicitando la fórmula de cálculo para cada uno). Sin embargo, esta plataforma se alimenta de la base de datos antes mencionada, por lo que el panel considera que no es confiable. Además, se han encontrado inconsistencias en sus reportes, a los que no se les ha encontrado explicación.

Metodología Propuesta:

Se utilizará la base de datos entregada por el programa, la del 2014 e idealmente la del 2015 si es que está disponible a la fecha de realización del estudio, para poder analizar la forma de registro y resultados que tiene el programa con su estrategia actual²⁰⁷. Para esto se propone identificar aquellos valores inconsistentes o aberrantes para el grupo de variables de cada control (ingreso, 4° mes, 6° mes, 9° mes y 12° mes), según el criterio que se establezca. Una vez identificados, cuantificados y caracterizados estos casos, analizar su distribución, con respecto a la distribución de los casos validados, con el objetivo de identificar si los no válidos se distribuyen de forma similar, o si siguen un criterio común identificable. De todo el proceso de limpieza de la base de datos y de los problemas identificados se deberá hacer un registro exhaustivo.

²⁰⁴ En formato Excel, recibidas con fecha 19 de Febrero.

²⁰⁵ Índice de Masa Corporal

²⁰⁶ Tener sobrepeso (IMC entre 25 y 30) u obesidad (IMC mayor a 30)

²⁰⁷ A partir del 2015 la estrategia del programa cambia, aumentando la actividad física de 4 a 12 meses, así como la realización de talleres (círculos de vida sana) a lo largo del año. Se incorpora también la atención individual de psicólogo. Por otro lado, la planilla de registro en Excel, entregada por el nivel central es mejorada.

A la fecha, el programa ha dicho que la base de datos correspondiente al 2015 está siendo procesada, sin haber tenido acceso a ella.

En una segunda etapa, se deberán extraer los resultados según las tablas que solicite el panel evaluador, en base a los objetivos y metas del programa, para analizar los resultados obtenidos. Se considerará lo analizado en la primera etapa para validar estos resultados.

Productos esperados:

- Análisis detallado de la base de datos en cuanto a consistencia y confiabilidad, distribución de datos válidos y no válidos; porcentaje y caracterización de datos validados para análisis de indicadores de resultados.
- Reporte de indicadores de resultados, en base a los datos validados, según lo solicitado en los términos de referencia²⁰⁸.

La realización de este estudio permitirá establecer si es posible obtener indicadores válidos con la base de datos del programa. Si esto es posible, se podrán cuantificar los resultados, en cuanto a los objetivos que se plantea y al problema que se quiere dar respuesta, como también de los cambios producidos en los beneficiarios durante la intervención del programa. Esto se considera un aspecto fundamental de la evaluación, debido a la magnitud del problema y la necesidad de elaborar políticas y programas para hacerle frente.

Se estima que el estudio requiere dos semanas intensivas de trabajo. Este podrá ser realizado por un profesional con experiencia en trabajo con base de datos (economista, sociólogo u otro), que el panel puede contactar en corto plazo, en caso de ser aprobada esta solicitud.

²⁰⁸ Esto dependerá de las bases de datos que se dispongan (2014 y 2015, o sólo 2014) debiendo establecerse según los objetivos de la estrategia del programa para cada año.

Anexo 2(a): Matriz de Marco Lógico

<p>NOMBRE DEL PROGRAMA: Vida Sana - Intervención en factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en niños, niñas, adolescentes, adultos y mujeres post parto.</p> <p>AÑO DE INICIO: 2011</p> <p>MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Salud</p> <p>SERVICIO RESPONSABLE: División de Atención Primaria</p> <p>OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE SE VINCULA EL PROGRAMA: Objetivos Estratégicos del MINSAL:</p> <p>Objetivo 2: Avanzar en la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2010-2020, para mejorar resultados de indicadores de salud propuestos.</p> <p>Objetivo 3: Fortalecer la Atención Primaria de Salud, para acercar más salud a las personas.</p> <p>Objetivo 5: Avanzar en estrategias comunitarias en el ámbito de las enfermedades crónicas y del adulto mayor.</p>				
ENUNCIADO DEL OBJETIVO	INDICADORES ²⁰⁹		MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)	Fórmula de Cálculo		
<p>FIN: Contribuir a reducir los factores de riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares en la población.</p>				

²⁰⁹ Todos los indicadores eficacia deben ser desagregados por sexo, incluyendo además el valor de ambos sexos, con el objetivo de realizar análisis de género de los resultados del Programa. Esto no aplica a los indicadores de eficiencia y economía (26, 27 y 28).

<p>PROPÓSITO: Disminuir 3 de los factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dieta inadecuada • Deficiente condición física • Sobrepeso/Obesidad <p>en niños, niñas, adultos y mujeres post-parto de 2 a 64 años, beneficiarios de FONASA.</p>	<p>1. Eficacia – Proceso Porcentaje de beneficiarios ingresados al programa en relación con la población objetivo total</p>	<p>(Número de beneficiarios ingresados al programa en el año T / número de población objetivo total en el año T) 100.</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana²¹⁰</p> <p>Anual</p>	<p>Establecimientos educacionales o jardines infantiles permiten y facilitan la ejecución del programa</p> <p>Beneficiarios no se ven afectados por condiciones familiares, laborales o socioeconómicas extraordinarias</p> <p>Inexistencia de paros de funcionarios que alteren significativamente el acceso a las intervenciones</p> <p>Comunas cuentan con espacios adecuados para las actividades</p>
	<p>2. Eficacia – Proceso Porcentaje de beneficiarios ingresados al programa que termina el ciclo de la intervención en relación con la población objetivo total</p>	<p>(Número de beneficiarios ingresados al programa en el año T que terminan el ciclo de la intervención/ número de población objetivo total en el año T) 100.</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana</p> <p>Anual</p>	
	<p>3. Eficacia – Producto Porcentaje de beneficiarios que termina el ciclo de la intervención en relación con el total de beneficiarios que ingresaron al programa</p>	<p>(Número de beneficiarios ingresados en el año T que terminan el ciclo de la intervención / número total de beneficiarios que ingresaron al programa en el año T) * 100.</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana</p> <p>Anual</p>	
	<p>4. Calidad – Resultado Intermedio Porcentaje de beneficiarios encuestados que se declara satisfecho o muy satisfecho con la intervención del programa en relación al total de beneficiarios encuestados.</p>	<p>(Número de beneficiarios encuestados que se declaran satisfechos o muy satisfechos con la intervención del programa / número total de beneficiarios encuestados) * 100.</p>	<p>No existe información</p> <p>Anual</p>	
	<p>5. Eficacia - Resultado Intermedio Porcentaje de beneficiarios de 2 a 5 años que mejora su diagnóstico nutricional integrado o ZScore de Peso/Talla al 6° mes de intervención.</p>	<p>(Número de beneficiarios de 2 a 5 años ingresados en el año T que mejoran su diagnóstico nutricional integrado o ZScore de Peso/Talla al 6° mes de intervención / N° de beneficiarios de 2 a 5 años ingresados en el año T que llegan al 6° control en el año T) * 100.</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana</p> <p>Anual</p>	

²¹⁰ Las planillas Excel son utilizadas por los profesionales del programa durante la atención directa del beneficiario. Estas planillas alimentan la Plataforma Web del Programa. El Panel considera que dicha Plataforma debiera incluir los indicadores de esta Matriz de Marco Lógico.

	<p>6. Eficacia - Resultado Intermedio Porcentaje de beneficiarios de 2 a 5 años que mantiene su diagnóstico nutricional integrado o ZScore de Peso/Talla al 6° mes de intervención.</p>	<p>(Número de beneficiarios de 2 a 5 años ingresados en el año T que mantienen su diagnóstico nutricional integrado o ZScore de Peso/Talla al 6° mes de intervención / N° de beneficiarios de 2 a 5 años ingresados en el año T que llegan al 6° control en el año T) * 100.</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana</p> <p>Anual</p>	
	<p>7. Eficacia - Resultado Intermedio Porcentaje de beneficiarios de 2 a 5 años que mejora su diagnóstico nutricional integrado o ZScore de Peso/Talla al 12° mes de intervención.</p>	<p>(Número de beneficiarios de 2 a 5 años ingresados en el año T que mejoran su diagnóstico nutricional integrado o ZScore de Peso/Talla al 12° mes de intervención / N° de beneficiarios de 2 a 5 años ingresados en el año T que llegan al 12° control) * 100</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana</p> <p>Anual</p>	
	<p>8. Eficacia - Resultado Intermedio Porcentaje de beneficiarios de 2 a 5 años que mantiene su diagnóstico nutricional integrado o ZScore de Peso/Talla al 12° mes de intervención.</p>	<p>(Número de beneficiarios de 2 a 5 años ingresados en el año T que mantienen su diagnóstico nutricional integrado o ZScore de Peso/Talla al 12° mes de intervención / N° de beneficiarios de 2 a 5 años ingresados en el año T que llegan al 12° control) * 100</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana</p> <p>Anual</p>	
	<p>9. Eficacia – Resultado Intermedio Porcentaje de beneficiarios de 6 a 19 años que mejora su Zcore de IMC al 6° mes de intervención.</p>	<p>(Número de beneficiarios de 6 a 19 años ingresados en el año T que mejoran su Zcore de IMC al 6° mes de intervención / N° de beneficiarios de 6 a 19 años ingresados en el año T que llegan al 6° control) * 100.</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana</p> <p>Anual</p>	
	<p>10. Eficacia – Resultado Intermedio Porcentaje de beneficiarios de 6 a 19 años que mantiene su Zcore de IMC al 6° mes de intervención.</p>	<p>(Número de beneficiarios de 6 a 19 años ingresados en el año T que mantienen su Zcore de IMC al 6° mes de intervención / N° de beneficiarios de 6 a 19 años ingresados en el año T que llegan al 6° control) * 100.</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana</p> <p>Anual</p>	
	<p>11. Eficacia – Resultado Final Porcentaje de beneficiarios de 6 a 19 años que mejora su Zcore de IMC al 12° mes de intervención.</p>	<p>(Número de beneficiarios de 6 a 19 años ingresados en el año T que mejoran su Zcore de IMC al 12° mes de intervención / N° de beneficiarios de 6 a 19 años ingresados en el año T que llegan al 12° control) * 100.</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana</p> <p>Anual</p>	

	<p>12. Eficacia – Resultado Final Porcentaje de beneficiarios de 6 a 19 años que mantiene su Zcore de IMC al 12° mes de intervención.</p>	<p>(Número de beneficiarios de 6 a 19 años ingresados en el año T que mantienen su Zcore de IMC al 12° mes de intervención / N° de beneficiarios de 6 a 19 años ingresados en el año T que llegan al 12° control) * 100.</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana</p> <p>Anual</p>	
	<p>13. Eficacia – Resultado Intermedio Porcentaje de beneficiarios de 20 a 64 años que baja su peso inicial en al menos un 5% al 6° mes de intervención.</p>	<p>(Número de beneficiarios de 20 a 64 años ingresados en el año T que baja su peso inicial en al menos un 5% al 6° mes de intervención / N° de beneficiarios de 20 a 64 años ingresados en el año T que llegan al 6° control) * 100.</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana</p> <p>Anual</p>	
	<p>14. Eficacia – Resultado Intermedio Porcentaje de beneficiarios de 20 a 64 años que mantiene su peso inicial al 6° mes de intervención.</p>	<p>(Número de beneficiarios de 20 a 64 años ingresados en el año T que mantiene su peso inicial al 6° mes de intervención / N° de beneficiarios de 20 a 64 años ingresados en el año T que llegan al 6° control) * 100.</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana</p> <p>Anual</p>	
	<p>15. Eficacia – Resultado Final Porcentaje de beneficiarios de 20 a 64 años que baja su peso inicial en al menos un 5% al 12° mes de la intervención.</p>	<p>(Número de beneficiarios de 20 a 64 años ingresados en el año T que bajan su peso inicial en al menos un 5% al 12° mes de intervención / N° de beneficiarios de 20 a 64 años ingresados en el año T que llegan al 12° control) * 100.</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana</p> <p>Anual</p>	
	<p>16. Eficacia – Resultado Final Porcentaje de beneficiarios de 20 a 64 años que mantiene su peso inicial al 12° mes de intervención.</p>	<p>(Número de beneficiarios de 20 a 64 años ingresados en el año T que mantienen su peso inicial al 12° mes de intervención / N° de beneficiarios de 20 a 64 años ingresados en el año T que llegan al 12° control) * 100.</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana</p> <p>Anual</p>	
	<p>17. Eficacia – Resultado Final Porcentaje de mujeres adolescentes post parto que vuelve al menos a su peso pre gestacional al 12° mes de intervención.</p>	<p>(Número de mujeres adolescentes post-parto ingresadas en el año T que vuelven al menos a su peso pre gestacional al 12° mes de intervención / N° de mujeres adolescentes post-parto ingresadas en el año T que llegan al 12° control) * 100.</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana</p> <p>Anual</p>	

	<p>18. Eficacia – Resultado Final Porcentaje de mujeres mayores de 19 años post parto que vuelve al menos a su peso pre gestacional al 12° mes de intervención.</p>	<p>(Número de mujeres mayores de 19 años post-parto ingresadas en el año T que vuelven al menos a su peso pre gestacional al 12° mes de intervención / N° de mujeres mayores de 19 años post-parto ingresadas en el año T que llegan al 12° control) * 100.</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana Anual</p>	
	<p>19. Eficacia – Resultado Intermedio Porcentaje de niños de 2 a 5 años que mejoran su condición física al 6° mes de intervención</p>	<p>(Número de niños de 2 a 5 años ingresados en el año T que mejoran su condición física al 6° mes de la intervención / N° de niños de 2 a 5 años ingresados en el año T que llegan al 6° control) * 100.</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana Anual</p>	
	<p>20. Eficacia – Resultado Intermedio Porcentaje de niños de 2 a 5 años que mejoran su condición física al 12° mes de intervención</p>	<p>(Número de niños de 2 a 5 años ingresados en el año T que mejoran su condición física al 12° mes de la intervención / N° de niños de 2 a 5 años ingresados en el año T que llegan al 12° control) * 100.</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana Anual</p>	
	<p>21. Eficacia – Resultado Intermedio Porcentaje de niños de 6 a 19 años que mejoran su condición física al 6° mes de intervención</p>	<p>(Número de niños de 6 a 19 años ingresados en el año T que mejoran su condición física al 6° mes de la intervención / N° de niños de 6 a 19 años ingresados en el año T que llegan al 6° control) * 100.</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana Anual</p>	
	<p>22. Eficacia – Resultado Intermedio Porcentaje de niños de 6 a 19 años que mejoran su condición física al 12° mes de intervención</p>	<p>(Número de niños de 6 a 19 años ingresados en el año T que mejoran su condición física al 12° mes de la intervención / N° de niños de 6 a 19 años ingresados en el año T que llegan al 12° control) * 100.</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana Anual</p>	
	<p>23. Eficacia – Resultado Intermedio Porcentaje de beneficiarios de 20 a 64 años que mejoran su condición física al 6° mes de intervención.</p>	<p>(Número de beneficiarios de 20 a 64 años ingresados en el año T que mejoran su condición física al 6° mes de intervención / N° de beneficiarios de 20 a 64 años ingresados en el año T con control al 6° mes) * 100.</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana Anual</p>	

	<p>24. Eficacia – Resultado Final Porcentaje de beneficiarios de 2 a 64 años que mejoran su condición física al 12° mes de intervención.</p>	(Número de beneficiarios de 20 a 64 años ingresados en el año T que mejoran su condición física al 12° mes de intervención / N° de beneficiarios de 20 a 64 años ingresados en el año T con control al 12° mes) * 100.	Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana Anual	
	<p>25. Eficacia - Proceso Porcentaje de cumplimiento de meta anual de expansión del programa.</p>	(Número de cupos nuevos disponibles / número de cupos nuevos solicitados) * 100.	Planilla Memoria de Cálculo con la cual se solicitan recursos a Hacienda Anual	Programa recibe presupuesto programado.
	<p>26. Eficiencia – Proceso Porcentaje de gastos administrativos sobre el gasto total del programa.</p>	(Gasto administrativo del programa año T / Gasto total del programa año T)*100.	No existe información Anual	Comunas comprometidas con el programa.
	<p>27. Economía- Proceso Porcentaje de ejecución presupuestaria del programa.</p>	(Gasto devengado por el programa en el año T / Presupuesto inicial del programa en el año T)*100.	Cierre presupuestario anual	Se cumplen metas establecidas para reliquidación del programa. Convenios se firman dentro del plazo
	<p>28. Economía–Producto Porcentaje de aportes de terceros sobre el gasto total del programa.</p>	(Monto de Aportes de Terceros en el año T / Gasto total del programa en el año T)*100.	No existe información Anual	Terceros entregan en plazo aportes comprometidos
<p>COMPONENTE 1: Intervenciones individuales a la población beneficiaria de FONASA de 2 a 64 años, con enfoque comunitario, consistentes en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consulta médica - Consulta y control nutricional - Consulta psicológica - Evaluación profesional de la actividad física. 	<p>29. Eficacia - Proceso Porcentaje de beneficiarios que accedieron a la consulta médica de la intervención en relación al total de beneficiarios que ingresaron al programa.</p>	(N° de beneficiarios ingresados en el año T que accedieron a la consulta médica de la intervención / N° total de beneficiarios que ingresaron al programa) * 100	Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana Anual	Inexistencia de paros de funcionarios que alteren significativamente el acceso a las intervenciones
	<p>30. Eficacia - Proceso Porcentaje de beneficiarios que accedieron a la consulta y a los cuatro controles nutricionales de la intervención en relación al total de beneficiarios que ingresaron al programa.</p>	(N° de beneficiarios ingresados en el año T que accedieron a la consulta y a los cuatro controles nutricionales de la intervención en el año T / N° total de beneficiarios que ingresaron al programa en el año T) * 100	Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana Anual	Disponibilidad de equipos profesionales requeridos por el programa de acuerdo al marco presupuestario y actividades solicitadas

	<p>31. Eficacia - Proceso Porcentaje de beneficiarios que accedieron a las dos consultas psicológicas de la intervención en relación al total de beneficiarios que ingresaron al programa</p>	<p>(N° de beneficiarios ingresados en el año T que accedieron a las dos consultas psicológicas de la intervención en el año T / N° total de beneficiarios ingresados en el año T que ingresaron al programa en el año T) * 100</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana</p> <p>Anual</p>	
	<p>32. Eficacia - Proceso Porcentaje de beneficiarios que accedieron a las 2 evaluaciones de condición física de la intervención en relación al total de beneficiarios que ingresaron al programa.</p>	<p>(N° de beneficiarios ingresados en el año T que accedieron a las 2 evaluaciones de condición física de la intervención en el año T / N° total de beneficiarios que ingresaron al programa en el año T) * 100</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana</p> <p>Anual</p>	
	<p>33. Eficacia - Proceso Porcentaje de beneficiarios que accedieron a la evaluación de condición física de la intervención en el mes 12° en relación al total de beneficiarios que ingresaron al programa.</p>	<p>(N° de beneficiarios ingresados en el año T que accedieron a la evaluación de condición física de la intervención en el mes 12° / N° total de beneficiarios que ingresaron al programa en el año T) * 100</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana</p> <p>Anual</p>	
	<p>34. Eficacia - Proceso Porcentaje de beneficiarios que cuentan con resultados para los exámenes de laboratorio²¹¹ en el primer control - mes 1 en relación al total de beneficiarios que ingresaron al programa.</p>	<p>(N° de beneficiarios ingresados en el año T que cuentan con resultados para los 5 exámenes de laboratorio en el primer control - mes 1 / N° total de beneficiarios que ingresaron al programa en el año T) * 100</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana</p> <p>Anual</p>	
	<p>35. Eficacia - Proceso Porcentaje de beneficiarios que cuentan con resultados para los exámenes de laboratorio²¹² en el tercer control - mes 6 en relación al total de beneficiarios que ingresaron al programa.</p>	<p>(N° de beneficiarios ingresados en el año T que cuentan con resultados para los 5 exámenes de laboratorio en el tercer control - mes 6 / N° total de beneficiarios que ingresaron al programa en el año T) * 100</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana</p> <p>Anual</p>	

²¹¹ Colesterol total, Colesterol LDL, Colesterol HDL, Triglicéridos y Glicemia en ayunas.

²¹² Colesterol total, Colesterol LDL, Colesterol HDL, Triglicéridos y Glicemia en ayunas.

ACTIVIDADES:

- Toma de muestras de glicemia y perfil lipídico.

Médico:

- Evaluación en forma integral de la persona, incluyendo anamnesis próxima y remota, actividad física habitual, uso de medicamentos, antecedentes mórbidos familiares, genograma familiar y examen físico completo.
- Identificación de criterios de inclusión y de exclusión al Programa Vida Sana.

Nutricionista:

- Efectuar anamnesis clínica personal y familiar.
- Efectuar anamnesis alimentaria nutricional.
- Efectuar anamnesis sobre hábitos de juego activo o de actividad física.
- Ejecutar mediciones antropométricas y determinar la calificación nutricional.
- Construir curva ponderoestatural, si se cuentan con los antecedentes previos.
- Establecer diagnóstico nutricional integral.
- Calcular requerimientos nutricionales y establecer un plan de alimentación consensuado.
- Efectuar educación alimentaria con refuerzo de conducta alimentaria saludable. Esto debe incluir en forma general a todo el grupo familiar para favorecer el cambio en el niño/a.
- Establecer metas a corto, mediano y largo plazo, en acuerdo con el/la participante y/o padre, madre tutor, expresadas en cambios conductuales significativos y factibles de conseguir para frenar el aumento de peso y mantener un crecimiento ponderoestatural normal.
- Recabar antecedentes por cambios en el estado de salud en el tiempo transcurrido.
- Comparar situación actual de hábitos alimentarios con las metas comprometidas a corto plazo al inicio del programa, identificando factores que favorezcan o dificulten la adherencia al plan de intervención.
- Reforzar cambios conductuales y el plan alimentación consensuado.
- Evaluar globalmente los resultados de la intervención y estimular positivamente la continuidad.
- Estimular positivamente la continuidad y los factores favorecedores.
- Acordar estrategia para abordar las dificultades.
- Evaluar posibilidad de continuidad en el programa, si los padres o tutores expresan interés en ello.

Psicológica

- Establecer una alianza terapéutica con el sistema familiar.
- Reflexionar sobre la motivación del sistema familiar (Balance decisional, análisis pro y contra).
- Evaluar el funcionamiento del sistema familiar y las características del entorno en relación al motivo de consulta o problema y el ambiente de alimentación familiar.
- Observar cuáles son los familiares que tienen mayor influencia en los hábitos del niño/a.
- Identificar patrones de conductas saludables y recursos familiares disponibles.
- Identificar focos de intervención, de cambio conductual o interacción familiar.
- Acordar meta alcanzable en el proceso de intervención.
- Establecer estrategias de comunicación a la familia.
- Descartar patologías psiquiátricas o conflictos psicológicos prioritarios (trastornos conductuales severos, trastornos generalizados del desarrollo, cuadros médicos que requieran pauta de alimentación diferenciada). Derivar en caso que corresponda.
- Evaluar proceso y objetivos acordados.
- Evaluar las soluciones intentadas por la familia en cuanto al problema, especificar soluciones fracasadas o exitosas.
- Preguntar por nuevos focos de mejora (cambios aun no realizados, áreas de conflicto).
- Reforzar y motivar a la familia en relación a un marco actitudinal positivo.
- Estimular al sistema familiar a idear estrategias de afrontamiento y cambio de conducta.
- Establecer plan de mantención de cambios y de manejo y prevención de recaídas.

Profesional Actividad Física

- Efectuar medición de condición física

COMPONENTE 2: Intervenciones grupales a la población de 2 a 64 años, con enfoque comunitario, consistentes en: <ul style="list-style-type: none"> - Círculos de Vida Sana ²¹³ - Sesiones de actividad física y ejercicio físico 	36. Eficacia - Proceso Porcentaje de beneficiarios que cumplen con las sesiones de los 5 círculos de vida sana al 6° mes de la intervención en relación al total de beneficiarios que ingresan al programa.	(N° de beneficiarios ingresados en el año T que cumplen con las sesiones de los 5 círculos de vida sana al 6° mes de la intervención en el año T / N° total de beneficiarios que ingresan al programa en el año T) * 100	Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana Anual	Inexistencia de paros de funcionarios que alteren significativamente el acceso a las intervenciones Disponibilidad de equipos profesionales requeridos por el programa de acuerdo al
--	---	--	---	---

²¹³ Círculos de Vida Sana: talleres desarrollados por la dupla nutricionistas-psicólogo/a, dirigidos a los beneficiarios con el propósito de complementar el apoyo terapéutico en el cambio de hábitos.

	<p>37. Eficacia - Proceso Porcentaje de beneficiarios que cumplen con un 60% de las sesiones de actividad física y ejercicios físico de vida sana al término de la intervención en relación al total de beneficiarios que ingresan al programa.</p>	<p>(N° de beneficiarios ingresados en el año T que cumplen con un 60% de las sesiones de actividad física y ejercicios físicos de vida sana al término de la intervención en el año T / N° total de beneficiarios que terminan el programa en el año T) * 100</p>	<p>Planillas excel que alimentan la Plataforma Web Programa Vida Sana</p> <p>Anual</p>	marco presupuestario y actividades solicitadas
	<p>38. Eficacia - Proceso Razón entre los usuarios de 2 a 5 años que participan solo de las sesiones de actividad física y los beneficiarios de 2 a 5 años que debieran recibir todas las intervenciones del programa.</p>	<p>(N° promedio de usuarios de 2 a 5 años que participan en cada sesión de actividad física en el año T / N° total de beneficiarios de 2 a 5 años ingresados en el año T)</p>	<p>No disponible</p> <p>Anual</p>	
	<p>39. Eficacia - Proceso Razón entre los usuarios de 6 a 19 años que participan solo de las sesiones de actividad física y los beneficiarios de 6 a 19 años que debieran recibir todas las intervenciones del programa.</p>	<p>(N° promedio de usuarios de 6 a 19 años que participan en cada sesión de actividad física en el año T / N° total de beneficiarios de 6 a 19 ingresados en el año T)</p>	<p>No disponible</p> <p>Anual</p>	
	<p>40. Eficacia - Proceso Razón entre los usuarios de 20 a 64 años que participan solo de las sesiones de actividad física y los beneficiarios de 20 a 64 años que debieran recibir todas las intervenciones del programa.</p>	<p>(N° promedio de usuarios de 20 a 64 años que participan en cada sesión de actividad física en el año T / N° total de beneficiarios de 20 a 64 años ingresados en el año T)</p>	<p>No disponible</p> <p>Anual</p>	

ACTIVIDADES:**Círculos de Vida Sana**

- Proponer diálogos acerca de las causas y consecuencias del exceso de peso.
- Reforzar la motivación al cambio del sistema familiar.
- Orientar a los usuarios respecto a los requerimientos nutricionales.
- Identificar los distintos elementos de un plan modelo de alimentación.
- Planificar la implementación de una alimentación saludable.
- Presentar la importancia de tener información acerca de la composición nutricional de los alimentos.
- Capacitar en etiquetado de los alimentos.
- Recomendar una visión crítica de la información entregada por la publicidad.
- Obtener información de las dificultades y fortalezas en cada sistema familiar.
- Conversar estrategias para facilitar el cambio de hábitos.
- Reconocer las distintas motivaciones para comer.
- Planificar estrategias a implementar en cada sistema familiar.
- Planificar acciones concretas para mantener cambios logrados.
- Reconocer recursos psicosociales disponibles frente a futuras dificultades y acciones a seguir.

Sesiones de Actividad Física y Ejercicio Físico

- Entregar actividades físicas y ejercicios físicos que promuevan diversas tareas motoras pertinentes a los rangos de edad, con variadas metodologías y cargas de entrenamiento.

Anexo 2(b): Medición de indicadores Matriz de Evaluación del programa, período 2012-2015²¹⁴

<p>NOMBRE DEL PROGRAMA: Vida Sana - Intervención en factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en niños, niñas, adolescentes, adultos y mujeres post parto.</p> <p>AÑO DE INICIO: 2011</p> <p>MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Salud</p> <p>SERVICIO RESPONSABLE: División de Atención Primaria</p> <p>OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE SE VINCULA EL PROGRAMA: Objetivos Estratégicos del MINSAL:</p> <p>Objetivo 2: Avanzar en la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2010-2020, para mejorar resultados de indicadores de salud propuestos.</p> <p>Objetivo 3: Fortalecer la Atención Primaria de Salud, para acercar más salud a las personas.</p> <p>Objetivo 5: Avanzar en estrategias comunitarias en el ámbito de las enfermedades crónicas y del adulto mayor.</p>						
Evolución de los indicadores						
Enunciado del objetivo	Indicadores		Cuantificación			
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)	Fórmula de Cálculo	2012	2013	2014	2015
<p>FIN: Contribuir a reducir los factores de riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares en la población.</p>						
<p>PROPÓSITO: Disminuir 3 de los factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dieta inadecuada • Deficiente condición física • Sobrepeso/Obesidad <p>en niños, niñas, adultos y mujeres post-parto de 2 a 64 años, beneficiarios de FONASA.</p>	<p>1. Eficacia – Proceso Porcentaje de beneficiarios ingresados al programa en relación con la población objetivo total</p>	(Número de beneficiarios ingresados al programa en el año T / número de población objetivo total en el año T) 100.				6.3%
	<p>2. Eficacia – Proceso Porcentaje de beneficiarios ingresados al programa que termina el ciclo de la intervención en relación con la población objetivo total</p>	(Número de beneficiarios ingresados al programa en el año T que terminan el ciclo de la intervención/ número de población objetivo total en el año T) 100.				

²¹⁴ El panel no cuenta con información confiable que permita la cuantificación de los indicadores de la MML, con excepción de los indicadores 1 (2015), 26 (2015) y 27 (2012 a 2015).

	<p>3. Eficacia – Producto Porcentaje de beneficiarios que termina el ciclo de la intervención en relación con el total de beneficiarios que ingresaron al programa</p>	<p>(Número de beneficiarios ingresados en el año T que terminan el ciclo de la intervención / número total de beneficiarios que ingresaron al programa en el año T) * 100.</p>				
	<p>4. Calidad – Resultado Intermedio Porcentaje de beneficiarios encuestados que se declara satisfecho o muy satisfecho con la intervención del programa en relación al total de beneficiarios encuestados.</p>	<p>(Número de beneficiarios encuestados que se declaran satisfechos o muy satisfechos con la intervención del programa / número total de beneficiarios encuestados) * 100.</p>				
	<p>5. Eficacia - Resultado Intermedio Porcentaje de beneficiarios de 2 a 5 años que mejora su diagnóstico nutricional integrado o ZScore de Peso/Talla al 6° mes de intervención.</p>	<p>(Número de beneficiarios de 2 a 5 años ingresados en el año T que mejoran su diagnóstico nutricional integrado o ZScore de Peso/Talla al 6° mes de intervención / N° de beneficiarios de 2 a 5 años ingresados en el año T que llegan al 6° control en el año T) * 100.</p>				
	<p>6. Eficacia - Resultado Intermedio Porcentaje de beneficiarios de 2 a 5 años que mantiene su diagnóstico nutricional integrado o ZScore de Peso/Talla al 6° mes de intervención.</p>	<p>(Número de beneficiarios de 2 a 5 años ingresados en el año T que mantienen su diagnóstico nutricional integrado o ZScore de Peso/Talla al 6° mes de intervención / N° de beneficiarios de 2 a 5 años ingresados en el año T que llegan al 6° control en el año T) * 100.</p>				
	<p>7. Eficacia - Resultado Porcentaje de beneficiarios de 2 a 5 años que mejora su diagnóstico nutricional integrado o ZScore de Peso/Talla al 12° mes de intervención.</p>	<p>(Número de beneficiarios de 2 a 5 años ingresados en el año T que mejoran su diagnóstico nutricional integrado o ZScore de Peso/Talla al 12° mes de intervención / N° de beneficiarios de 2 a 5 años ingresados en el año T que llegan al 12° control) * 100</p>				
	<p>8. Eficacia - Resultado Porcentaje de beneficiarios de 2 a 5 años que mantiene su diagnóstico nutricional integrado o ZScore de Peso/Talla al 12° mes de</p>	<p>(Número de beneficiarios de 2 a 5 años ingresados en el año T que mantienen su diagnóstico nutricional integrado o ZScore de Peso/Talla al 12° mes de intervención / N° de beneficiarios</p>				

	intervención.	de 2 a 5 años ingresados en el año T que llegan al 12° control) * 100				
	<u>9. Eficacia – Resultado Intermedio</u> Porcentaje de beneficiarios de 6 a 19 años que mejora su Zcore de IMC al 6° mes de intervención.	(Número de beneficiarios de 6 a 19 años ingresados en el año T que mejoran su Zcore de IMC al 6° mes de intervención / N° de beneficiarios de 6 a 19 años ingresados en el año T que llegan al 6° control) * 100.				
	<u>10. Eficacia – Resultado Intermedio</u> Porcentaje de beneficiarios de 6 a 19 años que mantiene su Zcore de IMC al 6° mes de intervención.	(Número de beneficiarios de 6 a 19 años ingresados en el año T que mantienen su Zcore de IMC al 6° mes de intervención / N° de beneficiarios de 6 a 19 años ingresados en el año T que llegan al 6° control) * 100.				
	<u>11. Eficacia – Resultado Final</u> Porcentaje de beneficiarios de 6 a 19 años que mejora su Zcore de IMC al 12° mes de intervención.	(Número de beneficiarios de 6 a 19 años ingresados en el año T que mejoran su Zcore de IMC al 12° mes de intervención / N° de beneficiarios de 6 a 19 años ingresados en el año T que llegan al 12° control) * 100.				
	<u>12. Eficacia – Resultado Final</u> Porcentaje de beneficiarios de 6 a 19 años que mantiene su Zcore de IMC al 12° mes de intervención.	(Número de beneficiarios de 6 a 19 años ingresados en el año T que mantienen su Zcore de IMC al 12° mes de intervención / N° de beneficiarios de 6 a 19 años ingresados en el año T que llegan al 12° control) * 100.				
	<u>13. Eficacia – Resultado Intermedio</u> Porcentaje de beneficiarios de 20 a 64 años que baja su peso inicial en al menos un 5% al 6° mes de intervención.	(Número de beneficiarios de 20 a 64 años ingresados en el año T que baja su peso inicial en al menos un 5% al 6° mes de intervención / N° de beneficiarios de 20 a 64 años ingresados en el año T que llegan al 6° control) * 100.				

	<p>14. Eficacia – Resultado Intermedio Porcentaje de beneficiarios de 20 a 64 años que mantiene su peso inicial al 6° mes de intervención.</p>	<p>(Número de beneficiarios de 20 a 64 años ingresados en el año T que mantiene su peso inicial al 6° mes de intervención / N° de beneficiarios de 20 a 64 años ingresados en el año T que llegan al 6° control) * 100.</p>				
	<p>15. Eficacia – Resultado Final Porcentaje de beneficiarios de 20 a 64 años que baja su peso inicial en al menos un 5% al 12° mes de la intervención.</p>	<p>(Número de beneficiarios de 20 a 64 años ingresados en el año T que bajan su peso inicial en al menos un 5% al 12° mes de intervención / N° de beneficiarios de 20 a 64 años ingresados en el año T que llegan al 12° control) * 100.</p>				
	<p>16. Eficacia – Resultado Final Porcentaje de beneficiarios de 20 a 64 años que mantiene su peso inicial al 12° mes de intervención.</p>	<p>(Número de beneficiarios de 20 a 64 años ingresados en el año T que mantienen su peso inicial al 12° mes de intervención / N° de beneficiarios de 20 a 64 años ingresados en el año T que llegan al 12° control) * 100.</p>				
	<p>17. Eficacia – Resultado Final Porcentaje de mujeres adolescentes post parto que vuelve al menos a su peso pre gestacional al 12° mes de intervención.</p>	<p>(Número de mujeres adolescentes post-parto ingresadas en el año T que vuelven al menos a su peso pre gestacional al 12° mes de intervención / N° de mujeres adolescentes post-parto ingresadas en el año T que llegan al 12° control) * 100.</p>				
	<p>18. Eficacia – Resultado Final Porcentaje de mujeres mayores de 19 años post parto que vuelve al menos a su peso pre gestacional al 12° mes de intervención.</p>	<p>(Número de mujeres mayores de 19 años post-parto ingresadas en el año T que vuelven al menos a su peso pre gestacional al 12° mes de intervención / N° de mujeres mayores de 19 años post-parto ingresadas en el año T que llegan al 12° control) * 100.</p>				
	<p>19. Eficacia – Resultado Intermedio Porcentaje de niños de 2 a 5 años que mejoran su condición física al 6° mes de intervención</p>	<p>(Número de niños de 2 a 5 años ingresados en el año T que mejoran su condición física al 6° mes de la intervención / N° de niños de 2 a 5 años ingresados en el año T que llegan al 6° control) * 100.</p>				

	<p><u>20. Eficacia – Resultado Intermedio</u> Porcentaje de niños de 2 a 5 años que mejoran su condición física al 12° mes de intervención</p>	<p>(Número de niños de 2 a 5 años ingresados en el año T que mejoran su condición física al 12° mes de la intervención / N° de niños de 2 a 5 años ingresados en el año T que llegan al 12° control) * 100.</p>				
	<p><u>21. Eficacia – Resultado Intermedio</u> Porcentaje de niños de 6 a 19 años que mejoran su condición física al 6° mes de intervención</p>	<p>(Número de niños de 6 a 19 años ingresados en el año T que mejoran su condición física al 6° mes de la intervención / N° de niños de 6 a 19 años ingresados en el año T que llegan al 6° control) * 100.</p>				
	<p><u>22. Eficacia – Resultado Intermedio</u> Porcentaje de niños de 6 a 19 años que mejoran su condición física al 12° mes de intervención</p>	<p>(Número de niños de 6 a 19 años ingresados en el año T que mejoran su condición física al 12° mes de la intervención / N° de niños de 6 a 19 años ingresados en el año T que llegan al 12° control) * 100.</p>				
	<p><u>23. Eficacia – Resultado Intermedio</u> Porcentaje de beneficiarios de 20 a 64 años que mejoran su condición física al 6° mes de intervención.</p>	<p>(Número de beneficiarios de 20 a 64 años ingresados en el año T que mejoran su condición física al 6° mes de intervención / N° de beneficiarios de 20 a 64 años ingresados en el año T con control al 6° mes) * 100.</p>				
	<p><u>24. Eficacia – Resultado Final</u> Porcentaje de beneficiarios de 2 a 64 años que mejoran su condición física al 12° mes de intervención.</p>	<p>(Número de beneficiarios de 20 a 64 años ingresados en el año T que mejoran su condición física al 12° mes de intervención / N° de beneficiarios de 20 a 64 años ingresados en el año T con control al 12° mes) * 100.</p>				
	<p><u>25. Eficacia - Proceso</u> Porcentaje de cumplimiento de meta anual de expansión del programa.</p>	<p>(Número de cupos nuevos disponibles / número de cupos nuevos solicitados) * 100.</p>				
	<p><u>26. Eficiencia – Proceso</u> Porcentaje de gastos administrativos sobre el gasto total del programa.</p>	<p>(Gasto administrativo del programa año T / Gasto total del programa año T)*100.</p>				6.0%

	27. Economía- Proceso Porcentaje de ejecución presupuestaria del programa.	(Gasto devengado por el programa en el año T / Presupuesto inicial del programa en el año T)*100.	100.0%	100.0%	100.0%	99.9%
	28. Economía-Producto Porcentaje de aportes de terceros sobre el gasto total del programa.	(Monto de Aportes de Terceros en el año T / Gasto total del programa en el año T)*100.				
COMPONENTE 1: Intervenciones individuales a la población beneficiaria de FONASA de 2 a 64 años, con enfoque comunitario, consistentes en: <ul style="list-style-type: none"> - Consulta médica - Consulta y control nutricional - Consulta psicológica - Evaluación profesional de la actividad física. 	29. Eficacia - Proceso Porcentaje de beneficiarios que accedieron a la consulta médica de la intervención en relación al total de beneficiarios que ingresaron al programa.	(N° de beneficiarios ingresados en el año T que accedieron a la consulta médica de la intervención / N° total de beneficiarios que ingresaron al programa en el año T) * 100				
	30. Eficacia - Proceso Porcentaje de beneficiarios que accedieron a la consulta y a los cuatro controles nutricionales de la intervención en relación al total de beneficiarios que ingresaron al programa.	(N° de beneficiarios ingresados en el año T que accedieron a la consulta y a los controles nutricionales de la intervención en el año T / N° total de beneficiarios que ingresaron al programa en el año T) * 100				
	31. Eficacia - Proceso Porcentaje de beneficiarios que accedieron a las dos consultas psicológicas de la intervención en relación al total de beneficiarios que ingresaron al programa	(N° de beneficiarios ingresados en el año T que accedieron a las dos consultas psicológicas de la intervención en el año T / N° total de beneficiarios ingresados en el año T que ingresaron al programa en el año T) * 100				
	32. Eficacia - Proceso Porcentaje de beneficiarios que accedieron a las 2 evaluaciones de condición física de la intervención en relación al total de beneficiarios que ingresaron al programa.	(N° de beneficiarios ingresados en el año T que accedieron a las 2 evaluaciones de condición física de la intervención en el año T / N° total de beneficiarios que ingresaron al programa en el año T) * 100				
	33. Eficacia - Proceso Porcentaje de beneficiarios que accedieron a la evaluación de condición física de la intervención en el mes 12° en relación al total de beneficiarios que ingresaron al programa.	(N° de beneficiarios ingresados en el año T que accedieron a la evaluación de condición física de la intervención en el mes 12° / N° total de beneficiarios que ingresaron al programa en el año T) * 100				

	<p>34. Eficacia - Proceso Porcentaje de beneficiarios que cuentan con resultados para los exámenes de laboratorio²¹⁵ en el primer control - mes 1 en relación al total de beneficiarios que ingresaron al programa.</p>	<p>(N° de beneficiarios ingresados en el año T que cuentan con resultados para los 5 exámenes de laboratorio en el primer control - mes 1 / N° total de beneficiarios que ingresaron al programa en el año T) * 100</p>				
<p>COMPONENTE 2: Intervenciones grupales a la población de 2 a 64 años, con enfoque comunitario, consistentes en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Círculos de Vida Sana ²¹⁷ - Sesiones de actividad física y ejercicio físico 	<p>35. Eficacia - Proceso Porcentaje de beneficiarios que cuentan con resultados para los exámenes de laboratorio²¹⁶ en el tercer control - mes 6 en relación al total de beneficiarios que ingresaron al programa.</p>	<p>(N° de beneficiarios ingresados en el año T que cuentan con resultados para los 5 exámenes de laboratorio en el tercer control - mes 6 / N° total de beneficiarios que ingresaron al programa en el año T) * 100</p>				
	<p>36. Eficacia - Proceso Porcentaje de beneficiarios que cumplen con las sesiones de los 5 círculos de vida sana al 6° mes de la intervención en relación al total de beneficiarios que ingresan al programa.</p>	<p>(N° de beneficiarios ingresados en el año T que cumplen con las sesiones de los 5 círculos de vida sana al 6° mes de la intervención en el año T / N° total de beneficiarios que ingresan al programa en el año T) * 100</p>				
	<p>37. Eficacia - Proceso Porcentaje de beneficiarios que cumplen con un 60% de las sesiones de actividad física y ejercicios físico de vida sana al término de la intervención en relación al total de beneficiarios que ingresan al programa.</p>	<p>(N° de beneficiarios ingresados en el año T que cumplen con un 60% de las sesiones de actividad física y ejercicios físicos de vida sana al término de la intervención en el año T / N° total de beneficiarios que terminan el programa en el año T) * 100</p>				
<p>38. Eficacia - Proceso Razón entre los usuarios de 2 a 5 años que participan solo de las sesiones de actividad física y los beneficiarios de 2 a 5 años que debieran recibir todas las intervenciones del programa.</p>	<p>(N° promedio de usuarios de 2 a 5 años que participan en cada sesión de actividad física en el año T / N° total de beneficiarios de 2 a 5 años ingresados en el año T)</p>					

²¹⁵ Colesterol total, Colesterol LDL, Colesterol HDL, Triglicéridos y Glicemia en ayunas.

²¹⁶ Colesterol total, Colesterol LDL, Colesterol HDL, Triglicéridos y Glicemia en ayunas.

²¹⁷ Círculos de Vida Sana: talleres desarrollados por la dupla nutricionistas-psicólogo/a, dirigidos a los beneficiarios con el propósito de complementar el apoyo terapéutico en el cambio de hábitos.

	<p><u>39. Eficacia - Proceso</u> Razón entre los usuarios de 6 a 19 años que participan solo de las sesiones de actividad física y los beneficiarios de 6 a 19 años que debieran recibir todas las intervenciones del programa.</p>	<p>(N° promedio de usuarios de 6 a 19 años que participan en cada sesión de actividad física en el año T / N° total de beneficiarios de 6 a 19 ingresados en el año T)</p>				
	<p><u>40. Eficacia - Proceso</u> Razón entre los usuarios de 20 a 64 años que participan solo de las sesiones de actividad física y los beneficiarios de 20 a 64 años que debieran recibir todas las intervenciones del programa.</p>	<p>(N° promedio de usuarios de 20 a 64 años que participan en cada sesión de actividad física en el año T / N° total de beneficiarios de 20 a 64 años ingresados en el año T)</p>				

Anexo 2(c): Análisis de diseño del programa

El programa preparó una matriz de marco lógico (MML) para esta evaluación, la que fue entregada al panel. Esta matriz ha sido trabajada y redefinida en gran parte por el panel, teniendo como insumo tanto los comentarios del programa, como también el juicio del panel respecto de la adecuada integración de los objetivos del programa y sus relaciones de causalidad, y los respectivos indicadores que permitan medir el nivel de logro alcanzado. La matriz expresa el diseño del programa correspondiente al año 2015 y ha sido consensuada con el programa.

Relaciones de causalidad de los objetivos del programa (Lógica Vertical)

El propósito y fin responden adecuadamente a la necesidad que el programa se ha propuesto atender, que es constituir una respuesta de política pública para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles (ENT), en particular las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus tipo 2, que son responsables de gran parte de la mortalidad y morbilidad de la población chilena. El fin es contribuir a disminuir los factores de riesgo de desarrollar estas enfermedades. La literatura especializada identifica que los factores de riesgo más importantes son un alto índice de colesterol, dieta inadecuada, sobrepeso/obesidad, inactividad física, uso de tabaco y alcohol.

El propósito del programa se focaliza en disminuir tres de los factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares: dieta inadecuada, deficiente condición física y sobrepeso/obesidad en población de ambos sexos de 2 a 64 años, beneficiaria de FONASA. Por lo tanto, el propósito se relaciona directamente con el fin, pues su logro impacta en la disminución de los factores de riesgo de las enfermedades que aborda el programa. No obstante, se debe considerar que estos factores de riesgo no sólo se relacionan con las dos enfermedades que prioriza el programa, sino también con otras ENT, como por ejemplo distintos tipos de cáncer, por lo que el propósito puede contribuir al problema de fondo, que es disminuir las ENT en la población chilena. También se debe considerar que la literatura especializada suele identificar al sedentarismo como factor de riesgo. Sin embargo, este ha sido reemplazado en el propósito por “deficiente condición física”. El panel ha tomado esta decisión porque los indicadores que el programa mide no incluyen el cambio de hábitos de actividad física, sino que miden el resultado que la actividad física (disminución del sedentarismo) tiene en la “condición física”. Se asume entonces que una persona con “deficiente condición física” tiene dicha condición por ser una persona sedentaria. Cabe señalar que 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”²¹⁸. El panel considera que esta es una definición general que no resulta coherente con los indicadores que el programa utiliza para medir condición física. Esto porque los indicadores miden distintos desempeños en actividad física (por ejemplo, distancia en saltos, cantidad de sentadillas en 30”), cuyo incumplimiento no implica necesariamente afectar la realización de actividades físicas cotidianas, profesionales o recreativas. Por ello, el panel considera que el programa debiera elaborar una nueva definición de “deficiente condición física”, que sea coherente con lo que efectivamente mide.

Una situación similar ocurre con la dieta inadecuada que no es medida en los indicadores. No obstante, se asume que la disminución del peso o el mejoramiento del estado nutricional (que el

²¹⁸ Definición elaborada por el programa con base en las siguientes fuentes:
<http://www.efdeportes.com/efd170/la-condicion-fisica-evolucion-historica.htm>
<http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/File/fundamentacion2.pdf>

programa mide por el peso, talla y el índice de masa corporal, IMC) es resultado del mejoramiento de la dieta y el ejercicio, que son las actividades de la intervención realizada por el programa.

Los supuestos definidos en cada nivel de objetivos se evalúan como adecuados y pertinentes, pues responden a situaciones externas al control del programa y pueden afectar el logro del fin y propósito. Respecto de los supuestos que aluden a condiciones favorables en las comunas (Establecimientos educacionales o jardines infantiles permiten y facilitan la ejecución del programa; Comunas cuentan con espacios adecuados para las actividades; Comunas comprometidas con el programa; Disponibilidad de equipos profesionales requeridos por el programa de acuerdo al marco presupuestario y actividades solicitadas), el programa puede enfrentarlos mediante un trabajo de monitoreo con los equipos locales, de modo de anticiparse a la existencia de condiciones que pongan en riesgo sus resultados, no siendo necesario la construcción de indicadores adicionales distintos de responder al supuesto. En aquellas comunas en las que los equipos locales informen que se están cumpliendo parcialmente dichos supuestos, o no se están cumpliendo, el programa puede realizar actividades de sensibilización o contacto con las autoridades locales, para lograr el cumplimiento de los supuestos. Por su parte, los supuestos referidos a cuestiones de gestión en distintos niveles (Programa recibe presupuesto programado; Se cumplen metas establecidas para reliquidación del programa; Convenios se firman dentro del plazo, y Terceros entregan en plazo aportes comprometidos), el Programa debiera también realizar un seguimiento, que le permita analizar su desempeño, no siendo necesario la construcción de indicadores adicionales distintos de responder al supuesto. El resto de los supuestos (Beneficiarios no se ven afectados por condiciones familiares, laborales o socioeconómicas extraordinarias; e Inexistencia de paros de funcionarios que alteren significativamente el acceso a las intervenciones) tienen relación con condiciones sociopolíticas y socioeconómicas ajenas a las posibilidades de intervención del programa. En el caso en que estos supuestos no se cumplan, el programa debiera analizar los efectos que tuvieron estas situaciones en su desempeño, y determinar las medidas para lograr los resultados en el nuevo escenario.

El programa se estructura en dos componentes. El componente 1 corresponde a intervenciones individuales con enfoque comunitario: consulta médica; consulta y control nutricional; consulta psicológica; y evaluación profesional de la actividad física. El componente 2 corresponde a intervenciones grupales con enfoque comunitario, consistentes en círculos de vida sana²¹⁹, y sesiones de actividad física y ejercicio físico. El panel considera que los componentes del programa son necesarios y suficientes para el logro del propósito y no se identifica alguno que sea prescindible, ya que sus acciones son complementarias para el logro de objetivos del programa. Esta complementariedad se debe a que el componente 1 tiene las atenciones nutricionales y psicológicas individuales y el componente considera la actividad física y círculos de vida sana grupal.

En relación con las actividades en cada componente, son necesarias y suficientes para el logro del propósito, considerando que se trata de una intervención individual para generar cambios de hábitos, basada en la intervención de conserjería nutricional, psicológica y realización de actividad física, que es consistente con las atenciones profesionales que contemplan este tipo de intervenciones en el mundo.

Respecto del enfoque comunitario que el programa señala aplicar en la entrega de cada componente, éste es definido por el programa como un “modelo metodológico en el cual subyace una cosmovisión o paradigma particular de lo psicosocial, para orientar el trabajo de las

²¹⁹ Círculos de Vida Sana: talleres desarrollados por la dupla nutricionistas-psicólogo/a, dirigidos a los beneficiarios con el propósito de complementar el apoyo terapéutico en el cambio de hábitos.

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 sociedad²²⁰. No obstante, no está claro cómo se operacionaliza esta definición, especialmente en las prestaciones del componente 1. El panel considera que la aclarar la operacionalización de la aplicación del enfoque comunitario en la entrega del componente 1 puede contribuir a disminuir el foco en la responsabilidad individual en la generación de cambios, aspecto que, como se señala más adelante, resulta una característica crítica del diseño del programa.

Por su parte, el componente 2 atiende, además de sus beneficiarios que, en teoría, lo son también del componente 1, pues las atenciones que ambos entregan son un continuum, existen beneficiarios indirectos o “usuarios”, que comprenden personas que no son beneficiarias del componente 1, pero que pueden sumarse a las actividades grupales del componente 2. Esto implica que el programa puede atender población que está fuera de la población potencial y objetivo definida por el programa, ya sea porque no cumple los criterios de inclusión en cuanto a estado de salud o factores de riesgo, no tiene examen preventivo, o no es beneficiaria de FONASA. Esto significa una inconsistencia lógica entre el componente 2 y el propósito.

La inconsistencia lógica señalada se presenta de manera distinta en la población escolar y adulta. En el caso de la población escolar, el panel considera que la inconsistencia lógica entre el componente 2 y el propósito obedece a una cuestión inevitable. De lo contrario, habría que trabajar con un grupo diferenciado de niños, niñas y adolescentes con sobrepeso/obesidad al interior de los establecimientos educacionales, generando en esta población un riesgo de discriminación y estigmatización que son inaceptables desde el punto de vista ético. Por lo tanto, el panel considera que la decisión del programa de abordar toda la población escolar –o a cursos completos dentro de los establecimientos- es adecuada. No obstante, el panel desconoce la modalidad específica en que se entrega el componente 2, pues el programa entrega orientaciones generales para la implementación del componente, que son operacionalizadas en el nivel local de acuerdo con su propia realidad. En particular, no está documentado claramente cómo recibe las prestaciones del componente 2 un niño o niña que es pesquisada en el control de niño sano en su consultorio de referencia, cuando el programa no se implementa en su establecimiento educacional. Según ha informado el programa, en estos casos un adulto responsable debe llevarlo(a) a sesiones de actividad física al consultorio. No obstante, el panel considera que debiera haber orientaciones específicas para estos casos, incluyendo cómo se integra el componente comunitario en estos casos.

En el caso de la población adulta (20 y más años), los usuarios están en la misma condición: pueden exceder la población objetivo definida por el programa. El panel considera que esta situación, si bien afecta la consistencia lógica entre el componente 2 y el propósito, puede ser vista como una externalidad positiva del programa, pues permite ampliar el número de personas que pueden beneficiarse de las sesiones de actividad física gratuitas. Por lo tanto, constituye una actividad de promoción de la salud que puede contribuir a disminuir las ENT en la población general. Dado que la ampliación de estas actividades no debiera implicar disponer de recursos

²²⁰ MINSAL. “Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario”, 2008 y 2012.

humanos o de infraestructura adicionales, el panel considera que esta inconsistencia observada en el componente 2, si bien afecta la lógica vertical de la MML, no representa un problema para el logro del propósito. No obstante se debe considerar la situación hipotética de que la capacidad para entregar atenciones sólo permitiera cubrir los costos de atención de los beneficiarios, de modo que la inclusión de usuarios implicara costos adicionales al presupuesto definido. Esta situación no está contemplada en las orientaciones para la entrega del componente 2. A juicio del panel, la indicación de que los usuarios deben ser aceptados en el componente 2 sólo cuando los recursos disponibles así lo permitan, debiera ser contemplada y normada por el programa.

Finalmente, el panel considera que la opción del programa de intervenir en la dieta y en la actividad física es adecuada y consistente con la evidencia disponible que los identifica como los principales factores de riesgo modificables de ENT. También considera que el énfasis en las enfermedades cardiovasculares y la diabetes es pertinente, pues las primeras son la principal causa de muerte y la tercera responsable de la carga de enfermedad de la población chilena. La diabetes es una de las principales ENT, presenta un aumento sostenido en el país y tiene graves consecuencias para la salud. Además, es un factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares.

En cuanto a la estrategia del programa, se opta por una estrategia individual, que la literatura especializada reconoce como un tipo de intervención que, en conjunto con las intervenciones de tipo estructural, pueden disminuir los factores de riesgo de desarrollar ENT. Desde esa perspectiva, el panel considera que la estrategia individual definida por el programa es adecuada para el logro de su propósito. Además, tiene un fundamento de equidad, al ofrecer la opción de una intervención individual para las personas del sistema público de salud que desean generar cambios en su estilo de vida, oferta a la cual puede acceder la población que se atiende en el sistema privado. Eso cobra relevancia puesto que las ENT tienen mayor prevalencia en las personas de menores recursos, quienes a su vez tienen menos herramientas y recursos para enfrentarlas. No obstante, el panel comparte la visión de la literatura y expertos, que señala que la prevención de las ENT tiene pocas probabilidades de éxito si se focaliza en la responsabilidad del individuo para generar los cambios, desconociendo la importancia de un contexto que favorezca y viabilice dichos cambios. Este aspecto está ausente en el enfoque del programa y debiera ser incorporado, con el objetivo de poder cumplir en mayor grado su propósito. Para ello, se puede incluir actividades de coordinación intersectorial a nivel nacional y local, tendientes tanto al reforzamiento de los cambios de hábitos y su sostenibilidad, mediante la entrega de distintos apoyos, una vez finalizada la intervención. Estas actividades pueden orientar la definición del enfoque comunitario que el programa afirma aplicar en el componente 1 y que, como se ha señalado, no está operacionalizado.

Sistema de indicadores del programa (Lógica Horizontal)

La MML cuenta con 40 indicadores. De ellos, 37 son de eficacia, 2 de economía y 1 de calidad. El panel solo ha podido calcular tres indicadores, uno de Eficacia (indicador de cobertura N°1 para el año 2015), uno de Eficiencia (indicador N° 26 para el año 2015) y uno de Economía (indicador N° 27 para los cuatro años evaluados). No ha sido posible calcular ninguno de los demás indicadores, de eficacia, debido a inconsistencias en las bases de datos del programa, explicados en el anexo 1. Tampoco ha sido posible calcular el indicador de calidad, pues el programa no registra información al respecto. En cuanto al indicador de economía faltante, no se cuenta con información.

En la definición de los indicadores, el panel consideró la conciliación entre la medición del cumplimiento del propósito y de los objetivos de cada componente, con la información que el

programa registra. No obstante, también incluyó indicadores que considera necesarios, pero cuyo cálculo requiere información que en la actualidad el programa no incluye en sus registros.

Como fuente de información se establece las planillas Excel que son completadas por los profesionales del programa durante la atención directa del beneficiario. Estas planillas alimentan la Plataforma Web del Programa. El Panel considera que dicha Plataforma debiera incluir los indicadores de esta Matriz de Marco Lógico.

A nivel de propósito, se cuenta con 28 indicadores, 24 de eficacia, 2 de economía 1 de eficiencia y 1 de calidad. El componente 1 tiene 7 indicadores de eficacia. Por su parte, el componente 2 tiene 5 indicadores de eficacia. El panel considera que, todos los indicadores de eficacia deben ser desagregados por sexo además de obtener el valor total, de modo de poder realizar un análisis de género de los resultados del programa.

En cuanto a los indicadores de propósito, el panel considera que los indicadores de eficacia permiten medir el grado en que los resultados del programa contribuyen al propósito, tanto en el nivel de proceso como en el de resultado, pues integran resultados a los seis meses del programa y al terminar la intervención (12 meses), con objetivos de reducción del sobrepeso/obesidad y condición física, de manera independiente para cada grupo etario (2-5, 6-19 y 20-64) y adolescentes y mujeres de 20 y más años post-parto, de acuerdo con los objetivos específicos definidos por el programa²²¹. Estos indicadores incluyen de manera independiente el mejoramiento y mantención del diagnóstico nutricional integrado o ZScore de peso/talla (2 a 5 años); mejoramiento y mantención del ZScore de IMC (6 a 19 años); la reducción de al menos 5% del peso y mantención del peso (20 a 64 años) y volver al menos al peso pre-gestacional (mujeres post parto) debido a que tanto la reducción como la mantención son consideradas por la literatura y los expertos como beneficiosos en términos de la reducción de los factores de riesgo y mejoramiento del estado de salud general. Sin embargo, aunque la mantención y el mejoramiento implican beneficios para la salud, el panel ha optado por medir ambos resultados por separado, debido a que dan cuenta de distintos grados de eficacia de la intervención del programa. Por ejemplo, si un beneficiario mantiene su peso al 12° mes, seguiría teniendo el mismo factor de riesgo por el cual ingresó al programa y podría nuevamente ingresar a este.

Como se señaló, no ha sido posible medir ninguno de estos indicadores, por los problemas de consistencia de las bases de datos del programa, con excepción de los indicadores 1 (Porcentaje de beneficiarios ingresados al programa en relación con la población objetivo total) en que se tuvo el valor para el año 2015; indicador, 26 (Porcentaje de gastos administrativos sobre el gasto total del programa) también con valor para el año 2015; e indicador 27 (Porcentaje de ejecución presupuestaria del programa) con sus valores para los años 2012 a 2015.

La matriz no incluye indicadores que midan pre diabetes y pre hipertensión, cuya disminución es un objetivo específico explícito del programa, debido a que la medición de pre-diabetes y pre-hipertensión no está incluida en las prestaciones del programa, y por lo tanto tampoco puede registrarse, por lo que no cuenta con información para medir el logro de dicho objetivo. No obstante, el panel considera que debe incluirse en las prestaciones y medirse su resultado.

Como se señaló, los indicadores de la MML no miden el cambio de hábitos de actividad física, sino que miden el resultado que la disminución del sedentarismo tiene en la “condición física”. Se asume entonces que una persona con “deficiente condición física” tiene dicha condición por ser una persona sedentaria, lo que el panel consideró como fundamento para reemplazar el factor de

²²¹ Resolución N°1155 que aprueba el programa para el año 2015. No se consideró las metas para los 19 años.

riesgo “sedentarismo” por “deficiente condición física” Sin embargo, no se cuenta con ningún indicador que mida la dieta inadecuada, que es declarada como uno de los tres factores de riesgo que el propósito pretende disminuir. Esto significa una inconsistencia en la lógica horizontal de la MML. No obstante, el cambio en la dieta es medido indirectamente a través de los indicadores de talla, peso e IMC

Respecto del indicador de calidad a nivel de propósito, como se señaló, el programa no cuenta con medición de la calidad por parte de los beneficiarios. El panel estima que el programa debiera incluir una encuesta de satisfacción periódica, que le permita detectar a tiempo la necesidad de modificar intervenciones, considerando la realidad local. También, esto puede contribuir a monitorear las razones de deserción que, como se ha señalado, ha tenido un porcentaje relevante durante los años de ejecución del programa.

En cuanto a los indicadores de economía, el primero mide la ejecución presupuestaria del programa al finalizar el año, mediante el gasto devengado. Esto da cuenta de la implementación de las actividades del programa para cumplir el propósito, en consistencia con los recursos asignados. El segundo indicador mide el porcentaje de aportes de terceros sobre el presupuesto total. El panel considera que este es un indicador relevante, pues permite dimensionar en qué medida el programa podría realizarse sin los recursos aportados por otras instituciones (locales y de otro tipo). Como se señaló, se ha medido la ejecución presupuestaria para los 4 años de evaluación, encontrando una ejecución del 100% del presupuesto.

En cuanto a los indicadores del componente 1, el panel considera que, en términos de diseño, miden adecuadamente la entrega de todas las prestaciones individuales ofrecidas por el programa (exámenes y atenciones profesionales), por lo que los indicadores definidos en la MML permiten cumplir la lógica horizontal en relación con este componente. Esta información es registrada por los equipos locales del programa, de modo que son susceptibles de medir si se cuenta con un proceso válido y confiable de registro, que hasta ahora no ha ocurrido, lo cual el panel considera inadecuado.

En el caso del componente 2, los indicadores miden la participación de los beneficiarios en los círculos de vida sana y las sesiones de actividad física, que son las dos actividades de este componente. Uno de los indicadores establece cumplir con 60% de las sesiones de actividad física, punto de corte propuesto por el programa. El panel ha mantenido este punto de corte, considerando el criterio propuesto por el programa. No obstante, es necesario señalar que este punto de corte no fue fundamentado técnicamente por el programa.

Por otra parte, el panel también ha incluido en el Componente 2 indicadores que miden la participación de los usuarios, es decir, las personas que no son beneficiarias del componente 1, pero participan de las actividades del componente 2. Hasta ahora, el programa no ha llevado un registro de esta población. El panel considera que esta ausencia de registro es inadecuada, puesto que el programa desconoce la magnitud de población que atiende en el componente 2, Por eso, el panel, ha incluido en la MML tres indicadores de razón, que relacionan el número promedio de beneficiarios que participan en estas actividades, en relación con el total de beneficiarios. Esto permite conocer cuántos usuarios existen en promedio por cada beneficiario directo, para cada grupo etario. Para medir estos indicadores, el programa debiera incluir un sistema de registro de asistencia a las actividades, e integrarlo a su plataforma de ingreso de datos. Con la inclusión de estos indicadores, se cumple la lógica horizontal en el nivel de este componente, a nivel de los indicadores que han sido definidos en esta MML.

Anexo 3: Procesos de producción y organización y gestión del programa

A. Proceso de producción de los servicios (componentes) que entrega el programa

Para el cumplimiento de sus objetivos, el programa desarrolla una estrategia organizada en dos componentes que tienen la característica de ser complementarios entre sí, ya que todos los beneficiarios acceden a las prestaciones de ambos, en forma simultánea. El componente 1 comprende atenciones individuales (evaluación médica, psicológica, seguimiento nutricional, evaluaciones por profesional de la actividad física y exámenes de laboratorio). Este componente ha definido objetivos diferenciados para los diferentes grupos de edad y tipo de atención por profesional. El componente 2 entrega atenciones grupales (actividad y ejercicio físico y talleres educativos para generar cambios de hábito en alimentación y estilos de vida saludables). El programa considera una intervención que tiene una duración de 12 meses para cada beneficiario y es posible su reingreso en caso que no haya mejorado la condición por la que fue ingresado.

Éste se ejecuta en la red de Consultorios de Atención Primaria en Salud (APS), tanto dependientes de los Municipios, como de los Servicios de Salud, a nivel nacional. En su producción, utiliza recursos propios de los Centros de Salud (instalaciones), recursos financiados por el programa (personal, capacitación del mismo y exámenes de laboratorio), y otros espacios físicos facilitados por entes públicos o privados, como son escuelas, jardines infantiles, juntas de vecinos, municipalidades, gimnasios, etc.

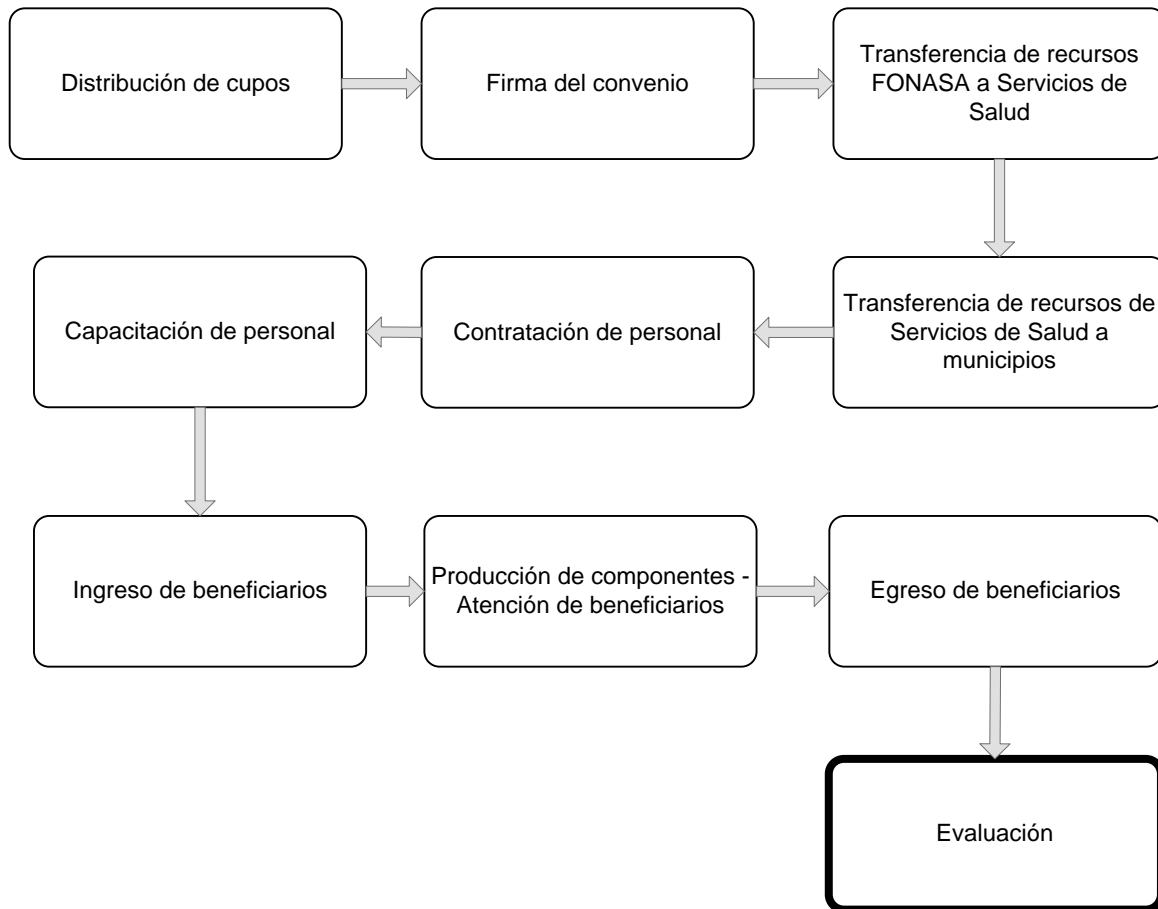
El proceso productivo que se describe a continuación se basa fundamentalmente en lo estipulado en la Resolución Exenta del Ministerio de Salud N° 1216 de fecha 30 de diciembre de 2015, así como también en entrevistas del panel con los referentes técnicos del programa en el nivel central. Consta de las siguientes etapas:

1. Distribución de cupos
2. Firma de convenios
3. Contratación personal
4. Pesquisa y derivación de beneficiarios
5. Ingreso de beneficiarios
6. Proceso productivo de componentes, entrega de atenciones a beneficiarios
7. Egreso de beneficiarios
8. Evaluación

El siguiente flujograma presenta el proceso que se describe a continuación.

Flujograma A3.1

Proceso de Planificación y Firma de Convenio Programa Vida Sana



A. 1. Distribución de cupos

La programación anual del Programa Vida Sana se efectúa en el nivel central del Ministerio de Salud, Departamento de Modelo de Atención Integral en Salud Comunal dependiente de la DIVAP. La primera actividad consiste en estimar los cupos totales de beneficiarios de que dispondrá el programa para el año siguiente, lo que se realiza en función del presupuesto disponible. Ello se ejecuta sobre la base de la valorización de cupos, de acuerdo a la metodología que se describe más adelante²²², los que posteriormente se distribuyen, en forma preliminar, entre los Servicios de Salud del país. Para esta distribución se consideran los siguientes criterios:

- Población inscrita en los centros de salud
Se considera toda la población FONASA de 2 a 64 años inscrita en los centros de salud, por comuna²²³. Ello implica que esta distribución no se hace en base a la población objetivo del programa, que es la que presenta el problema y que el Programa Vida Sana

²²² Ver Anexo 3, Sección C.

²²³ Puede ocurrir que en algunas comunas no se aplique en forma estricta este criterio ya que en un centro de salud se pueden inscribir personas con domicilio en otra comuna.

ha programado atender²²⁴, lo que se evalúa inadecuado. Se considera que el uso de la población objetivo como variable para distribuir los cupos por región y Servicio de Salud permitiría una mejor focalización del programa, ya que la población que presenta las condiciones de riesgo que el programa pretende disminuir, no se distribuye en forma homogénea en las comunas del país, como se señaló en el capítulo Justificación del programa.

➤ *Distribución geográfica*

El programa se ha propuesto tener cobertura nacional y estar presente en todas las regiones del país, lo que se evalúa adecuado. Sin embargo, se considera que no es suficiente operar en todas las regiones, ya que la distribución de cupos no considera criterios de prevalencia de los factores de riesgo que el programa se ha propuesto disminuir, cuya distribución no es homogénea en las regiones del país. Ello implica que el programa no establece metas de cobertura diferenciadas por región, en función de antecedentes epidemiológicos, criterio que debería verse reflejado en la distribución de cupos y en consecuencia, en la distribución del presupuesto. Como se pudo constatar en el capítulo Eficacia, la cobertura del programa en los distintos Servicios de Salud, y por ende en las regiones del país, presenta gran variabilidad, lo que es indicativo de que la aplicación del criterio “Distribución geográfica” no está obteniendo los resultados que se persiguen. (Ver Anexo 10).

➤ *Capacidad de gestión local*

En este criterio se considera el porcentaje de cumplimiento del programa en relación a lo comprometido por la comuna o el Servicio de Salud en su Plan de Trabajo Anual. Este cumplimiento se mide sobre la base de la primera evaluación que realiza el nivel central al 30 de junio. Cuando el grado de cumplimiento es insuficiente, lo que se mide de acuerdo a una tabla de descuentos²²⁵, el programa está facultado para efectuar los descuentos del presupuesto que se establecen en la citada tabla. Este criterio entró en funcionamiento en 2015 y se aplicó en una sola comuna, por lo se estima que durante el período de evaluación no ha operado en plenitud y por tanto no ha tenido efectos en la distribución de cupos.

Producto de la aplicación de estos criterios el Departamento de Modelo de Atención del MINSAL (referentes técnicos del programa) define los cupos que se asignarán a cada Servicio de Salud, información que se envía al nivel local en una planilla. Éstos en conjunto con las comunas, analizan la propuesta y efectúan una distribución preliminar por comuna, teniendo en consideración datos de población inscrita y factores de riesgo, así como también su capacidad de gestión y el espacio físico disponible para la realización de las actividades del programa. En general, el nivel central solicita a las comunas que crezcan, priorizando aquellas que han tenido una buena gestión. Cabe señalar que a los municipios les corresponde efectuar la distribución de cupos por establecimiento dentro de la comuna.

En opinión del panel, el hecho de tener en cuenta los factores de riesgo en la asignación de cupos por parte de los Servicios de Salud²²⁶, es positivo porque permite una mejor focalización del programa. Sin embargo, ello no está definido expresamente en los documentos consultados por el panel para esta evaluación, por lo que es posible suponer la aplicación de este criterio no es obligatoria para los Servicios de Salud, omisión que requiere ser subsanada.

²²⁴ Ver capítulo I. 2. Caracterización y cuantificación de la población potencial y objetivo.

²²⁵ Ver Anexo 3, Cuadro A3.6

²²⁶ Información entregada verbalmente por el programa al panel

Producto de este análisis, se definen los cupos a solicitar al nivel central para el año siguiente, distribuidos por comuna, los que pueden contener una solicitud de ampliación. Se considera que este mecanismo es adecuado ya que permite la participación activa de los niveles locales en el proceso de planificación del programa, lo que a juicio del panel favorece el compromiso de los niveles locales en el futuro logro de resultados.

El nivel central analiza las solicitudes y decide la asignación definitiva de cupos a cada comuna. En esta decisión se tienen presente, además, las evaluaciones realizadas y otros criterios. Cabe señalar que estos criterios, según información aportada por el programa, no se encuentran especificados, sistematizados, predefinidos, sino que se analiza caso a caso. A juicio del panel, es inadecuado que el programa no disponga de una pauta predefinida para la solicitud de cupos por parte de los Servicios de Salud, que cuente con criterios objetivos y uniformes, a fin de evitar eventuales criterios subjetivos en este proceso. Se considera que la falta de objetividad y sistematización de criterios para la asignación de cupos, podría resultar en que este proceso sea arbitrario y no esté alineado con el objetivo de propósito que se ha fijado el programa

De acuerdo a información verbal entregada por el programa, la oferta de cupos es similar a la demanda de los Servicios de Salud, lo que no fue posible constatar por parte del panel, ya que no se llevan registros de demanda en ninguna de las instancias del proceso (comunales, Servicios de Salud, nivel central del MINSAL).

La asignación de cupos por Servicio de Salud realizada en el nivel central se traduce en la asignación del presupuesto por Servicio de Salud, aspecto que se aborda en la sección C de este anexo.

A. 2. Firma de convenios

La asignación de cupos da origen a convenios suscritos entre el director de Servicio de Salud y el alcalde. En el convenio se establecen las metas, indicadores, los establecimientos que participan del programa y los recursos que transfieren los Servicios de Salud para la ejecución del programa, así como los mecanismos de rendición de cuentas de los recursos transferidos, desde el municipio al Servicio de Salud.

El convenio firmado se sube a una plataforma web, y una vez recibida por el nivel central, se instruye a FONASA para que efectúe la transferencia al Servicio de Salud, instancia que a su vez transfiere a los municipios y éstos a los establecimientos. Una vez que el municipio dispone de los recursos, inicia la contratación del personal para el programa, pudiendo ser re-contratación de años anteriores.

Se evalúa que el proceso descrito es adecuado porque permite formalizar la gestión del programa en las instancias municipales y cuenta con adecuados mecanismos de control, hasta el nivel de Servicio de Salud.

A. 3. Pesquisa y derivación de beneficiarios

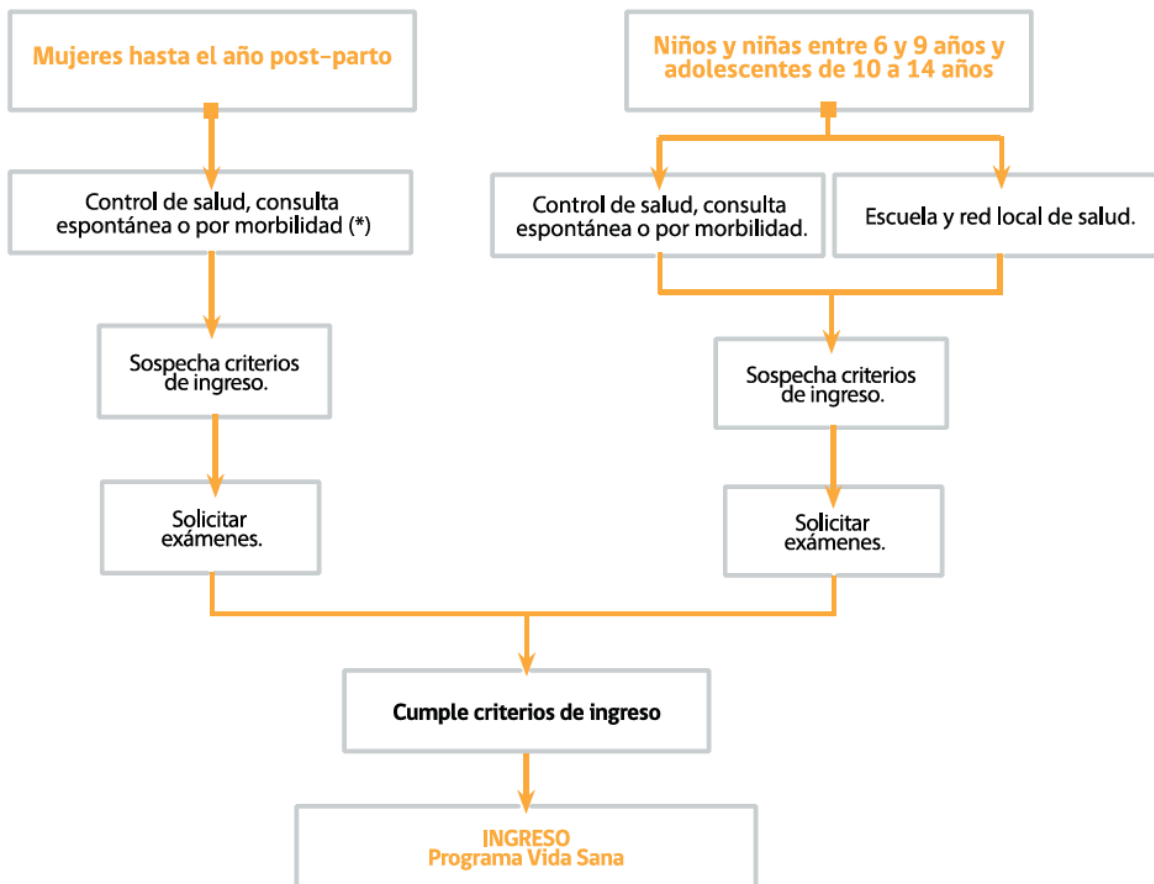
La pesquisa y derivación de beneficiarios se efectúa de acuerdo a lo descrito en el capítulo 2 de Eficacia y Calidad²²⁷. A continuación se presentan los flujogramas A3.1 y A3.2 que señalan los mecanismos de derivación y entrada al Programa Vida Sana para los distintos grupos etarios.

²²⁷ Ver pg. 59 del presente informe: *Criterios de focalización y selección de beneficiarios*.

Como se puede apreciar, en los grupos de menores de 14 años y mujeres post parto, la puerta de entrada al programa está constituida por atenciones (controles, consultas espontáneas o por morbilidad) en centros de salud de APS, así como también puede ser la escuela y red local de salud. En tanto, en el caso de los adolescentes mayores de 14 años y los adultos, ingresan al programa mediante la realización del examen de medicina preventiva (EMP).

Flujograma A3.1²²⁸

Derivación y Entrada al Programa Vida Sana (2 a 14 años y mujeres post parto)

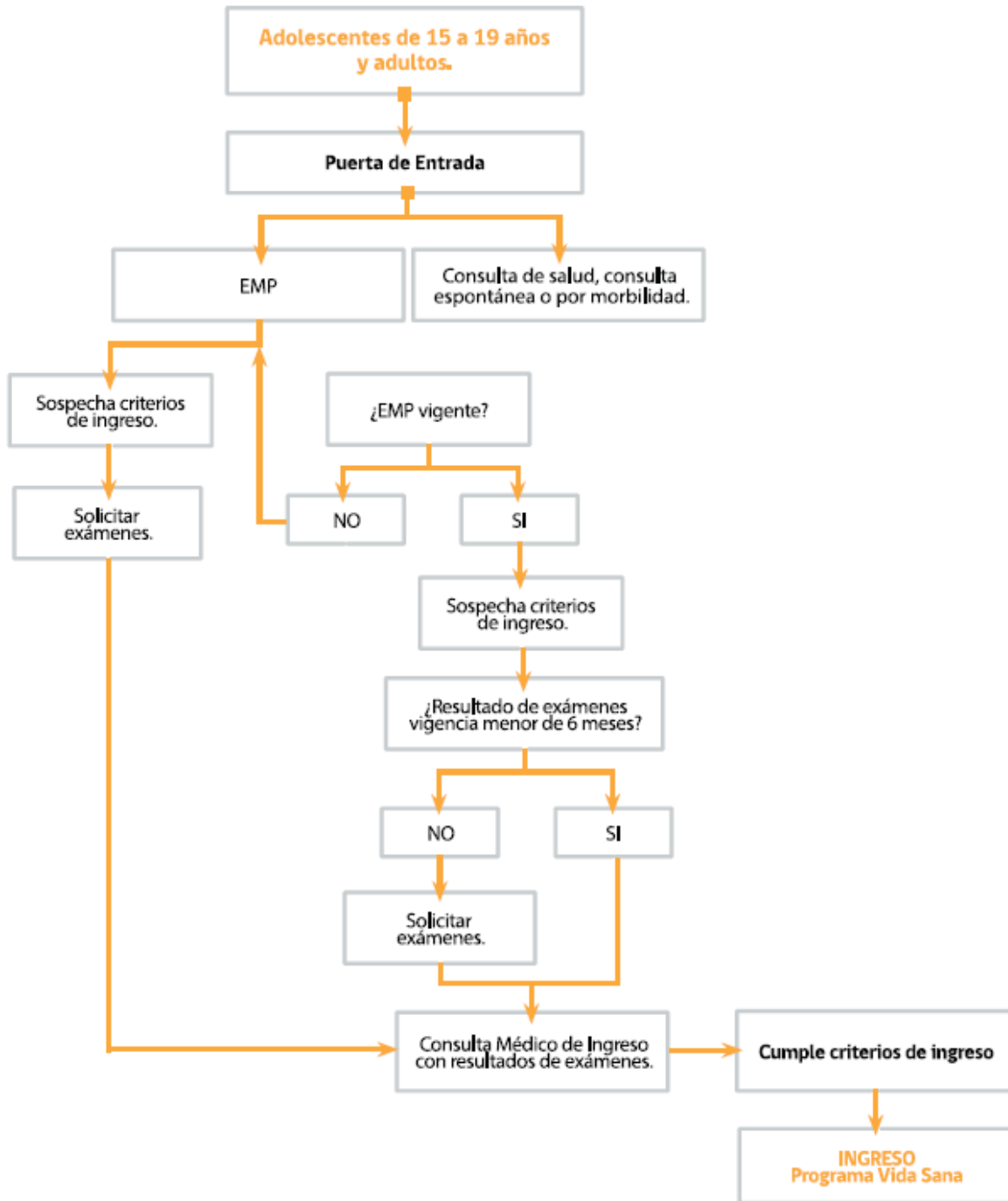


Fuente: "Orientaciones y Lineamientos. Programa Vida Sana. Manual del Profesional" MINSAL, 2015, pg.168.²²⁹

²²⁸ En entrevista con el programa, se aclara que para los niños de 2 a 5 años los mecanismos de entrada y derivación al programa son los mismos que los establecidos en este flujograma para los niños entre 6 y 9 años.
²²⁹ En el documento citado no se especifica a qué se refiere el "*" del recuadro: "control de salud, consulta espontánea o por morbilidad (*)".

Flujograma A3.2

Derivación y Entrada al Programa Vida Sana (adolescentes mayores de 15 años y adultos)



Fuente: "Orientaciones y Lineamientos. Programa Vida Sana. Manual del Profesional" MINSAL, 2015, pg. 169.

A.4 Criterios de Ingreso al programa²³⁰

El programa establece como primer criterio de ingreso, la condición de que todos los usuarios deben ser beneficiarios de FONASA y estar inscritos en el consultorio. Además, cada grupo etario debe cumplir con uno o más de los requisitos específicos para el ingreso al programa, como se detalla a continuación.

Niños y niñas de 2 a 5 años:

- Diagnóstico nutricional integrado de sobrepeso u obesidad según edad y sexo

Niños y niñas y adolescentes de 6 a 18 años²³¹:

- Diagnóstico nutricional de sobrepeso u obesidad según edad y sexo
- Perímetro de cintura aumentado para la edad y sexo

Adolescentes de 19 años:

- Diagnóstico nutricional de sobrepeso u obesidad
- Perímetro de cintura aumentado (mujeres > 88 cm y hombres > 102 cm)
- Diagnóstico de pre-diabetes o pre-hipertensión según guía clínica MINSAL

Para el grupo entre los 2 y 19 años se debe contar con consentimiento informado y carta de compromiso de padres, madre o tutor responsables. Para el grupo entre los 10 y los 17 años, se debe contar con asentimiento. Esto se evalúa en forma positiva por el panel, ya que en el caso del grupo de 2 a 19 años, se involucra a la familia directa en el programa, a fin de facilitar la modificación de hábitos, apoyo que se considera fundamental.

Adolescentes hasta un año post-parto:

- Adolescentes que en el último control de embarazo fueron diagnosticadas como obesas.

Adultos de 20 a 64 años:

- Diagnóstico nutricional de sobrepeso
- Diagnóstico nutricional de obesidad
- Perímetro de cintura aumentado (mujeres > 88 cm y hombres > 102 cm)
- Diagnóstico de pre-diabetes o pre-hipertensión según guía clínica MINSAL
- Mujeres que en el último control de embarazo fueron diagnosticadas como obesas

Para el grupo de adultos se debe contar con carta de compromiso firmada por el beneficiario. Considerando el bajo porcentaje de adherencia de los beneficiarios al programa, se estima que la carta de compromiso tiene escasa significación para el usuario.

En el subgrupo de 20 a 45 años, los criterios de ingreso vigentes en el año 2012 se definían de la siguiente manera: “IMC \geq 30 u obesidad abdominal y uno o más de los siguientes factores de riesgo: intolerancia a la glucosa, alteración lipídica, pre hipertensión, antecedentes de padre, madre o hermano con DM2”. En el año 2013 se incorpora “IMC \geq 30 o Perímetro de Cintura Aumentado (mujeres > 88 cm y hombres > 102 cm)”. Es en 2014 que se incorpora como criterio de ingreso el sobrepeso (IMC entre 25 y 30); así como también se especifica, para los niños(as) y adolescentes de 6 a 18 años, que “con el propósito de lograr adhesión a este programa, los beneficiarios que reúnan los requisitos de ingreso deberán ser seleccionados según Modelo de Proschaska y DiClemente²³² e incorporar prioritariamente a aquellos que se encuentren en etapa

²³⁰ En Manual del Profesional 2015 y RE N° 1155 que aprueba el programa para 2015.

²³¹ En la RE N°1216, que aprueba el programa para el 2016, se junta el grupo etario pasando a ser de 6 a 19 años, manteniendo los mismos criterios de inclusión.

²³² El Modelo de Proschaska y DiClemente se llama “Modelo transteórico del cambio” que es aplicable a personas con problemas de dependencia. Este establece diferentes estados de cambio: precontemplación (no se tiene conciencia del problema), contemplación (se toma conciencia del

de acción”. El panel considera que los criterios de ingreso del programa no especifican claramente cuál es la población prioritaria dentro de la población objetivo y la jerarquía de dichos criterios.

Criterios de Exclusión

El programa ha definido los criterios de exclusión que se señalan a continuación, lo que implica que aunque una persona reúna los requisitos de ingreso al programa, si presenta alguno de los criterios de exclusión, no podrá ser beneficiario. Estos criterios se aplican por igual a todos los grupos etarios.

Éstos son:

- Patología oncológica con tratamiento actual o reciente
- Hipertensión Arterial
- Insuficiencia orgánica (renal, cardíaca, hepática, pulmonar)
- Eventos cardiovasculares
- Diabetes Mellitus
- Patología psiquiátrica que contraindique el ingreso al programa²³³
- Cualquier otra patología que a juicio del evaluador contraindique el ingreso al programa²³⁴.

Con respecto a los criterios de exclusión, el panel considera que son claros, pertinentes y coherentes con el objetivo del programa y que es necesario contar con ellos, por lo que se evalúa en forma positiva.

A. 4 Proceso productivo de componentes

La primera acción de esta etapa corresponde a la contratación del personal que conformará los equipos locales encargados de ejecutar las actividades de los componentes, contratación que es realizada por el nivel local. A continuación se da inicio al programa.

El modelo de intervención comunitaria define llevar a cabo acciones, por el equipo ejecutor, con el objetivo de “contextualizar su trabajo en la realidad local y validar con la comunidad la ejecución de Vida Sana”²³⁵. Dentro de estas actividades se considera la elaboración de un diagnóstico situacional comunal, basado en el enfoque de determinantes sociales de la salud, considerando e incorporando en el plan de trabajo anual del programa las preferencias e intereses de los participantes en torno a los hábitos y estilos saludables trabajados dentro del programa. Por otro lado, se debe elaborar un catastro y mapa de redes locales, donde se distingan actores y espacios públicos estratégicos, con la finalidad de potenciar el ingreso de usuarios, la disponibilidad de espacios, optimización de los recursos, estrategias de rescate y continuidad de la oferta de actividades. El panel no tuvo acceso a documentos que informaran respecto de la realización de estas actividades y sus resultados.

El programa cuenta también con recursos exclusivos para la capacitación de los profesionales de los equipos locales, actividad que es gestionada y realizada por el Servicio de Salud. Está orientada a reforzar, unificar los conocimientos, competencias y habilidades del equipo interdisciplinario para la óptima ejecución de las orientaciones y lineamientos técnicos del Programa Vida Sana.

problema), determinación (decisión de hacer algo con respecto al problema), acción (se llevan a cabo acciones), mantención (se mantienen las acciones tomadas) y recaída. Este modelo se utiliza para evaluar si el individuo está preparado para un proceso de cambio.

²³³ No se especifican las patologías que contraindican el ingreso al programa, quedando a juicio del evaluador, lo que el panel considera adecuado.

²³⁴ No se especifican ni existe información disponible de aquellas patologías más frecuentes que sean causal de exclusión al programa.

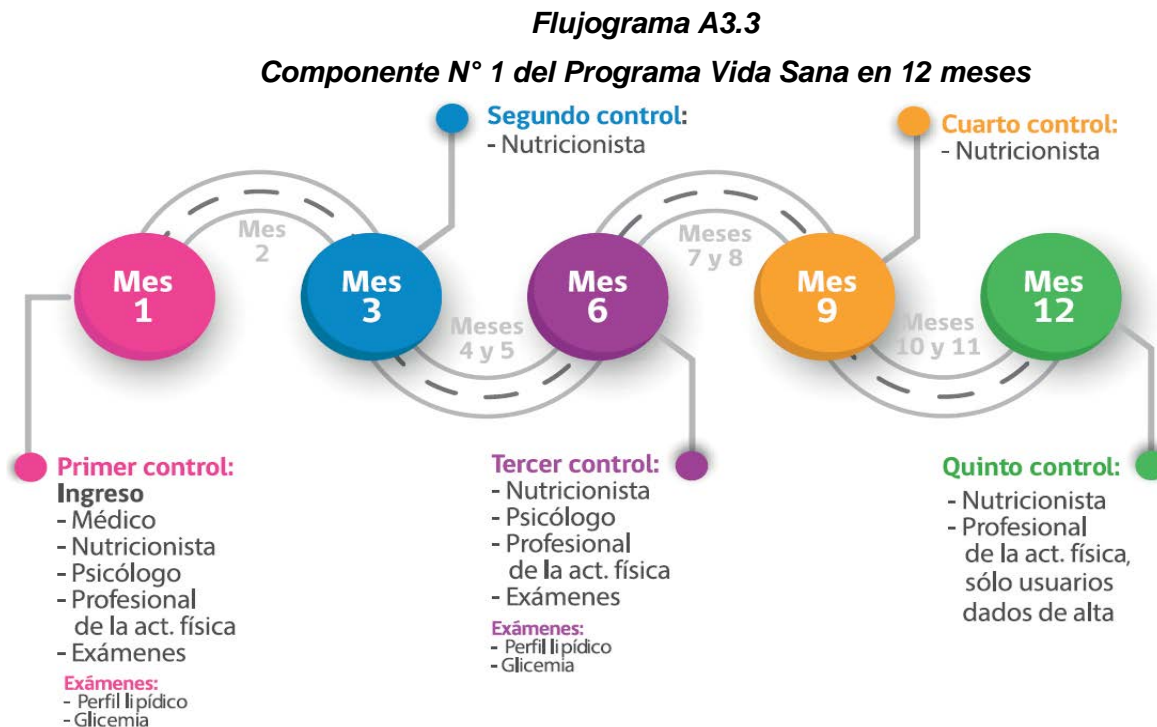
²³⁵ Resolución Exenta N°1216. MINSAL.

A continuación se analiza el proceso productivo de los componentes del programa²³⁶:

COMPONENTE 1:

Se define como “Intervenciones individuales a la población beneficiaria de FONASA de 2 a 64 años, con enfoque comunitario, consistentes en: consulta médico, consulta y control nutricional, consulta psicólogo y evaluación por profesional de la actividad física”.

El siguiente flujograma presenta el desarrollo del programa en sus 12 meses de duración, donde se listan las atenciones entregadas en cinco momentos durante el año de intervención.



Fuente: “Orientaciones y Lineamientos. Programa Vida Sana. Manual del Profesional” MINSAL, 2015, pg.22.

Los objetivos específicos de las actividades son los siguientes:

MES 1: El objetivo de las consultas del primer mes es evaluar al potencial beneficiario en los aspectos establecidos en los criterios de ingreso y en los criterios de exclusión al programa (médicos, antropométricos, psicológicos y de capacidad física) para determinar su ingreso. También se procura conocer el entorno del usuario y se establecen metas a cumplir. Asimismo, se indican exámenes de laboratorio (perfil lipídico y glicemia).

MES 1: Consulta médica²³⁷

Grupo etario	Objetivo
2 a 5 años	Confirmar la pertinencia de la derivación según los criterios de inclusión y exclusión al programa.
6 a 13	Es decir, se espera que éste pueda pesquisar patologías y co-morbilidades que contraindiquen el

²³⁶ Toda la información incluida en este apartado está contenida en: “Orientaciones y Lineamientos. programa Vida Sana. Prevención ENTs – Atención Primaria MINSAL. Manual del Profesional”. 2015.

²³⁷ Duración igual a la normada para toda la APS.

años ²³⁸	ingreso del usuario al programa; así como también debe evaluar en forma integral a la persona, incluyendo anamnesis próxima (referida a la situación actual por la que el usuario consulta) y remota (referida a los antecedentes del usuario), actividad física habitual, uso de medicamentos, antecedentes mórbidos familiares, genograma familiar y examen físico completo.
14 a 19 años	
20 a 64 años	

MES 1: Consulta nutricional

Duración sugerida de 45 minutos

Grupo etario	Objetivo
2 a 5 años	Evaluar el estado nutricional del preescolar, y junto con los padres o tutores, evaluar las conductas alimentarias y de actividad física, con un enfoque biopsicosocial, a fin de establecer un plan de alimentación adecuado a sus requerimientos y asimismo, el compromiso de la familia en la participación en el programa.
6 a 13 años	Al control asisten el niño, niña o adolescente y padre o tutor ²³⁹ . Esta consulta tiene como objetivo el evaluar el estado nutricional del niño, niña y adolescente y elaborar un plan de alimentación para cada uno.
14 a 19 años	Evaluar el estado nutricional del adolescente y elaborar un plan de alimentación para ellos adolescente.
20 a 64 años	Evaluar el estado nutricional del adulto y las conductas alimentarias y de actividad física, con un enfoque biopsicosocial. Se establece un plan de alimentación adecuado a sus requerimientos y un compromiso de participación en el programa.

Las orientaciones técnicas contenidas en el Manual del Profesional no indican si se deben evaluar las conductas alimentarias del niño o de la familia para el grupo entre los 6 y los 13 años. La relevancia de establecerlo, a juicio del panel, tiene relación con que este grupo etario no es autónomo para alimentarse, es decir, depende de los hábitos familiares y de su entorno, el cómo, cuándo y cuánto se alimenta, por lo que incluir en la evaluación la indagación de las conductas familiares, parece, a juicio del panel, especialmente relevante para este grupo.

MES 1: Consulta psicológica

Duración sugerida de 45 minutos

Grupo etario	Objetivo
2 a 5 años	Identificar el funcionamiento familiar y los factores psicosociales asociados al estado nutricional del niño o niña, adolescente o adulto y que contraindiquen el ingreso al programa, a través de una entrevista diagnóstica.
6 a 13 años	
14 a 19 años	
20 a 64 años	

MES 1, 6 y 12: Evaluación con profesional de la actividad física²⁴⁰

Grupo etario	Objetivo
2 a 5 años	Evaluar la condición física en términos de capacidad motora a través de la prueba de Salto longitudinal sin impulso.
6 a 13 años	Evaluar la condición física en términos de capacidad funcional y muscular a través de las pruebas de caminata continua de 6 minutos y test de sentadillas.
14 a 19 años	
20 a 64 años	

Exámenes de laboratorio: perfil lipídico y glicemia.

El programa define la realización de estos exámenes en el 1° mes y su repetición en 6° mes, sólo en caso de resultados alterados en la primera medición. Cada comuna define dónde se realizarán

²³⁸ En este grupo etario se agrega una entrevista motivacional que permita estimular la adherencia al programa.

²³⁹ En los adolescentes dependerá del grado de autonomía y respeto a la privacidad. En caso de autonomía de éstos, se considera informar las metas acordadas al final de la sesión a los padres o tutor.

²⁴⁰ No está especificada una duración sugerida para esta consulta.

los exámenes, con el presupuesto asignado para ello. En la mayoría de los casos se hace una contratación de servicios a laboratorios externos. En otros casos la comuna contrata un técnico paramédico para la toma de muestra, la que se envía luego al laboratorio, que puede ser en convenio con el hospital del Servicio de Salud o con un prestador externo. Se considera que ambos mecanismos son adecuados ya que responden a la realidad de cada comuna.

Cabe señalar que, para todos los beneficiarios se establece que el primer profesional que entreviste a la familia del beneficiario debe informar sobre las actividades del programa y solicitar firmar una Carta de Compromiso y un Consentimiento Informado. Sin embargo, el programa no ha establecido el asentimiento informado de los beneficiarios menores de edad, lo cual el panel considera inadecuado pues solicitar asentimiento de los niños significa respetarlos como sujetos de derecho. Además, el formulario tipo de consentimiento informado presentado en el Manual de Orientaciones y Lineamientos 2015 consiste en un formulario para la firma, pero no incluye la sección de información que se debe entregar en un formulario de este tipo, para que el consentimiento sea efectivamente informado. Por lo tanto, a juicio del panel el formulario tipo está incompleto.

MES 3: al tercer mes de haber ingresado al programa, se realiza el segundo control con nutricionista, donde se evalúa el cumplimiento de las metas comprometidas, así como el progreso en términos antropométricos alcanzado, de manera tal de adecuar las indicaciones nutricionales a las necesidades del usuario y al comportamiento observado.

MES 3: Consulta nutricional

Duración sugerida de 30 minutos

Grupo etario	Objetivo
2 a 5 años	Evaluar el cumplimiento del plan de alimentación y metas comprometidas a corto plazo, así como ajustar el plan de alimentación y compromisos adquiridos si corresponde.
6 a 13 años	
14 a 19 años	
20 a 64 años	

MES 6, 9 y 12: en el tercer, cuarto y quinto control con nutricionista, el objetivo es evaluar los resultados alcanzados, así como reforzar conductas positivas.

MES 6, 9 y 12: Consulta nutricional

Duración sugerida de 30 minutos

Grupo etario	Objetivo
2 a 5 años	Evaluar los resultados globalmente, las metas comprometidas y reforzar conductas positivas y adherencia.
6 a 13 años	
14 a 19 años	
20 a 64 años	

En un segundo control con psicólogo se evalúa el cumplimiento de compromisos así como el entorno del usuario, a modo de facilitar y apoyar su progreso.

MES 6: Consulta con psicólogo

Se puede realizar entre el 4° y 6° mes, con una duración sugerida de 45 minutos	
Grupo etario	Objetivo
2 a 5 años	Evaluar y apoyar al sistema familiar respecto del cumplimiento de compromisos y en conjunto, fijar nuevas metas conductuales que sean factibles de conseguir.
6 a 13 años	La consulta tiene como objetivos: <ul style="list-style-type: none"> - evaluar y apoyar al sistema familiar respecto del cumplimiento de compromisos y en conjunto, fijar nuevas metas conductuales que sean factibles de conseguir;

	<ul style="list-style-type: none"> - evaluar proceso y objetivos acordados; - evaluar soluciones intentadas por la familia en cuanto al problema, especificar soluciones fracasadas o exitosas; - preguntar por nuevos focos de mejora (cambios aún no realizados, áreas de conflicto); - reforzar y motivar a la familia en relación a un marco actitudinal positivo; - estimular al sistema familiar a idear estrategias de afrontamiento y cambio de conducta; - establecer plan de mantención de cambios y de manejo y prevención de recaídas; - entregar herramientas a los padres o tutores de las etapas del desarrollo de su hijo/a y de las necesidades de estimular su autonomía progresiva.
14 a 19 años	Evaluar y apoyar al sistema familiar, respecto del cumplimiento de compromisos y en conjunto, fijar nuevas metas conductuales que sean factibles de conseguir.
20 a 64 años	Evaluar y apoyar al usuario/a respecto del cumplimiento de compromisos y fijar nuevas metas conductuales en conjunto que sean factibles de conseguir.

Realización de exámenes de laboratorio: en el control del 6° mes se repiten los exámenes perfil lipídico y glicemia en los casos que el primero muestre resultados alterados.

El panel considera que los exámenes de laboratorio son indispensables como criterio a tener presente en la selección de beneficiarios para su ingreso al programa, ya que se estima que la única manera de verificar que éstos no presentan patologías que signifiquen la exclusión del usuario al programa. Así también, los exámenes de control al 6° mes son una manera de evaluar el efecto que han tenido las atenciones que establece el programa, tanto del componente 1 como del 2, sobre el usuario y sobre su condición de salud, para efectivamente disminuir sus factores de riesgo de enfermedades no transmisibles y cumplir con el objetivo del programa. Al respecto, se considera inadecuado que no se soliciten estos exámenes una vez finalizada la intervención (mes 12°).

Al respecto, el programa señala que se está revisando con expertos si realmente se deben tomar exámenes a todos los niños que ingresan al programa, debido a que en ocasiones los padres se niegan y también las instituciones educacionales no están de acuerdo con que se realicen en sus establecimientos. El programa está revisando si es posible realizar un screening y solo a quienes entreguen resultados alterados, derivar a la toma de exámenes. Se considera que es una medida adecuada. A juicio del panel, en caso que se determinara diferenciar el procedimiento por grupos etarios, esto debe ser claramente especificado y normado, tanto en las orientaciones del programa, como en su estrategia y objetivos.

COMPONENTE 2:

Se define como: *“Intervenciones grupales a la población de 2 a 64 años, con enfoque comunitario, consistentes en círculos de Vida Sana y Sesiones de actividad física y ejercicio físico”.*

Círculos de Vida Sana

Círculos de Vida Sana, en años anteriores llamados talleres, son desarrollados por una dupla de nutricionista y psicólogo/a, en los que se realizan actividades con metodologías lúdicas y dinámicas, combinando juegos, actividades de reflexión y análisis que favorezcan la integración de los contenidos.

Para cada grupo de beneficiarios se efectúan 5 sesiones de Círculos de Vida Sana, de una duración sugerida de una hora²⁴¹, que se realizan en los 6 primeros meses de intervención y tienen objetivos diferenciados para cada grupo etario, como se describe a continuación:

²⁴¹ Excepto para el grupo entre los 20 y los 64 años, donde no se especifica duración de la sesión.

Grupo objetivo: niños y niñas entre 2 y 5 años.		
Dirigidas a: los padres y/o tutores de los niños y niñas.		
Duración: 60 minutos.		
Sesión	Objetivo:	Terminada la sesión, serán capaces de:
1	Conversar acerca de las causas y consecuencias del exceso de peso y reforzar la motivación al cambio del sistema familiar.	Reconocer los factores asociados al desarrollo del sobrepeso y obesidad, los riesgos para su salud, los riesgos psicosociales y reflexionar sobre las motivaciones para el cambio en el sistema familiar.
2	Describir los requerimientos nutricionales del preescolar, identificar los distintos elementos de un plan modelo de alimentación preescolar y planificar la implementación de una alimentación saludable para niños y niñas.	Conocer estrategias para la implementación de una alimentación saludable para preescolares.
3	Reconocer la importancia de tener información acerca de la composición nutricional de los alimentos, leer, comprender y comparar el etiquetado de los alimentos y desarrollar una visión crítica de la información entregada por la publicidad.	Seleccionar mejor los alimentos que compran.
4	Identificar dificultades y fortalezas en cada sistema familiar, conversar estrategias para facilitar el cambio de hábitos, reconocer las distintas motivaciones para comer: diferencia entre el hambre, apetito y ansias de comer (¿por qué comemos?) y planificar estrategias a implementar en cada sistema familiar.	Implementar estrategias efectivas para generar cambio de hábitos en el sistema familiar.
5	Planificar acciones concretas para mantener cambios logrados y reconocer recursos psicosociales disponibles frente a futuras dificultades y acciones a seguir.	Se quiere establecer un plan de prevención de recaídas y mantención de cambios alcanzados.

Fuente: elaboración propia en base a "Orientaciones y Lineamientos. Programa Vida Sana. Manual del Profesional" MINSAL, 2015.

Grupo objetivo: niños, niñas y adolescentes entre los 6 y 13 años.		
Dirigidas a: los padres y/o tutores de los niños, niñas y adolescentes		
Duración: 60 minutos.		
Otros aspectos: Se recomienda dividir los grupos en dos: niños/as de 6 a 9 años y adolescentes de 10 a 13 años. Las sesiones 1 y 5 son para la familia (incluyendo a los niños/as y adolescentes) y las sesiones 2, 3 y 4 están dirigidas a padres o tutores		
Sesión	Objetivo:	Terminada la sesión, serán capaces de:
1	Reflexionar respecto a las causas y consecuencias del exceso de peso y reforzar la motivación al cambio del sistema familiar	Reconocer los factores asociados al desarrollo del sobrepeso y obesidad, los riesgos para su salud y riesgos psicosociales derivados de éstos y reflexionar sobre las motivaciones para el cambio en el sistema familiar.
2	Identificar las guías alimentarias para la población; describir la pauta de alimentación del niño/a y adolescente según edad; reconocer la importancia de establecer conductas alimentarias saludables de alimentación, respetando los ritmos de horarios y planificar la minuta semanal o diaria, compra y alimentos a disposición en el hogar.	Conocer estrategias para la implementación de una alimentación saludable para niños/as y adolescentes de 6 a 13 años.
3	Reconocer la importancia de tener información acerca de la composición nutricional de los alimentos; leer, comprender y comparar el etiquetado de los alimentos y desarrollar una visión crítica de la información entregada por la publicidad.	Seleccionar mejor los alimentos que compran
4	Identificar dificultades y fortalezas en cada sistema familiar; conversar estrategias para facilitar cambio	Implementar estrategias efectivas para generar cambio de hábitos en el sistema familiar.

	de hábitos; reconocer las distintas motivaciones para comer: diferencia entre hambre, apetito y ansias de comer (¿por qué comemos?) y planificar estrategias a implementar en cada sistema familiar.	
5	Planificar acciones concretas para mantener cambios logrados y reconocer recursos psicosociales disponibles frente a futuras dificultades y acciones a seguir	Establecer un plan de prevención de recaídas y mantención de cambios alcanzados.

Fuente: elaboración propia en base a "Orientaciones y Lineamientos. Programa Vida Sana. Manual del Profesional" MINSAL, 2015.

Grupo objetivo: adolescentes entre 14 y 19 años		
Dirigidas a: los padres o tutores y a los adolescentes; sólo la sesión número 4 está dirigida al padre/madre/tutor. Se considera adecuada la separación que realiza el programa.		
Duración: 60 minutos.		
Sesión	Objetivo:	Terminada la sesión, serán capaces de:
1	Reflexionar respecto a las causas y consecuencias del exceso de peso y reforzar la motivación al cambio del sistema familiar.	Reconocer los factores asociados al desarrollo del sobrepeso y obesidad, los riesgos para su salud y riesgos psicosociales derivados de éstos y reflexionar sobre las motivaciones para el cambio en el sistema familiar.
2	Identificar las guías alimentarias para la población; describir la pauta de alimentación del adolescente; reconocer la importancia de establecer conductas alimentarias saludables de alimentación, respetando los ritmos horarios y planificar la minuta semanal o diaria, compra y alimentos a disposición en el hogar.	Conocer estrategias para la implementación de una alimentación saludable para el adolescente.
3	Reconocer la importancia de tener información acerca de la composición nutricional de los alimentos; leer comprender y comparar el etiquetado de los alimentos; desarrollar una visión crítica de la información entregada por la publicidad.	Seleccionar mejor los alimentos que compran.
4	Identificar dificultades y fortalezas en cada sistema familiar; conversar estrategias para facilitar el cambio de hábitos; reconocer las distintas motivaciones para comer: diferencia entre el hambre, apetito y ansias de comer (¿por qué comemos?); planificar estrategias a implementar en cada sistema familiar.	Implementar estrategias efectivas para generar cambio de hábitos en el sistema familiar.
5	Planificar acciones concretas para mantener cambios logrados; reconocer recursos psicosociales disponibles frente a futuras dificultades y acciones a seguir.	Establecer un plan de recaídas y mantención de cambios alcanzados.

Fuente: elaboración propia en base a "Orientaciones y Lineamientos. Programa Vida Sana. Manual del Profesional" MINSAL, 2015.

A juicio del panel, la inclusión de la familia en la 4° sesión es relevante para concientizar y generar el apoyo necesario para el cambio de hábitos del adolescente, toda vez que usualmente no es éste el que se encarga de su propia alimentación en el hogar.

Grupo objetivo: adultos de 20 a 64 años.		
Observaciones: Para el grupo de adultos de 20 a 64 años, el programa recomienda dividir los grupos por género ²⁴² .		
Sesión	Objetivo:	Terminada la sesión, serán capaces de:
1	Conversar acerca de las causas y	Reconocer los factores asociados al desarrollo del

²⁴² No está definido el tiempo de duración para este grupo.

	consecuencias del exceso de peso; reforzar la motivación al cambio del sistema familiar.	sobrepeso y obesidad, los riesgos para su salud y los riesgos psicosociales y reflexionar sobre las motivaciones para el cambio.
2	Describir los requerimientos nutricionales del adulto; identificar los distintos elementos de un plan modelo de alimentación; planificar la implementación de una alimentación saludable.	Conocer estrategias para la implementación de una alimentación saludable.
3	Reconocer la importancia de tener información acerca de la composición nutricional de los alimentos; leer, comprender y comparar el etiquetado de los alimentos; desarrollar una visión crítica de la información entregada por la publicidad.	Seleccionar mejor los alimentos que compran.
4	Identificar dificultades y fortalezas en el proceso de cambio; reflexionar respecto a estrategias para facilitar el cambio de hábitos; reconocer las distintas motivaciones para comer; diferencia entre el hambre, apetito y ansias de comer (¿por qué comemos?); planificar estrategias a implementar para cada participante.	Implementar estrategias efectivas para el cambio de hábitos.
5	Planificar acciones concretas para mantener los cambios logrados; reconocer recursos psicosociales disponibles frente a futuras dificultades y acciones a seguir.	Establecer un plan de prevención de recaídas y mantención de cambios alcanzados.

Fuente: elaboración propia en base a "Orientaciones y Lineamientos. Programa Vida Sana. Manual del Profesional" MINSAL, 2015.

El panel evalúa de forma positiva la separación de los grupos por género, ya que ello permite adecuar y adaptar las sesiones a las necesidades y factores sociales y culturales de cada grupo. Sin embargo, debe considerarse que en este grupo etario hay un bajo porcentaje de hombres, lo que puede dificultar la realización de sesiones separadas.

Sesiones de Actividad Física y Ejercicio Físico

El programa considera 12 meses de intervención continua con un total de 144 horas de actividad y ejercicio físico al año, es decir, 12 horas al mes, resguardando que las sesiones no se realicen en días seguidos (Ver Recuadro N°1 en Capítulo I). Para esto se ha programado la asistencia a sesiones de actividad física ya sea 3 veces a la semana por 45 minutos, o 2 veces a la semana por 90 minutos. Esta actividad está a cargo de especialistas del área: profesores de educación física, kinesiólogos y/o terapeutas en actividad física.

Se establecen patrones de referencia que permitan al sujeto evaluar en qué medida está alcanzando sus objetivos, para lo que se utiliza la prueba de salto longitudinal a pies juntos en el grupo entre 2 y 5 años, cuyo objetivo es mejorar la condición física en términos de capacidad motora. En el grupo entre 6 y 64 años se realizan las pruebas de caminata 6 minutos, sentadillas en 30 segundos y variación de recuperación al esfuerzo²⁴³, con el objetivo de mejorar la condición física funcional y muscular.

La evaluación por parte del profesional de la actividad física en el mes 1, 6 y 12 tiene como propósito conocer el nivel de la condición física del usuario, de manera que las actividades que se proponen en las sesiones grupales de actividad física, sean pertinentes a su población, en

²⁴³ Para cada una de las pruebas se anexa el protocolo de su utilización, medición y evaluación sin diferenciar por grupo etario o condición física.

términos de complejidad y graduación, así como en las necesidades que presentan. La pertinencia de cómo se realizan estas sesiones no es verificada por parte del programa. En el caso de las evaluaciones ejecutadas en el mes 12, se realizan solamente a los beneficiarios que son dados de alta.

El panel considera que esta evaluación en el mes 12 debería darse a todos los beneficiarios y no solamente a quienes son dados de alta, a fin de medir el cumplimiento de un objetivo central del programa, cual es mejorar la condición física de sus beneficiarios en uno de los aspectos prioritarios, como es la evolución que ha tenido en términos de capacidad física. Ello permitiría también evaluar el efecto que tuvo el programa en el usuario en los segundos seis meses de intervención, donde se concentra la mitad de las sesiones de actividad y ejercicio físico.

El programa define que las sesiones deben considerar los siguientes aspectos²⁴⁴:

- **Pertinencia:** las actividades deben ser adecuadas a la edad y condición de los usuarios, considerando los factores climáticos, ambientales y de espacio, con la finalidad de prever situaciones de riesgo y permitir su ejecución, de manera que se orienten efectivamente al logro de los objetivos propuestos en cada grupo.
- **Motivación:** considerar que la mayor parte de la población es sedentaria o carece de estímulos pertinentes en el ámbito de la actividad física y ejercicio físico. Por ello, el especialista debe procurar generar el ambiente adecuado para mantener la motivación del beneficiario, con la finalidad de favorecer su participación y ejecución de las tareas asignadas.
- **Adherencia:** la participación permanente es uno de los elementos relevantes al momento de aspirar al logro de los objetivos. Ello demanda generar el clima propicio y la preocupación permanente hacia la adherencia que tenga el beneficiario del programa. Establecer un vínculo de permanente comunicación y preocupación permite generar lazos que brindan mejores condiciones para que el usuario permanezca en el programa hasta su total ejecución.
- **Consecución de logros:** el movimiento sin sentido carece de significancia; establecer metas cercanas, permanentes y progresivas es una estrategia que genera condiciones favorables para que el usuario palpe sus propios logros. De esta manera, los especialistas deben identificar los desafíos de cada uno de sus usuarios y estar atentos a reconocer dichos logros de forma que el usuario pueda evidenciar que va progresando.
- **Autocuidado:** colaborar en posicionar acciones de autocuidado, de manera que sea posible realizar sesiones en un marco de seguridad y regulación pertinente. Conducir una sesión donde se aspira a mejorar la condición física del sujeto implica transmitir e instalar sistemas de monitoreo de las propias capacidades para evitar llevar el organismo a situaciones que pudieran poner en riesgo su seguridad. Hacer lo que el especialista indica requiere conducir paulatinamente hacia técnicas seguras que consideren una educación motora, educación respiratoria y reconocer signos y síntomas que permitan identificar si la intensidad de la actividad física o dosificación del ejercicio es adecuada a la capacidad que cada uno tiene.
- **Modificación de hábitos:** el especialista debe aspirar a que el impacto del programa trascienda a las sesiones. Ello demanda generar ambientes donde permanentemente se estimule la modificación de malos hábitos en la vida cotidiana. La mensajería respecto al incremento de actividad física moderada y la disminución de los tiempos de actividades sedentarias junto con propiciar una mejora en la calidad de la alimentación, son estrategias que colaborarán para el logro de los objetivos e instalar en los beneficiarios mejores condiciones de vida.

²⁴⁴ En "Orientaciones y Lineamientos. programa Vida Sana. Manual del profesional". MINSAL, 2015, pg.89.

Se definen orientaciones y lineamientos para la realización de las sesiones de actividad física por grupo etario: de 2 a 5 años, de 6 a 9 años, de 10 a 14 años y de 15 a 64 años. Para esto se especifican: sugerencias para implementar el taller (en consultorio o en escuela para los grupos hasta los 9 años), estructura de las sesiones (fases), estrategias adicionales a considerar, consideraciones generales para la selección de actividades, tipo de actividades, carga de trabajo, consideraciones para los implementos seleccionados y consideraciones especiales por grupo etario. El programa realiza capacitaciones a los profesionales de la actividad física contratados para formar los equipos locales, en donde se enfatizan estos aspectos.

El cuadro siguiente presenta las orientaciones y lineamientos generales para las sesiones de actividad física y ejercicio físico por grupo etario.

Cuadro A3.1: Orientaciones y lineamientos generales para las sesiones de actividad física y ejercicio físico

Grupo	Objetivo	Tipo Profesional	Perfil Sugerido	Sugerencias para implementar taller	Duración Sesión	Frecuencia	Coficiente técnico
Grupo de 2 a 5 años	Mejorar la condición física en términos de capacidad motora	Profesor/a Educación Física Kinesiólogo/a Terapeuta en Actividad Física	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidad para el trabajo con el rango de edad especificado. - Dominio de estrategias a partir del juego activo. - Capacidad de trabajo en equipo. - Competencias para adecuar actividades acorde al nivel de maduración motriz y adquisición de habilidades más específicas. - Reconocer diferencias en cuanto a tamaño, forma, composición y desarrollo funcional en las diferentes estructuras y sistemas del cuerpo. - Competencias en estrategias metodológicas activas y los principios del entrenamiento funcional interválico. 	Consultorio, establecimientos educativos (jardines infantiles y/o colegios)	30 a 45 minutos	- 3 veces a la semana - 1 día de alternos	Grupo de 15 a 20 usuarios
Grupo de 6 a 9 años	Mejorar la condición física funcional y muscular			Consultorio, establecimientos educativos (colegios)	60 a 90 minutos	- Sesiones de 90 minutos, 2 veces a la semana	
Grupo de 10 a 14 años				<ul style="list-style-type: none"> - Consultorio - Establecimientos educativos (colegios, universidades) - Empresas - Juntas de vecinos - Clubes... y otros 		- Sesiones de 60 minutos, 3 veces a la semana	

Fuente: "Orientaciones y Lineamientos. Programa Vida Sana. Manual del profesional". MINSAL, 2015, pg.90

A juicio del panel, los aspectos que se consideran, tanto en el perfil del profesional como en la manera de implementar los talleres para las sesiones de actividad y ejercicio físico, son adecuados para la unificación de metodologías entre los equipos locales del programa y los profesionales que deben llevar a cabo estas indicaciones. Sin embargo, no se realiza monitoreo ni

seguimiento de cómo estas orientaciones se llevan a la práctica a nivel local, lo que se evalúa inadecuado. A juicio del panel, ello podría afectar la adherencia del usuario a esas actividades.

A. 5 Egreso de beneficiarios

Se refieren a las causales por las cuales un beneficiario del programa deja de serlo²⁴⁵, las cuales son²⁴⁶:

Egreso por alta del Programa Vida Sana: usuarios que al término de 12 meses de intervención, no poseen ninguna condición de riesgo, causal de ingreso al programa.

Egreso por abandono Programa Vida Sana: usuarios que han permanecido inasistentes por más de 60 días sin justificación, efectuándose en dicho período a lo menos tres acciones de rescate²⁴⁷ por el equipo. Posterior a esto, si el usuario no vuelve a participar del programa, se confirma el egreso por abandono, liberándose el cupo. Sin embargo, este proceso no está descrito ni formalizado en los documentos revisados por el panel. A juicio del panel, dado que la permanencia y participación de los beneficiarios en el programa es fundamental para cumplir con los objetivos de éste, las “acciones de rescate” deben ser formalizadas, normadas, registradas y cuantificadas para asegurar y evaluar su funcionamiento y pertinencia.

Con respecto a los beneficiarios que abandonan el programa, las normas actualmente vigentes permiten su reingreso al año siguiente, si cumple con los criterios de ingreso, mediante el acceso a un cupo, sin diferenciar en cual etapa (mes) de la intervención hizo abandono del programa, ni su porcentaje de asistencia a las actividades y prestaciones que ofrece el programa. Se considera que lo descrito es un incentivo que va en dirección contraria a la adherencia al programa, ya que el usuario sabe que puede abandonar cuantas veces quiera o no participar de todas las actividades, y podrá reingresar al año siguiente.

- **Egreso por Traslado de domicilio:** usuarios que se trasladan a otro establecimiento de la red, del mismo Servicio de Salud u otro, debido a cambio de domicilio. El cupo que se libera no está garantizado en el nuevo domicilio, ya que el programa no puede asegurar que el lugar al que se traslada el beneficiario, por una parte tenga el programa instalado y por la otra, cuente con cupos disponibles. A juicio del panel es una decisión razonable por parte del programa.

A.6 Evaluación

Desde el año 2015 y según lo estipulado en el convenio suscrito entre el Servicio de Salud y el municipio respectivo, se realiza la evaluación del programa en el nivel comunal, al 30 de Junio²⁴⁸, con el objetivo de evaluar el cumplimiento desde enero hasta esa fecha. En esa evaluación se analizan los indicadores detallados en la Tabla A3.7 de este anexo, donde se miden dos variables, el número de usuarios en control en el programa (1°, 3° y 5° control) y el porcentaje de horas de recursos humanos contratadas al 31 de Enero.

²⁴⁵ En las bases de datos de registro del Programa, se ingresa causal de abandono, donde puede estar la de “traslado”, sin embargo no se ingresa como causal de egreso.

²⁴⁶ Res. Ex. Ministerio de Salud N°1216 de fecha 30 de diciembre de 2015.

²⁴⁷ Las acciones de rescate consisten en visitas domiciliarias y/o llamadas telefónicas al usuario para indagar la razón por la que no ha asistido e intentar su regreso a las actividades.

²⁴⁸ En el 2015 la evaluación se realizaba hasta el 31 de Agosto; a partir del 2016 se hará en Junio por registro en REM (Registro Estadístico Mensual). Ver indicadores y medios de verificación en RE N°1216. Pg.20.

En caso que la comuna no cumpla con lo comprometido, el programa procede a efectuar una reliquidación de la segunda cuota de los recursos comprometidos en el convenio²⁴⁹, lo que en la práctica ocurrió solo en una oportunidad en 2015, por lo que el panel no puede evaluar si el mecanismo es adecuado para los fines que se persiguen.

La información utilizada en esta evaluación se procesa en una planilla Excel y no se traduce en documentos formales. A juicio del panel, esto impide evaluar cómo se aplicaron los criterios para la entrega de la segunda cuota, así como tampoco se tiene un registro sistematizado del cumplimiento de los indicadores de cada comuna, a nivel de SS y a nivel central. Se considera que este documento podría apoyar el proceso de asignación de cupos para el año siguiente.

B. Estructura organizacional y mecanismos de coordinación al interior de la institución responsable y con otras instituciones.

El Programa Vida Sana depende del Departamento Modelo de Atención Integral en Salud Comunal, perteneciente a la División de Atención Primaria (DIVAP) del Ministerio de Salud.

La gestión del programa está a cargo de dos profesionales responsables, denominados referentes técnicos, los cuáles son una nutricionista a contrata con jornada completa, sin dedicación exclusiva y un profesional de la actividad física, a honorarios por media jornada, contratado con dedicación exclusiva, aunque en la práctica participa en otras actividades en la DIVAP. No están definidos los perfiles de estos profesionales, lo que a juicio del panel debiera ser explicitado.

Cuadro N°A3.2: Dotación de personal según modalidad de contrato, Nivel central

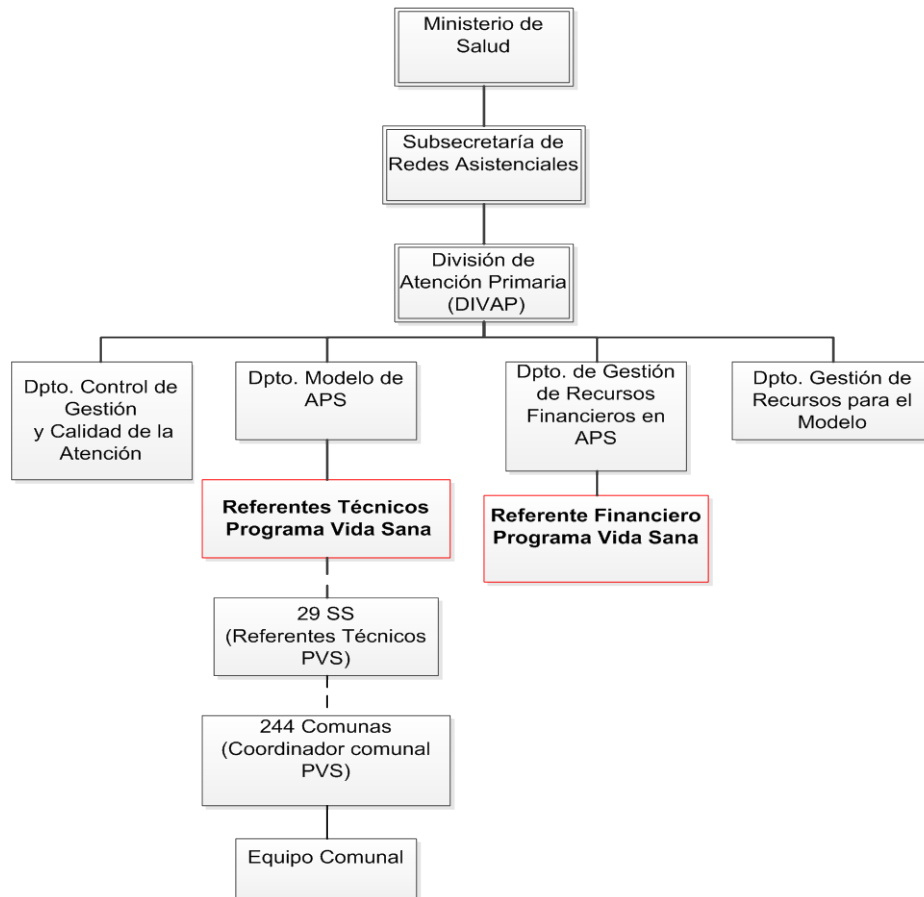
Cargo/ función	Profesión	Tipo de contrato
Encargada programa – Referente Técnico	Nutricionista	Contrata
Asesor – Referente Técnico	Profesor Ed. Física	Honorarios
Asesora Financiera – Referente Financiero	Contador Auditor	Contrata

Fuente: Programa Vida Sana, MINSAL

Además, el programa cuenta con un profesional, denominado referente financiero, que se desempeña en el Departamento de Gestión de Recursos Financieros en APS, sin dedicación exclusiva. En el nivel local se cuenta con Referentes Técnicos del Programa Vida Sana de los Servicios de Salud, sin dedicación exclusiva, en tanto en el nivel comunal se encuentran los coordinadores comunales y los equipos interdisciplinarios locales que llevan a cabo la intervención en cada comuna. (Ver el siguiente organigrama).

²⁴⁹ Ver apartado C del presente Anexo, cuadro A3.4.

Organigrama N°A3.1 **Estructura Organizacional del Programa Vida Sana**



SS: Servicios de Salud

APS: Atención Primaria de Salud

PVS: Programa Vida Sana

Fuente: MINSAL, Programa Vida Sana, Organigrama presentado en Ficha de antecedentes N°2 y página web Ministerio de Salud (<http://web.minsal.cl/organigrama-2/> revisado el 26 mayo 2016).

Funciones y Responsabilidades de los distintos niveles

El programa depende del Departamento Modelo de Atención Integral en Salud Comunal donde reside la toma de decisiones, así como las funciones de orientación técnica y monitoreo de la gestión. Es responsable de la ejecución del programa y de su jefatura dependen los profesionales (referentes técnicos) que se desempeñan en el nivel central. El programa no constituye una unidad organizacional específica dentro de la estructura de la DIVAP, lo que a juicio del panel es adecuado, ya que ello no es impedimento para la correcta gestión del mismo.

El programa ha definido las siguientes funciones, para los diferentes niveles que actúan en el programa (Referentes Técnicos del Nivel Central, Referente Técnico o Gestor en Servicios de Salud, Coordinador Comunal y Equipo Interdisciplinario que lleva a cabo la intervención en el nivel comunal).

Nivel central

Las funciones de los Referentes Técnicos del programa, en el nivel central, son²⁵⁰:

- a) Elaborar resolución técnica del programa.
- b) Monitoreo de firma de convenios y traspaso de recursos.
- c) Elaborar orientación y lineamiento del programa.
- d) Capacitar a los equipos en registros estadísticos del programa.
- e) Realizar reuniones para difundir orientación y lineamientos técnicos y favorecer las alianzas estratégicas con centro de salud de la comuna y el intersector (especialmente JUNJI, INTEGRA, JUNAEB, MINDEP, MINEDUC, Direcciones de Educación y SEREMI, entre otros).
- f) Generar y contribuir al fortalecimiento de acciones intra e inter ministerial que favorezcan el desarrollo del programa.
- g) Contribuir en la gestión y participación del desarrollo del diagnóstico participativo parcial, catastro, mapa de redes locales, plan de trabajo anual de la comuna y flujogramas del programa²⁵¹.
- h) Organización, planificación, coordinación, evaluación y control de la acciones de salud que considera el programa a nivel nacional.
- i) Monitorear las supervisiones semestrales realizadas por el Servicio de Salud a las comunas.
- j) Monitoreo mensual de metas por Servicio de Salud.
- k) Calendarizar y gestionar video conferencias dirigidos a los Servicios de Salud y equipos en terreno.
- l) Realizar evaluaciones del programa.
- m) Mantener una comunicación permanente con el referente técnico del Servicio de Salud para canalizar inquietudes, dudas o desafíos.

A juicio del panel, las funciones señaladas están claramente definidas y son pertinentes para el funcionamiento del programa. Sin embargo, se observa una carencia importante ya que no está especificada la función de programación y distribución de cupos en las comunas, que son funciones fundamentales de responsabilidad de esta unidad y que en la práctica ocupan una cantidad importante del tiempo que dedican al programa.

Por otro lado, se considera que en este nivel están definidas funciones que corresponden más bien a tareas operativas, que a juicio del panel, podrían ser delegadas a los Servicios de Salud, tales como la b), e) en cuanto especifica que las reuniones se realizarán a nivel comunal, y g). Se considera que, el nivel central debe centrar su acción en los aspectos normativos, de coordinación con otros sectores del nivel central, monitoreo y evaluación del programa. Se estima que la delegación de estas funciones podría liberar al equipo a cargo del programa de tareas consumidoras de tiempo, quedando en el nivel central la responsabilidad de monitorear la ejecución de las citadas tareas, mediante la definición y aplicación de indicadores ad-hoc.

Asimismo, no está definido si ambos referentes técnicos a nivel central cumplen las mismas funciones o tienen asignadas funciones diferentes. La falta de definición y claridad respecto de la asignación de funciones, dificulta la asignación de responsabilidades, la claridad de roles así como la definición de las capacidades técnicas que se deben tener para llevar a cabo estas tareas.

²⁵⁰ "Ficha de Antecedentes del programa. Información Complementaria" (N°2)

²⁵¹ Consiste en visitas a terreno de los profesionales del nivel central, quienes prestan asesoría a los equipos locales en las actividades descritas.

Al respecto, es importante destacar que el profesional nutricionista encargado a nivel nacional de la gestión del programa en el nivel central, tiene a su cargo otros 6 programas y el profesional de actividad física se desempeña media jornada, la que dedica al programa y a otras asignaciones de la DIVAP. El panel estima que las horas de dedicación a la gestión del programa por parte de los referentes técnicos es insuficiente, lo que podría explicar las debilidades en la gestión, específicamente en lo relativo al monitoreo y seguimiento del programa.

En relación a la disponibilidad de recursos humanos para el programa, el panel considera que, en el nivel central, los profesionales que están a cargo del programa cuentan con menos horas de dedicación al programa de las que son necesarias para implementar la estrategia diseñada y hacer seguimiento y evaluación de su ejecución. Al respecto, una eventual delegación de funciones operativas que ejecutan actualmente, hacia los Servicios de Salud, podría contribuir a aumentar las horas disponibles de los profesionales del nivel central, para fortalecer la citada función de monitoreo y evaluación de la ejecución del programa.

A juicio del panel, esta evaluación pone en evidencia la insuficiente generación de información que retroalimente el proceso de programación, en lo relativo a indicadores de los resultados obtenidos por los beneficiarios (definidos como objetivos específicos), niveles de cobertura alcanzados, deserción de beneficiarios al programa y gestión financiera. Esto se manifiesta en la falta de información de resultados del programa (indicadores) en esta evaluación, como se analizó en el capítulo Eficacia y Calidad.

Servicios de Salud

En los Servicios de Salud se cuenta con un “Referente Técnico o Gestor del programa” que “tiene como responsabilidades la organización, planificación, coordinación, evaluación y control de las acciones que presten los establecimientos y comunas de la Red Asistencial del territorio de su competencia, en lo referente al Programa Vida Sana. Tiene carácter asesor y consultivo, proponiendo todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección del Servicio de Salud y los establecimientos de Atención Primaria. Asimismo le corresponde analizar y proponer soluciones en las áreas en que se presenten nudos críticos”²⁵². Debe ser un “profesional del Servicio que cuente con conocimientos en atención primaria y manejo de consultorio, competencias técnicas en el área de la nutrición y actividad física y un manejo exhaustivo de las orientaciones y lineamientos técnicos del programa”²⁵³.

A juicio del panel, aparece como contradictorio que se especifique que este referente técnico tiene “carácter asesor y consultivo” y sin embargo es responsable de “la organización, planificación, coordinación, evaluación y control de las acciones de salud” como se especifica previamente. Se considera que las características de asesor y consultivo no son compatibles con la de responsabilidad, en las áreas que se especifica.

Las principales funciones de éste son²⁵⁴:

- a) Gestionar convenios del programa en los plazos estipulados por el MINSAL.
- b) Realizar reuniones para difundir la orientación y lineamientos técnicos para favorecer las alianzas estratégicas a nivel de Servicio de Salud y el intersector.

²⁵² “Orientaciones y Lineamientos. Manual del Profesional. programa Vida Sana. 2015” Pg. 25

²⁵³ Resolución Exenta N° 1216, pg.9.

²⁵⁴ Resolución Exenta N° 1216, pg.9.

- c) Realizar reunión de inducción a las comunas que serán favorecidas con el Programa Vida Sana, de manera que su plan de trabajo anual responda a la orientación y lineamiento técnico del programa.
- d) Capacitar a los equipos en registros estadísticos del programa.
- e) Revisión y aprobación de planes de trabajo anual de las comunas, según pauta MINSAL.
- f) Supervisión semestral en conjunto con el coordinador comunal del programa y representante del departamento de salud o establecimiento de salud, según pauta MINSAL.
- g) Monitoreo mensual de metas y cumplimiento de los planes de trabajo de las comunas, según pauta MINSAL.
- h) Realizar reuniones trimestrales con el equipo interdisciplinario del Programa Vida Sana.
- i) Realizar informe técnico y de gestión sobre el encargado comunal del programa, dirigido a autoridades de la comuna.
- j) Participar de reuniones y video conferencias convocadas por nivel central.
- k) Participar de las evaluaciones del programa.
- l) Mantener una comunicación permanente con el referente técnico ministerial para canalizar inquietudes, dudas o desafíos.

Se observa que la función d) también está descrita para la Unidad Responsable del programa, con lo que no queda claro quién es el responsable de esta tarea o si ésta es compartida.

Nivel comunal

En el nivel comunal se cuenta con un “Coordinador comunal / Gestor del programa a nivel comunal”, que, de acuerdo a lo establecido por el programa, debe ser un “profesional integrante del equipo interdisciplinario contratado para Vida Sana, que cuente con conocimientos en atención primaria y manejo de consultorio, competencias técnicas en el área de la nutrición y la actividad física, y un manejo exhaustivo de las orientaciones y lineamientos técnicos del programa”. Cuenta con horas financiadas por el programa para la gestión y administración a nivel comunal. Sus principales funciones son:

- a) Colaborar con la gestión del convenio del programa en los plazos estipulados por MINSAL.
- b) Realizar reuniones para difundir la orientación y lineamientos técnicos²⁵⁵ y favorecer las alianzas estratégicas del centro de salud de la comuna con el intersector (especialmente JUNJI, INTEGRA, JUNAEB, MINDEP, MINEDUC, Direcciones de Educación y SEREMI, entre otros).
- c) Gestionar y participar del desarrollo del diagnóstico participativo parcial, catastro, mapa de redes locales, plan de trabajo anual de la comuna y flujogramas del programa.
- d) Organización, planificación, coordinación, evaluación y control de las acciones de salud que considera el programa.
- e) Participar en las supervisiones semestrales realizadas por el Servicio de Salud con el representante del departamento de salud y representante del departamento de salud o establecimiento de salud.
- f) Monitoreo mensual de metas y cumplimiento del plan de trabajo de la comuna.
- g) Participar en reuniones trimestrales con el equipo interdisciplinario del Programa Vida Sana convocadas por el Servicio de Salud.
- h) Realizar reuniones semanales con su equipo interdisciplinario.
- i) Participar de reuniones y video conferencias convocadas por el nivel central.

²⁵⁵ Documento de Manual del Profesional donde se establecen las orientaciones y lineamientos técnicos para los profesionales que trabajan en el programa a nivel comunal.

- j) Registrar en la ficha clínica del beneficiario las intervenciones realizadas.
- k) Participar de las evaluaciones del programa.
- l) Mantener una comunicación permanente con el referente técnico del Servicio de Salud para canalizar inquietudes, dudas o desafíos.

A juicio del panel, la función j) debiera estar descrita para el equipo interdisciplinario y no para el coordinador comunal, ya que es aquel quien tiene contacto directo con el usuario y, por ende, tiene acceso a la ficha clínica.

Equipo interdisciplinario local

El equipo interdisciplinario del programa encargado de la ejecución de los componentes en el nivel local (centros de salud, escuelas u otras dependencias municipales), está compuesto por el médico, nutricionista, psicólogo y profesional de la actividad física. Debe contar con los conocimientos, competencias y habilidades que garanticen su adecuada participación para el cumplimiento del propósito del programa en cada uno de los grupos etarios en que se desempeñen, con nociones del modelo de salud familiar y comunitaria.

Para esto es importante el conocimiento y uso de técnicas participativas y educación popular, que le permitan planificar las sesiones destinadas a la población a intervenir. Dentro de las competencias interpersonales deberán destacar las habilidades de liderazgo, trabajo en equipo, comunicación efectiva profesional – usuario, conducción de grupos y manejo en situación de crisis; proactividad para contribuir en la consecución de logros y metas, junto al desarrollo de un buen clima laboral al interior de los equipos de trabajo.

Según el Manual del profesional 2015, estos profesionales deberán poseer habilidades para establecer canales de comunicación efectivos que le permitan generar un vínculo con cada usuario; asegurar un diálogo directo y simple, entregar los mensajes con fluidez a los diferentes públicos con los que le corresponde interactuar, como también, representar a la organización y transmitir adecuadamente las políticas y lineamientos que se le ha encargado gestionar. Otras competencias son la capacidad para contribuir como apoyo en la gestión, en forma eficaz y eficiente, hacia el logro de las metas específicas del Programa Vida Sana en forma oportuna y con adecuados estándares de calidad.

Las principales funciones de estos profesionales son:

- a) Ejecutar el Programa Vida Sana según las orientaciones y lineamientos técnicos.
- b) Realizar los cursos de las guías alimentarias para la población chilena (U virtual) y otros que sean solicitados por el nivel central²⁵⁶.
- c) Desarrollar el diagnóstico situacional comunal, catastro de instalaciones en la comuna para ejecutar el programa, mapa de redes locales, plan de trabajo anual de la comuna y flujogramas del programa²⁵⁷.
- d) Implementar estrategias para el cumplimiento de metas y cumplimiento del plan de trabajo de la comuna.
- e) Participar en reuniones trimestrales convocadas por el Servicio de Salud.
- f) Participar en reuniones clínicas y de gestión semanales con su equipo interdisciplinario.
- g) Participar en reuniones y video conferencias convocadas por nivel central.
- h) Participar en reuniones de sector de los centros a los cuales está interviniendo.

²⁵⁶ Los cursos de la U virtual están disponibles para los funcionarios y trabajadores de la salud. El panel no pudo verificar que el equipo interdisciplinario local realiza estos cursos, ni la obligatoriedad de esta función descrita en el punto b).

²⁵⁷ Actividades que se realizan en el período de solicitud de cupos al Servicio de Salud, para determinar la capacidad local de ejecutar el programa.

- i) Participar de las evaluaciones del programa.
- j) Mantener una comunicación permanente con el coordinador comunal para canalizar inquietudes, dudas o desafíos.

El manual no especifica a qué profesional en específico están asignadas estas funciones, o si se asignan por igual a todo el equipo interdisciplinario. Por otro lado, en la descripción de funciones no están claras las líneas de dependencia, de responsabilidades, a quiénes deben reportar y cuál información. Se considera que es un vacío importante del manual que debe ser subsanado.

Para la entrega de la atención a beneficiarios, el Programa Vida Sana establece distintos módulos de equipos que difieren entre sí en el número de profesionales que los integran, variación que es en función de la cantidad de beneficiarios que atenderán. En la siguiente tabla se muestra la composición de cada equipo vigente para 2015, en términos de los profesionales que lo integran, el número de horas por semana asignado para cada uno, el número de funcionarios y el número de equipos. En total, existían 1.044 profesionales contratados por el programa en 2015.

Cuadro A3.3: Composición de equipos territoriales Programa Vida Sana 2015

		EQUIPO A			EQUIPO B	EQUIPO C
Número de Beneficiarios		400			200	100
		Jornada (hrs.)				
Profesional Categoría B nivel 10	Nutricionista	44			22	15
	Psicólogo	22			11	8
	Médico	11			5	4
	Kinesiólogo o Profesor	77			44	22
Número de funcionarios		5	10	15	4	4
Número de equipos en total 2015 (en 241 comunas que tienen el programa)		A	AA ²⁵⁸	AAA	62	124
		47	2	3		

Fuente: Elaboración propia en base a base de datos elaborada y provista por el programa "DIST REC_VIDA SANA_2015".

A partir del año 2016, el programa modificó los equipos territoriales agregando dos más para 50 beneficiarios. En esta nueva conformación de equipos se agregaron horas de gestión, lo que a juicio del panel es adecuado. Por otra parte, no se especifican horas médicas para los distintos equipos, lo que a juicio del panel solamente se trata de un error en la tabla enviada, ya que el presupuesto para pagar este profesional si está considerado (ver Anexo 12). Se evalúa que este cambio es adecuado puesto que considerar equipos para un menor número de beneficiarios responde a la realidad local, en tanto es probable que en localidades de menor población, sea necesario contar con equipos diseñados para atender menos cantidad de beneficiarios.

Cuadro A3.4: Composición de equipos territoriales Programa Vida Sana 2016

	EQUIPO A	EQUIPO B	EQUIPO C	EQUIPO D	EQUIPO E
Número de Beneficiarios	400	200	100	50	50
	Jornada (hrs.)				

²⁵⁸ En el caso de AA y AAA, es que se multiplica (por dos o tres) el equipo A con la descripción previamente realizada, según el número de beneficiarios que se deban atender.

Profesional Categoría B nivel 10	Nutricionista	35	18	11	4	5
	Psicólogo	22	11	8	3	4
	Médico	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
	Kinesiólogo o Profesor	88	44	31	7	15,5
	Gestión	15	8	5	1	2,5

Fuente: Elaboración propia del panel en base a datos entregados por el programa.

El panel considera que el equipo local encargado de llevar a cabo la estrategia es suficiente para implementarla, ya que son profesionales contratados para ejecutar en forma exclusiva las tareas del programa.

Mecanismos de coordinación

Los mecanismos de coordinación utilizados por el Departamento Modelo de Atención son los siguientes²⁵⁹:

- Reuniones semanales con los referentes técnicos de distintos programas y de ciclo vital, dependientes del mismo departamento. De igual forma, se les hace llegar a través de correo electrónico a cada uno de ellos las orientaciones y lineamientos anuales para sus aportes y sugerencias.
- Reuniones de coordinación, comunicación directa vía telefónica y correo electrónico con las distintas divisiones del Ministerio de Salud involucradas en el desarrollo del programa.
- Participación de reuniones técnicas con referentes de distintos programas, a nivel de Servicio de Salud.
- Video conferencias mensuales con referentes técnicos, comunales y equipos en terreno del programa.
- Visitas a terreno.
- Reuniones de coordinación con intersector (MINEDUC, JUNJI, INTEGRA, MINDEP).
- Revisión de orientaciones y lineamientos con el intersector.

A juicio del panel, estos mecanismos son adecuados en términos de la inclusión de los distintos niveles, dado que contemplan acciones de coordinación intraministerial y del programa con los Servicios de Salud, los equipos comunales y el intersector, además de coordinación con otros sectores relacionados con el programa. Sin embargo, los mecanismos descritos no cuentan con una periodicidad formalmente establecida, lo que en opinión del panel, es una omisión que requiere ser subsanada. Por otro lado, no se incluye coordinación con otros programas que tienen una estrategia poblacional, como el Programa de Promoción de Salud del MINSAL y con el Sistema Elige Vivir Sano en Comunidad, de MIDESO, que tienen un rol articulador con otros programas que tienen impacto en factores de riesgo de ENT. Esto tiene también el objetivo de integrar las estrategias de nivel individual con las poblacionales.

Las funciones de coordinación del referente técnico del Servicio de Salud²⁶⁰, detalladas en la sección “estructura organizacional” del Anexo 3 de este informe, incluyen reunión para favorecer alianzas estratégicas a nivel de servicio y el intersector. A juicio del panel, esta reunión se considera positiva en términos de estimular la generación de dichas alianzas. No obstante, existe

²⁵⁹ Ficha de Antecedentes del programa. Información Complementaria.

²⁶⁰ Ver Resolución 1216del 30 de diciembre de 2015, que aprueba el programa para 2016.

la duda de si una sola reunión permite generar tales alianzas y su posterior sostenibilidad, sobre todo considerando que la jerarquía del Servicio puede jugar un rol decisivo para la legitimación de la instalación de dichas alianzas y su permanencia en el tiempo.

El Referente Técnico del Servicio también debe realizar reuniones trimestrales con el equipo interdisciplinario del programa en las comunas. El panel considera que esta periodicidad es adecuada para analizar conjuntamente el programa y definir acciones de mejora de manera oportuna, si se toma como insumo el monitoreo mensual.

También se establece que el Referente Técnico del Servicio debe mantener una comunicación permanente con el Referente ministerial, lo que se considera adecuado.

Respecto del Coordinador Comunal, se establece que debe tener reuniones para difundir orientación y favorecer alianzas estratégicas con el Centro de Salud y el intersector, “especialmente JUNJI, INTEGRA, JUNAEB, MINDEP, Direcciones de Educación y SEREMI, entre otros”. A juicio del panel, esta función es adecuada puesto que considera la generación de alianzas con el intersector. No obstante, no está formalizada dicha coordinación en términos de su periodicidad y mecanismos a utilizar, así como sus objetivos y resultados que se espera obtener. Se considera relevante implementar dicha formalización a fin de evaluar su utilidad y conocer, mediante esta evaluación, distintas experiencias locales que podrían enriquecer la implementación del programa.

En cuanto a los mecanismos de coordinación del equipo interdisciplinario, se contempla la participación en reuniones clínicas y de gestión semanales, lo cual el panel considera adecuada. También participa en reuniones convocadas por el Servicio de Salud y el nivel central. Por último, se establece que el equipo debe mantener una comunicación permanente con el coordinador comunal. El panel considera que se debiera explicitar con mayor claridad los mecanismos de dicha “comunicación permanente”. No obstante, la realización de reuniones semanales asegura un contacto periódico del equipo, lo que permite contar un espacio sistemático para analizar los avances y detectar problemas y sus soluciones, de manera oportuna.

A juicio del panel, los mecanismos de coordinación resultan insuficientes para instalar la intersectorialidad del programa en el nivel central, lo que puede tener un efecto en la sustentabilidad de sus resultados. Por otro lado, los mecanismos están insuficientemente formalizados en el nivel comunal, lo que dificulta que el enfoque del programa sea compartido por los diferentes niveles de organización del programa y con otros sectores, organizaciones y actores que pueden aportar al logro del objetivo en el nivel local.

Gestión y coordinación con programas relacionados

Según información proporcionada por el programa para esta evaluación²⁶¹, Vida Sana es el único programa de la Subsecretaría de Redes Asistenciales enfocado directamente a contribuir a disminuir los factores de riesgo de ENT. Otros programas contribuyen con sus distintas estrategias a la pesquisa y derivación de usuarios para ser intervenidos por Vida Sana, pero no implican acciones coordinadas durante la ejecución de la intervención (programa del adolescente, programa infantil y programa del adulto). A juicio del panel, la coordinación con estos programas para la pesquisa y derivación de usuarios es adecuada, pues dichos programas pueden identificar la población en riesgo de ENT, informarla sobre la existencia del programa y motivarla para su ingreso a éste. Por su parte, en documento presentado por el programa ante el MIDESO para su

²⁶¹ Ficha de Antecedentes del programa. Información Complementaria.

evaluación ex ante²⁶², se afirma que tiene relación con los programas de Promoción de Salud y Ciclo Vital del MINSAL, y con el programa Deporte Recreativo del Ministerio del Deporte. El panel observa una discrepancia entre lo que el programa declara para esta evaluación y lo que declaró anteriormente a MIDESO, pues ante este último incluyó el “Programa de Promoción de Salud” y de “Deporte Recreativo”.

Respecto del programa de Promoción de Salud, según el programa se complementa con Vida Sana ya que genera redes a nivel local, tanto en el sector salud como en el intersector, complementando la oferta del programa y reforzando el cambio de hábitos en sus beneficiarios. El panel no contó con antecedentes respecto de la manera en que se complementa y refuerza el cambio de hábitos en sus beneficiarios, ni tampoco sobre los mecanismos utilizados para operacionalizar la complementariedad de Vida Sana con el programa de promoción de salud en el nivel local. Dado que el objetivo del programa promoción de la salud es “Contribuir al desarrollo de políticas públicas de nivel nacional, regional y comunal que construyan oportunidades para que las personas, familias y comunidades accedan a entornos y estilos de vida saludables”²⁶³. el panel considera posible una estrecha coordinación entre este programa y Vida Sana a nivel central y local, de manera de apoyar el cambio de hábitos en los beneficiarios de vida sana y contribuir a la sustentabilidad de los cambios una vez terminada la intervención.

En cuanto a los programas de Ciclo Vital, según el programa, Vida Sana se complementa con los programas infantil²⁶⁴ (sic), adolescente²⁶⁵ (sic) y adulto²⁶⁶, ya que contemplan exámenes preventivos de detección de factores de riesgo. Como se señaló, esta complementariedad ocurre en el nivel de pesquisa y derivación de beneficiarios, lo que el panel considera adecuado.

Respecto del programa Deporte Recreativo del Ministerio del Deporte²⁶⁷, el programa afirma que buscará una complementariedad que consistirá en la posibilidad de realizar una derivación de los beneficiarios del programa, para poder dar continuidad a la práctica de actividad física y al desarrollo continuo de deporte recreativo. A juicio del panel, esta medida es adecuada y da cuenta de la preocupación del programa por mantener los cambios en sus beneficiarios egresados. También es un ejemplo de búsqueda de coordinación con el intersector. Sin embargo, estas conversaciones no lograron avances efectivos hasta el término de esta evaluación.

A juicio del panel, el programa se complementa con otras intervenciones de promoción de salud, como la Ley de Etiquetados de los Alimentos y la Ley de Tabaco, que contribuyen a su fin y propósito. Además, se complementa con otra intervención directamente vinculada con el enfoque de Vida Sana, como es el Sistema Elige Vivir Sano en Comunidad del MIDESO, que se creó mediante la Ley 20.670 de 2013.

²⁶² Formulario de presentación de programas sociales reformulados para la evaluación ex ante 2014.

²⁶³ MINSAL. “Orientaciones para planes comunales de promoción de salud 2014”. Departamento de Promoción de la Salud 2013

²⁶⁴ El “Programa Nacional de Salud de la Infancia” tiene como objetivo “Contribuir a la salud y el desarrollo integral de niños y niñas menores de 10 años, en su contexto familiar y comunitario, a través de actividades de fomento, protección, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación, que impulsen la plena expresión de su potencial biopsicosocial y mejor calidad de vida” Fuente: MINSAL <http://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/programa-nacional-de-salud-de-la-infancia/>

²⁶⁵ El “Programa Salud Integral Adolescentes Jóvenes” tiene el objetivo de “Mejorar el acceso y la oferta de servicios, diferenciados, integrados e integrales, en los distintos niveles de atención del sistema de salud, articulados entre sí, que respondan a las necesidades de salud actuales de adolescentes y jóvenes, con enfoque de género y pertinencia cultural, en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, incorporando a sus familias y la comunidad”. Fuente: MINSAL <http://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/programa-salud-integral-adolescentes-y-jovenes-2/>

²⁶⁶ Se realizaron diversas búsquedas en la página web del MINSAL y a través de google y no fue posible encontrar el objetivo de este programa, pues no se encontró ningún documento de este programa

²⁶⁷ El Programa “Busca incentivar a la población a utilizar su tiempo libre en actividades físicas y deportivas recreativas que permitan generar hábitos de vida activa de manera de mejorar la calidad de vida de sus beneficiarios” <http://www.ind.cl/deporte-recreativo/>

El Sistema Elige Vivir Sano tiene como propósito promover hábitos y estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas. Para ello, la norma del Sistema establece que 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, 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 saludables²⁶⁸. Cabe destacar que en el actual gobierno de la Presidenta Bachelet el Sistema Elige Vivir Sano ha cambiado la declaración de sus énfasis originales, estableciendo una dimensión comunitaria y cambiando el enfoque excesivamente individual que caracterizó su primer período, hecho que se simboliza en el cambio de denominación por “Elige vivir sano *en comunidad*”. El panel estima que este giro da cuenta del intento del actual gobierno de hacerse cargo de las limitaciones de las intervenciones que se focalizan en el cambio individual, que fueron descritas en la sección justificación de este informe, materia que también podría ser abordada por el Programa Vida Sana. Al respecto, cabe señalar que el programa declara tener un enfoque comunitario en ambos componentes. Sin embargo, a juicio del panel no está claro cómo se operacionaliza este enfoque comunitario, especialmente en las intervenciones en la población adulta del componente 1.

Las actividades del Sistema Elige Vivir Sano en Comunidad se realizan a nivel local, incluyendo acciones en los establecimientos educacionales, y comprenden iniciativas como plazas y ferias saludables, difusión de estilos de vida saludables, entre otras. A juicio del panel, estas actividades tienen el potencial de reforzar la intervención de Vida Sana y resulta especialmente complementario con su enfoque comunitario. También, con el reforzamiento de la intervención de los beneficiarios de la estrategia individual (componente 1) y la sostenibilidad de los cambios en los beneficiarios egresados.

C. Criterios de asignación de recursos, mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago

C.1 Asignación de recursos

Los recursos financieros del programa están contenidos en la ley de presupuesto de cada año del Ministerio de Salud y son destinados a financiar los recursos humanos encargados de la operación del programa en el nivel local²⁶⁹, actividades de capacitación de éstos²⁷⁰, exámenes²⁷¹ e insumos²⁷².

El presupuesto se calcula en base a una estimación de cupos de beneficiarios a atender por cada Servicio de Salud, en función del presupuesto del año anterior (histórico) más la expansión aprobada por el Ministerio de Hacienda para el año siguiente. El número de cupos a distribuir se obtiene de la valorización de los recursos humanos y actividades que serán proporcionadas por los componentes del programa a los beneficiarios, de acuerdo a los recursos disponibles en el marco presupuestario del programa.

²⁶⁸ Página web del Sistema Elige Vivir Sano <http://eligevivirsano.gob.cl/que-es/>

²⁶⁹ Equipo interdisciplinario con contrato hasta el 31 de diciembre de cada año, conformado por médico, nutricionista, psicólogo, profesor de educación física o terapeuta de actividad física o kinesiólogo.

²⁷⁰ La capacitación de los equipos de salud es gestionada y realizada centralizadamente por el servicio de salud. Está orientada a reforzar, unificar los conocimientos, competencias y habilidades del equipo de salud.

²⁷¹ Exámenes: Glicemia y perfil lipídico para todos los beneficiarios al ingreso del programa y repetición al 6° mes en casos de resultados alterados al ingreso.

²⁷² Insumos necesarios para la operación del programa: artículos de oficina, alimentos saludables, traslado de profesionales en terreno, artículos deportivos, entre otros similares.

En el caso de los recursos humanos, a partir de 2016 el programa ha diferenciado 5 equipos de trabajo diferentes²⁷³, en función de la cantidad de cupos asignados a cada equipo. Ello se traduce en una mayor asignación de horas profesionales para los equipos que atenderán más beneficiarios, lo que a su vez implica mayor costo. El cuadro A3.5 que se presenta a continuación muestra los distintos equipos vigentes en 2016, en relación a la población estimada a atender, el número de horas profesionales /mes y el costo unitario por centro de salud, anual. La valorización de la hora de cada tipo de profesional se basa en la remuneración promedio de un profesional categoría B, nivel 10 del Ministerio de Salud.

Cuadro A3.5: Costo anual de equipos de trabajo en Centros de Salud²⁷⁴

Tipo de Equipo	Población a atender	N° horas profesionales (mes)	Costo unitario anual por Centro de Salud - 2016(M\$)
A	400	160	43.602
B	200	81	22.059
C	100	55	14.763
D	50	15	4.163
E	50	27	7.253

Fuente: Programa Vida Sana - MINSAL

En el caso de los exámenes, se ha estimado un gasto anual de \$7.266 por beneficiario, el que se basa en los aranceles FONASA (MAI) para cada examen. Por su parte, los gastos de capacitación se basan en los valores de capacitación SENCE, que alcanzan a un costo de capacitación / año de 20 horas por alumno, equivalentes a \$83.040 en el año 2016. Se evalúa que los criterios descritos (costo del personal, Arancel FONASA y valores capacitación SENCE) que se utilizaron para valorizar los cupos, son adecuados ya que responden a estándares objetivos, fáciles de medir, pertinentes y comprobables. En anexo 12 se presenta el detalle de los profesionales que integran los diferentes equipos de trabajo, la valorización de exámenes, de insumos y de los gastos de capacitación.

El presupuesto del programa es asignado y transferido por el nivel central del programa a los Servicios de Salud, asignación que se realiza en función de los criterios de distribución de cupos ya descritos²⁷⁵. Éstos a su vez, transfieren los recursos a las comunas. La transferencia se realiza en 2 cuotas anuales consistentes en 70% a la fecha de firma del contrato y el 30% restante en el mes de octubre del año. El programa considera la posibilidad de reasignación de todo o parte de los recursos de la segunda cuota, como resultado de la evaluación que realiza el nivel central al 30 de junio²⁷⁶, la que mide el avance del Plan de Trabajo Anual comprometido por el nivel ejecutor y, en caso de no cumplimiento, se redistribuyen los recursos correspondientes a la segunda cuota del año, en base a la siguiente tabla de descuentos.

Cuadro A3.6: Porcentaje de descuento por incumplimiento del Plan de Trabajo 2016

Porcentaje de cumplimiento del programa	Porcentaje de descuento 2° cuota
60%	0 %
50%- 60%	50%
40% - 50%	75%
Menos de 40%	100%
0%	Rescindir convenio

²⁷³ Hasta el año 2015, existían 3 tipos de equipos de trabajo, como se señaló en el proceso productivo, cuadro A3.2

²⁷⁴ Este cuadro difiere de lo señalado en el cuadro 17 ya que éste se refiere a los equipos en funcionamiento en 2016, en tanto aquéllos son los equipos que vigentes en 2015.

²⁷⁵ Ver Anexo 3 Apartado A. Proceso de producción de los servicios (componentes) que entrega el programa.

²⁷⁶ Ver Anexo 3, Cuadro A3.5

En sus directrices, el programa establece que en caso de no cumplimiento de las actividades y metas anuales, ello “podrá incidir negativamente en la asignación de recursos del año siguiente”, lo que podría llevar a que, en el hipotético caso de 0% de cumplimiento, rescindir el convenio. Se evalúa que, en términos generales, considerar el grado de cumplimiento del plan de trabajo para la redistribución de recursos es un criterio adecuado, ya que actúa como incentivo para mejorar la gestión local en los casos en que ésta sea insuficiente o deficiente y a la vez, resguarda el buen uso de los recursos presupuestarios, al ser éstos redistribuidos. Sin embargo, se considera que la forma de expresar la medida “podrá incidir negativamente en la asignación de recursos del año siguiente” es poco precisa, ya que no contiene la definición de cómo se operacionalizará ni en qué aspectos incidirá negativamente, es decir, no se cuenta con un criterio objetivo y claramente establecido respecto a los efectos que tendrá en la asignación de recursos del año siguiente, lo que a juicio del panel es una omisión que debe ser corregida.

Un aspecto relevante que el programa no ha definido, es el monitoreo por parte del nivel central de las eventuales redistribuciones que se produzcan, así como tampoco los procedimientos e instancias que intervienen en este proceso. Ello implica definir funciones, responsabilidades y mecanismos de información, involucrados en la redistribución, así como especificar cuáles serán los efectos negativos de la asignación de recursos del año siguiente. Este criterio se empleó por primera vez en el año 2015 en una sola comuna, razón por la cual para el panel no es posible evaluar si opera adecuadamente.

C.2 Mecanismos de transferencia y modalidad de pago

Los recursos son transferidos por FONASA a los Servicios de Salud por indicación del nivel central de la DIVAP. Los S.S. los transfieren a su vez a los municipios mediante convenios celebrados por los Servicios de Salud con las Municipalidades para la ejecución del programa. Existe un número de establecimientos de atención primaria que depende de los Servicios de Salud (10 en el año 2015), en cuyo caso no se celebra el citado convenio. Cabe señalar que no existe un “convenio tipo”, ya que se constataron variaciones entre los analizados por el panel²⁷⁷. Sin embargo, estas variaciones son solo de forma y no afectan las cláusulas de compromisos entre ambas partes.

El convenio establece que el Servicio de Salud transferirá recursos a las municipalidades en dos cuotas, la primera (70%) al momento de la tramitación del convenio y la segunda (30%) en el mes de octubre, como ya se señaló. Establece también que los recursos transferidos están destinados a financiar las actividades que realizará el programa en el nivel local para un número determinado de beneficiarios (cupos), en distintos establecimientos de atención primaria municipal, los que son definidos por el nivel central del programa. Los cupos son distribuidos por la comuna en términos porcentuales entre los grupos de edad, los que deben cumplir con los criterios establecidos por el programa, distribución que queda sancionada en el convenio. El convenio establece los productos esperados, es decir, el logro de los objetivos en términos de la intervención en factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, cumplimiento evaluado dos veces al año por el programa²⁷⁸.

²⁷⁷ Res. Ex. 61 del 02.01.2015 entre el Servicio de Salud Maule y Municipalidad de Longaví. Res. Ex. 30 del 14.01.2015 entre el Servicio de Salud Talcahuano y la Municipalidad de Talcahuano.

Las transferencias de recursos a las municipalidades se rigen por las normas establecidas en la Resolución 759 de 2003 de la Contraloría General de la República, numeral 5.2²⁷⁹, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que deberá ser fiscalizado por el “servicio respectivo”, en este caso, los servicios de salud. En esta materia, el programa instruye que “las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera”²⁸⁰, entendiéndose en el contexto del párrafo que esta obligación es para con el servicio de salud.

Se considera que el programa cuenta con adecuados mecanismos de transferencia de recursos y de pago, porque permiten la atención oportuna de beneficiarios y están asociados a cumplimiento de metas con medios de verificación objetivos (Plataforma web programa, REM).

Sin embargo, se aprecia un vacío en la cadena de rendición de cuentas, ya que no se ha considerado la necesidad de contar con una rendición de cuentas de los Servicios de Salud hacia el nivel central del ministerio, lo que sería deseable con el fin de monitorear la gestión financiera del programa y conocer su nivel de ejecución presupuestaria, como insumo indispensable para la programación financiera del año siguiente. Este vacío se considera una debilidad del programa, ya que para éste no es posible verificar si los recursos presupuestarios han sido utilizados en su totalidad en la producción de servicios que debe proveer el programa. Tampoco es posible verificar si los criterios con que se efectuó la programación financiera (distribución de cupos) se han cumplido efectivamente en terreno, y en qué grado. Los resultados obtenidos en esta evaluación respecto al costo unitario por beneficiario²⁸¹ podrían ser indicativos de que en la práctica, no se están cumpliendo los supuestos con los que se realiza la programación financiera, situación de la cual el programa actualmente está imposibilitado para conocer.

D. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la unidad responsable

Para efectos de este análisis, el programa no aportó información que permita documentar la realización de seguimiento y evaluaciones de la ejecución del programa, que se haya aplicado en el período evaluado. Por tal razón, no se cuenta con mediciones o indicadores que permitan dar cuenta del monitoreo del programa.

Sin embargo, a partir del año 2016, la Resolución 1216 ha definido un sistema de monitoreo y evaluación del programa que se aplicará a partir del presente año y que se analiza a continuación. El sistema de seguimiento y evaluación diseñado se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del Programa Vida Sana con el propósito de mejorar la eficiencia y efectividad del cumplimiento de sus objetivos.

Dado que el programa tiene continuidad en la atención de sus usuarios, para efectos del monitoreo y evaluación, se consideran los ingresos a partir de enero del año anterior.

²⁷⁹ “El organismo público receptor estará obligado a enviar a la unidad otorgante un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual de su inversión que deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible para el mes siguiente” Por consiguiente, queda expresamente establecido que de manera mensual y consecutiva, mientras tenga duración el convenio y se asignen recursos, la Municipalidad deberá enviar dicha documentación, junto a un Informe Financiero al Servicio de Salud dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al mes que corresponda.

²⁸⁰ RE MINSAL N° 1216 de 2015, pág. 17, 2. Evaluación, a. Primera evaluación.

²⁸¹ Ver capítulo Eficiencia.

Para el seguimiento y evaluación del programa, los responsables en el nivel central cuentan con los siguientes instrumentos²⁸², que representan las principales base de datos disponibles para el programa (ver Anexo 1):

- **Plataforma web Vida Sana:** disponible para los referentes a nivel central, los referentes de Servicio de Salud, coordinadores comunales y profesionales de terreno.
- **Registro Estadístico Mensual y Semestral (REM):** que tiene como función la de compilar información a nivel territorial sin rut de usuario, que son datos agregados para el cálculo de indicadores..

Los referentes del programa a nivel Central realizan el seguimiento y la evaluación del programa, con los mismos instrumentos utilizados por el nivel local.

Los Servicios de Salud realizan el monitoreo del nivel comunal, de acuerdo a la siguiente tabla de monitoreo, vigente a partir del 2016:

Cuadro A3.7: Monitoreo a nivel local

Fecha	N°1: 31 ENERO	N°2: 15 MARZO	N°3: 30 ABRIL	N°4: 30 JUNIO	N°5: 31 OCTUBRE	N°6: 31 DICIEMBRE
Monitoreo	1. 100% Convenio firmado. 2. 100% RRHH contratado. 3. % de usuarios que han cumplido con 6 meses de intervención desde enero del año anterior a la fecha.	4. Entre ga Plan de Trabajo Anual de la comuna (incluye diagnóstico situacional comunal, catastro, mapa de redes locales y flujogramas)	5. 60% de cupos nuevos asignados al programa. 6. % de usuarios que han cumplido con 12 meses de intervención desde enero del año anterior a la fecha. 7. % de usuarios que han cumplido con 12 meses de intervención e inician un nuevo ciclo en el programa.	8. 80% de cupos nuevos ingresados al programa. 9. % de usuarios que han cumplido con 12 meses de intervención desde enero del año anterior a la fecha. 10. % de usuarios que han cumplido con 12 meses de intervención y continúan en el programa. 11. Evaluación es de indicadores de impacto del programa (orientación técnica programa)	12. % de usuarios que han cumplido con 6 meses de intervención desde enero del año anterior a la fecha. 13. % de usuarios que han cumplido con 12 meses de intervención e inician un nuevo ciclo en el programa.	14. 100% de cupos nuevos ingresados al programa. 15. % de usuarios que han cumplido con 6 meses de intervención desde enero del año anterior a la fecha. 16. % de usuarios que han cumplido con 12 meses de intervención e inician un nuevo ciclo en el programa. 17. Evaluación es de indicadores de impacto del programa.
Medio de Verificación	18. Plataforma web MINSAL 19. Informe Servicio de Salud	20. Pauta MINSAL	21. Planilla de monitoreo	22. Planilla de monitoreo	23. Planilla de monitoreo	24. Planilla de monitoreo. 25. Plataforma web Vida Sana.

Fuente: Resolución Exenta N°1216 MINSAL.

El programa informó verbalmente²⁸³ que, en el período que se realizó esta evaluación, esta tabla de monitoreo está en proceso de modificación a fin de ajustar las fechas de evaluación y los requerimientos de los indicadores que se evaluarían. El panel no tuvo acceso a las modificaciones realizadas.

²⁸² Ficha N°2, pág.6.

²⁸³ Entrevista del 9 de Marzo con los referentes técnicos del programa a nivel central.

En el caso del nivel local existe una supervisión semestral por parte del Referente Técnico del SS con el coordinador comunal y representante del departamento o establecimiento de salud. Además, el Referente debe realizar un monitoreo mensual de cumplimiento de las metas y planes de trabajo comunal según pauta MINSAL. Se considera adecuada esta instancia de monitoreo y supervisión.

En el nivel central del programa se realiza el monitoreo de los Servicios de Salud, de acuerdo a la tabla de monitoreo A.3.8 que se muestra a continuación, información que es provista por los Servicios de Salud en los plazos establecidos.

Con respecto a la tabla de monitoreo, se observa que no hay indicadores de egresos por alta ni por abandono, tanto a nivel de Servicio de Salud como a nivel local. Tampoco hay indicadores de las prestaciones que se entregan, ni individuales ni grupales. El panel considera que éstos debieran incluirse, tanto en el monitoreo que realiza el Servicio de Salud a la comuna, como el que realiza el nivel central a los Servicios de Salud, ya que es información relevante de resultados del programa, en tanto permite conocer el porcentaje de adherencia de los beneficiarios del programa.

La tabla siguiente muestra que en el informe del 6 de Julio, se solicita “el 100% supervisiones realizadas a las comunas”. Dado que este indicador tiene por objeto analizar que el programa esté instalado y funcionando en las comunas, se considera que se debiera especificar que son el 100% de las supervisiones que corresponden al primer semestre.

Asimismo, en el informe solicitado para el 6 de enero, el indicador “100% de cupos de continuidad y nuevos bajo control en el programa” no está bien formulado, ya que incluye dos variables en su medición. Se considera que éstas debieran ser medidas independientemente.

Cuadro A3.8

Monitoreo a nivel de Servicio de Salud

Fecha	N°1: 5 FEBRERO	N°2: 28 FEBRERO	N°3: 30 ABRIL	N°4: 6 MAYO	N°5: 6 JULIO	N°6: 7 NOVIEMBRE	N°7: 6 ENERO
Monitoreo	Envío planilla con monitoreo: 26. 100% Convenio firmado. 27. 100% Transferencia de recursos realizadas. 28. 100% RRHH contratado.	29. Reunión realizada para inducción a las comunas, de manera que su plan de trabajo anual responda a la orientación y lineamiento técnico del programa y capacitar a los equipos en registros estadísticos el programa.	Envío planilla con monitoreo: 30. 100% Revisión y aprobación de planes de trabajo anual de las comunas. 31. Capacitación realizada al 100% del RRHH contratado.	Envío planilla con monitoreo: 32. 60% de cupos nuevos asignados ingresados al programa. 33. % de usuarios que han cumplido con 12 meses de intervención desde enero del año anterior a la fecha. 34. % de usuarios que han cumplido con 12 meses de intervención y continúan en el programa.	Envío planilla con monitoreo: 35. 100% supervisiones realizadas a las comunas. 36. 80% de cupos nuevos asignados ingresados al programa. 37. % de usuarios que han cumplido con 12 meses de intervención desde enero del año anterior a la fecha. 38. % de usuarios que han cumplido con 12 meses de intervención y tienen continuidad.	Envío planilla con monitoreo: 39. % de usuarios que han cumplido con 6 meses de intervención desde enero del año anterior a la fecha. 40. % de usuarios que han cumplido con 12 meses de intervención y tienen continuidad.	Envío planilla con monitoreo: 41. 100% de cupos de continuidad y nuevos bajo control en el programa. 42. % de usuarios que han cumplido con 6 meses de intervención desde enero del año anterior a la fecha. 43. % de usuarios que han cumplido con 12 meses de intervención y tienen continuidad. 44. Evaluaciones de indicadores de impacto del programa.
Medio de Verificación	45. Plataforma web MINSAL. 46. Planilla de monitoreo	47. Acta enviada al MINSAL.	48. Planilla de monitoreo	49. Planilla de monitoreo	50. Pauta MINSAL 51. Planilla de monitoreo	52. Planilla de monitoreo	53. Planilla de monitoreo. 54. Plataforma web Vida Sana.

Fuente: Resolución Exenta N°1216 MINSAL

El Programa Vida Sana realiza dos evaluaciones en el año calendario²⁸⁴, en función de los indicadores establecidos en el convenio y sus medios de verificación. El objetivo de esta evaluación es medir el porcentaje de cumplimiento de las atenciones programadas en el Plan de Trabajo comunal.

La **Primera evaluación** se efectúa con corte 30 de junio del año en curso con el objeto de efectuar la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre. (Ver cuadro A3.6).

Las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación podrán optar a reasignación de recursos (en la segunda cuota). Este excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas²⁸⁵. En caso que todas las comunas cumplan con las prestaciones, no habrá reasignación de recursos.

La **Segunda evaluación y final** se efectuará al 31 de Diciembre, fecha en que el programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas. El grado de incumplimiento anual, será considerado en la asignación de recursos del año siguiente.

El programa ha definido un conjunto de indicadores llamados “Indicadores de Gestión y de Impacto para la reliquidación del programa al 30 de junio”, según la Resolución Exenta N°1216, los que son establecidos para cada grupo de edad. Cabe señalar que el programa define como “componentes” a los grupos etarios. Sin embargo, para los efectos de esta evaluación, se usa el término componente para identificar los distintos procesos productivos señalados en la MML.

Cuadro A3.9: Indicadores de Gestión y de Impacto para la reliquidación del programa al 30 de Junio

Componente	Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta 30 de Junio	Medios de Verificación	Peso relativo estrategia	Peso relativo programa ²⁸⁶
COMPONENTE 1: niños, niñas y adolescentes de 2 a 19 años, incluyendo mujeres adolescentes post parto	% de usuarios de 2 a 19 años bajo control en el programa	(N° de usuarios de 2 a 19 años bajo control en el programa / N° de usuarios comprometidos de 2 a 19 años) * 100	80%	REM	34%	35%
	% de usuarios de 2 a 19 años bajo control	(N° de usuarios de 2 a 19 años bajo control en el programa con 3 ^{er}	50%	REM	33%	

²⁸⁴ Según RE N°1216 de 2015.

²⁸⁵ En la Resolución Exenta N°1216 se especifica: “En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales del programa, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del programa, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez realizadas y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar al MINSAL la no reliquidación del programa.

No obstante la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del programa al 31 de diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del periodo.

Finalmente el no cumplimiento de las actividades y metas anuales, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.”

²⁸⁶ Entre el año 2015 y el 2016 se realiza un cambio en los pesos relativos de los distintos factores evaluados en el programa, dándole un mayor peso al tema de recursos humanos (pasando de un 20% a un 30%).

	en el programa con control 3 ^{er} realizado	control realizado/ N° de usuarios bajo control de 2 a 19 años) * 100				
	% de usuarios de 2 a 19 años bajo control en el programa con control 5 ^{to} realizado	(N° de usuarios de 2 a 19 años bajo control en el programa con control 5 ^{to} realizado/ N° de usuarios bajo control de 2 a 19 años) * 100	25%	REM	33%	
Componente 2: Adultos y mujeres post parto de 20 a 64 años	% de usuarios de 20 a 64 años bajo control en el programa	(N° de usuarios de 20 a 64 años bajo control en el programa / N° de usuarios comprometidos de 20 a 64 años) * 100	80%	REM	34%	35%
	% de usuarios de 20 a 64 años bajo control en el programa con control 3 ^{er} realizado	(N° de usuarios de 20 a 64 años bajo control en el programa con control 3 ^{er} realizado/ N° de usuarios bajo control de 20 a 64 años) * 100	50%	REM	33%	
	% de usuarios de 20 a 64 años bajo control en el programa con control 5 ^{to} realizado	(N° de usuarios de 20 a 64 años bajo control en el programa con control 5 ^{to} realizado/ N° de usuarios bajo control de 20 a 64 años) * 100	25%	REM	33%	
Componente 1 y 2: Recurso Humano	% de horas de RRHH contratadas al 31 de enero	(N° de horas de RRHH contratado para el programa / N° de horas de RRHH programadas para el programa según distribución MINSAL) * 100	100%	Planilla Monitoreo MINSAL	100%	30%

Fuente: Resolución Exenta N°1216. MINSAL

En relación al cuadro precedente, se puede señalar que el indicador “% de usuarios de 2 a 19 años bajo control en el programa” se agrega en el año 2016 para hacer énfasis en usuarios que estén bajo control y no sólo en aquellos que han ingresado. Los usuarios “bajo control” se refieren a la denominación utilizada en el REM que son aquellos que asisten a los controles. El panel estima que éste debiera definirse mejor e incluir la definición en el indicador.

Asimismo, en el indicador “(N° de usuarios de 2 a 19 años bajo control en el programa / N° de usuarios comprometidos de 2 a 19 años) * 100”, los “usuarios comprometidos” se

refieren a los cupos asignados por comuna y que están definidos en el Convenio, especificación que debe agregarse al indicador.

En el manual del profesional, de orientaciones y lineamientos se establecen los siguientes indicadores de seguimiento, con su fórmula de cálculo respectiva. Estos están organizados según los componentes (grupos etarios) definidos por el programa.

A pesar de que estas orientaciones están desde el año 2015, el panel no tuvo información sobre estos indicadores de seguimiento sistematizados. Las bases de datos del año 2015, fuente para estos indicadores, estaban en proceso de validación durante la evaluación, por lo que no se pudieron verificar. Por otro lado, tampoco se pudo verificar que los errores de registro de datos, identificados para el año 2014, fueron subsanados en 2015.

Cuadro A3.10: Indicadores de Seguimiento del Programa Vida Sana

Componente	Indicador y Meta
Componente 1: niños, niñas y adolescentes de 2 a 19 años y adolescentes post-parto.	Al menos el 50% de las personas entre 2 a 5 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional integrado.
	Al menos el 50% de las personas entre 6 a 18 años intervenidos mejoran su condición nutricional.
	Al menos el 50% de los adolescentes de 19 años intervenidos reducen el 5% o más del peso inicial.
	Al menos el 50% de las personas intervenidas mejoran su perímetro de cintura.
	Al menos el 50% de las personas intervenidas mejoran su IMC
	Al menos el 50% de las personas intervenidas ingresadas como pre-hipertensas o pre-diabéticas o dislipidémicas mejora su condición.
	Al menos el 90% de las personas de 2 a 5 años intervenidas mejoran su capacidad motora.
	Al menos el 90% de las personas de 6 a 19 años intervenidas mejora su condición física, en términos de capacidad funcional y muscular.
	Al menos un 60% de las personas asiste a un mínimo de 60% de las sesiones de actividad física y ejercicio físico.
	Al menos el 50% de los adolescentes post-parto intervenidas recuperan su peso pre-gestacional.
Componente 2: Adultos de 20 a 64 años y mujeres post-parto.	Al menos el 50% de las personas intervenidas disminuyen un 5% su peso inicial
	Al menos el 50% de las personas intervenidas mejora su Perímetro de Cintura.
	Al menos el 50% de las personas intervenidas mejora su IMC al término de la intervención.
	Al menos el 50% de las personas intervenidas ingresadas como pre-hipertensas o pre-diabéticas o dislipidémicas, mejoran su condición.
	Al menos el 90% de las personas de 20 a 64 años intervenidas mejora su capacidad funcional y muscular.
	Al menos el 60% de las personas asiste a un mínimo de 60% de las sesiones de actividad física y ejercicio físico.
	Al menos el 50% de las mujeres post-parto intervenidas recuperan su peso pre-gestacional.

Fuente: "Orientaciones y lineamientos, Programa Vida Sana. Manual del Profesional." MINSAL, 2015 (pág. 30).

Con respecto al cuadro A3.10, se considera que es necesario hacer presente lo siguiente:

- No se especifica, ni en el enunciado de la tabla ni en los indicadores (enunciado y fórmula de cálculo), cuándo se realiza la medición²⁸⁷ o en cuánto tiempo debe lograr la meta establecida. A juicio del panel, esto debiera estar claramente establecido, tanto en el enunciado de la tabla como en los indicadores y su fórmula de cálculo. Por otro lado, se estima necesario que se incluyan indicadores del 12° mes, para medir los resultados que ha tenido la intervención completa en el usuario y no sólo a la mitad de la intervención.
- En varios indicadores se establece que la meta es de “mejorar”, sin especificar en cuánto. El programa justifica que el objetivo es lograr un cambio de hábitos en los usuarios, más que un impacto concreto en términos de peso o de perímetro de cintura. El panel considera que ésta es una falencia en la medición de resultados del programa, ya que no permite cuantificar la meta alcanzada de manera precisa.
- En el indicador “al menos el 50% de las personas intervenidas mejoran su IMC”, en la fórmula de cálculo especifica que son los “beneficiarios de 2 a 19 años”. Se debe tener presente que los menores se evalúan según ZScore, por lo que se considera necesario efectuar la corrección pertinente.
- En el indicador “al menos el 50% de las personas intervenidas ingresadas como pre-hipertensas o pre-diabéticas o dislipidémicas mejora su condición” se pretende medir tres condiciones en un indicador, lo que es un error en la formulación. Por otro lado, no especifica en cuánto debe “mejorar” (aspecto ya mencionado para otros indicadores). Esta misma observación se aplica para el indicador del componente 2.
- En el indicador “al menos el 50% de los adolescentes post-parto intervenidas recuperan su peso pre-gestacional”, tanto del componente 1 como del 2, no se indica en cuánto tiempo debe cumplir esta meta.
- En relación a la meta El panel desconoce los criterios utilizados para establecer la meta: “al menos el 50% de las personas intervenidas disminuyen un 5% su peso inicial”, se formulan dos observaciones. Por una parte, en el transcurso de esta evaluación no se ha obtenido el fundamento que se tuvo presente al determinar la meta de que al menos el 50% de las personas intervenidas obtuvieran algún logro, el cual se fija en 5%. Asimismo, no se especifica cuál es la meta para el 50% restante de los beneficiarios de entre 20 y 64 años.

²⁸⁷ En entrevista con el programa, éste señaló que la medición se efectúa al 6° mes de intervención.

Anexo 4: Análisis de género

CUADRO ANÁLISIS DE GÉNERO								
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA			EVALUACIÓN DEL PROGRAMA					RECOMENDACIONES
Nombre programa	Producto Estratégico Asociado ¿Aplica Enfoque de Género? (PMG)	Objetivo del programa	¿Corresponde incorporación Enfoque de Género en el programa según evaluación? ¿Por qué?	¿Se debió incorporar en definición de población objetivo? Si/No	¿Se debió incorporar en definición de propósito o componente? Si/No	¿Se debió incorporar en provisión del servicio? Si/No	¿Se debió incorporar en la formulación de indicadores? Si/No	
				¿Se incorpora? Si/No	¿Se incorpora? Si/No	¿Se incorpora? Si/No	¿Se incorpora? Si/No	
				Satisfactoria-mente / Insatisfactoria-mente	Satisfactoria-mente / Insatisfactoria-mente	Satisfactoria-mente / Insatisfactoria-mente	Satisfactoria-mente / Insatisfactoria-mente	
Programa Vida Sana. - Intervención en factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en niños, niñas, adolescentes, adultos y mujeres post parto	Sí	Disminuir 3 de los factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares: Dieta inadecuada; Deficiente condición física y Sobrepeso/Obesidad en niños, niñas, adultos y mujeres post-parto de 2 a 64 años, beneficiarios de FONASA	Sí. Corresponde en las estrategias de detección de beneficiarios e ingreso al sistema, en la planificación de las actividades y prestaciones entregadas y en el enfoque de intervención, con estrategias de sensibilización pertinentes y diferenciadas según género	No	No	Sí	Sí	Definir contenidos diferenciados por sexo para el enrolamiento, permanencia y entrega de las prestaciones contempladas en la intervención, de modo de aumentar la participación de los hombres y lograr en mayor medida su propósito, que ha sido definido por igual para hombres y mujeres
				No	No	No	No ²⁸⁸	
				n/a	n/a	n/a	n/a	

²⁸⁸ La MML no incorpora indicadores de género.

El programa no ha incorporado enfoque de género en ninguno de los siguientes aspectos: identificación del problema; definición de población objetivo; definición del propósito y componentes; provisión de los bienes y servicios y formulación de indicadores.

Con respecto a la identificación del problema, las enfermedades que el programa aborda (cardiovasculares y diabetes mellitus tipo 2) tienen un comportamiento similar según sexo en cuanto a morbilidad y mortalidad (cuadro 15). Además, la ENS 2009-2010 arrojó una prevalencia similar de los factores de riesgo de ENT entre hombres y mujeres (cuadro 18). Excepción es la obesidad, que es mayor en las mujeres. Dada esta similar prevalencia de factores riesgo, mortalidad y morbilidad por enfermedades cardiovasculares y diabetes, el panel considera que la definición de población objetivo del programa es adecuada en términos de género, pues incluye a hombres y mujeres.

La mayor parte de los beneficiarios del programa son mujeres, las que han representado en promedio el 72,5% del total de beneficiarios entre los años 2012 y 2015. Si se considera el grupo etario, el porcentaje promedio de mujeres beneficiarias menores de 20 años en los mismos años ha sido de 56%, mientras que en el caso de las mayores de 20 el porcentaje de mujeres aumenta a 94%. Esto significa que los hombres han tenido una presencia mínima o casi inexistente en los beneficiarios mayores de 20 años, y que la participación de los hombres se da de manera más equilibrada en la población escolar, lo que se debe a que es una población cautiva. El panel considera que la sobrerrepresentación de las mujeres en la población beneficiaria adulta es una deficiencia del programa, pues no está atendiendo equitativamente una necesidad que se distribuye de manera similar en hombres y mujeres. Constituye también una contradicción con la definición de la población objetivo efectuada por el mismo programa, y con su propósito.

A juicio del panel, el porcentaje significativamente mayor de mujeres se explica porque el programa no ha aplicado un enfoque de género para analizar la participación de los beneficiarios, de modo tal de detectar la escasa participación de hombres en la población adulta y definir estrategias pertinentes para ampliar la participación de los hombres en la intervención del programa. Cabe señalar que la plataforma web del programa cuenta con indicadores desagregados según sexo, lo que permite realizar un análisis de género en el caso en que se contara con información válida y confiable. Sin embargo la MML no considera indicadores desagregados según sexo, lo que se evalúa necesario de hacer.

Atendiendo a la similar presencia del problema en hombres y mujeres, y la escasa participación de hombres entre los beneficiarios adultos, el panel considera necesario que el programa defina una estrategia para aumentar la participación de los hombres. Para ello debiera revisar aspectos que van desde las estrategias de detección e ingreso al programa, hasta los horarios en que se entregan las prestaciones y se realiza la actividad física, pues estas se entregan en horario laboral, lo que dificulta una mayor participación de los hombres, dada su mayor incorporación en la fuerza de trabajo respecto de las mujeres. Además, el programa debiera revisar su intervención, considerando las distintas valoraciones que hombres y mujeres otorgan a la salud y al cuidado de la salud, lo que implica definir estrategias de sensibilización con contenidos distintos para hombres y mujeres. Al respecto, un estudio realizado en el Reino Unido sobre el rol de la masculinidad en hombres que tenían comportamientos saludables, concluyó que los hombres rechazan tener un interés directo en hablar o pensar sobre la salud, por considerarlo excesivamente femenino; justifican sus comportamientos saludables en la orientación para la acción, objetivos deportivos, preocupaciones por la apariencia y en la

autonomía²⁸⁹. En Chile, el estudio de hábitos de actividad física y deportes 2012 encontró que la principal razón para hacer deporte o actividad física mencionada por las mujeres es “mejorar la salud” (27%), mientras que para los hombres es “por entretención” (39%). Los hombres que mencionaron la razón “mejorar la salud” representan un 18%²⁹⁰. Todo esto sugiere que el programa debiera definir contenidos diferenciados por sexo para el enrolamiento, permanencia y desarrollo de la intervención, lo que puede contribuir a lograr en mayor medida su propósito, definido por igual para hombres y mujeres. Esto debiera ser monitoreado en base a indicadores según sexo.

²⁸⁹ Sloan C, Gough B, Conner M. Healthy masculinities? How ostensibly healthy men talk about lifestyle, health and gender. *Psychol Health* 2010;25(7):783-80.

²⁹⁰ Universidad de Concepción. *“Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes en la Población Chilena de 18 y más años. Informe Final”*. Concepción, 2012.

Anexo 5: Ficha de presentación de antecedentes presupuestarios y de gastos

Dirección de Presupuestos

II. Información específica del programa, período 2012-2016

(en miles de pesos año 2016)

Instrucciones generales

A efectos de comparar presupuestos y gastos, éstos deben ser expresados en moneda de igual valor. Para actualizar los valores en pesos nominales a valores en pesos reales del año 2016, deberá multiplicar los primeros por los correspondientes factores señalados en la siguiente tabla:

Año	Factor
2012	1,15
2013	1,13
2014	1,08
2015	1,04
2016	1

I. Información de la institución responsable del programa, período 2012 – 2016 (En miles de pesos 2016)

1.1. Presupuesto y gasto devengado (1)

Se debe señalar el total de presupuesto y gasto (2) correspondiente a la institución responsable de la ejecución del programa en evaluación (Subsecretaría, Servicio, Dirección, según corresponda), en los ítems de: (i) personal, ii) bienes y servicios de consumo, iii) inversión, iv) transferencias y v) otros.

Corresponde al presupuesto inicial aprobado en la Ley de Presupuestos del año respectivo.

Notas:

(1) Gasto devengado corresponde a todos los recursos y obligaciones en el momento que se generen, independientemente de que éstas hayan sido o no percibidas o pagadas. (Fuente: Normativa del Sistema de Contabilidad General de la Nación - Oficio C.G.R. N° 60.820, de 2005).

(2) Ver Anexo II de documento "Evaluación Ex-post: Conceptos y Metodologías", División de Control de Gestión, DIPRES, 2015; en http://www.dipres.gob.cl/594/articulos-135135_doc_pdf.pdf

A efectos de comparar presupuestos y gastos, éstos deben ser expresados en moneda de igual valor. Para actualizar los valores en pesos nominales a valores en pesos reales del año 2016, deberá multiplicar los primeros por los correspondientes factores señalados en la siguiente tabla:

Cuadro N°1
Presupuesto Inicial y Gasto Devengado de la Institución
Responsable del programa
(en miles de pesos año 2016)

AÑO 2012	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado	
		Monto	%
Personal	42.805.386	n/d	#jDIV/0!
Bienes y Servicios de Consumo	105.307.399	n/d	#jDIV/0!
Inversión	0	n/d	#jDIV/0!
Transferencias	842.385.247	n/d	0%
ST 29 (Adquisición de activo no financiero)	239.059		#jDIV/0!
TOTAL	990.737.089	n/d	0%

Fuente: Programa Vida Sana, MINSAL

AÑO 2013	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado	
		Monto	%
Personal	43.763.785	n/d	#jDIV/0!
Bienes y Servicios de Consumo	112.350.362	n/d	#jDIV/0!
Inversión	0		#jDIV/0!
Transferencias	938.541.438	n/d	0%
ST 29 (Adquisición de activo no financiero)	0		#jDIV/0!
TOTAL	1.094.655.584	n/d	0%

Fuente: Programa Vida Sana, MINSAL

AÑO 2014	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado	
		Monto	%
Personal	44.670.513	n/d	#jDIV/0!
Bienes y Servicios de Consumo	114.248.185	n/d	#jDIV/0!
Inversión	0	n/d	#jDIV/0!
Transferencias	994.888.098	n/d	0%
ST 29 (Adquisición de activo no financiero)	287.613		#jDIV/0!
TOTAL	1.154.094.408	n/d	0%

Fuente: Programa Vida Sana, MINSAL

AÑO 2015		Gasto Devengado	
		Monto	%
Personal	49.701.870	n/d	#jDIV/0!
Bienes y Servicios de Consumo	112.658.703	n/d	#jDIV/0!
Inversión	0	n/d	#jDIV/0!
Transferencias	1.105.286.325	n/d	0%
ST 29 (Adquisición de activo no financiero)	94.989		#jDIV/0!
TOTAL	1.267.741.887	n/d	0%

Fuente: Programa Vida Sana, MINSAL

AÑO 2016	Presupuesto Inicial
Personal	\$52.585.938
Bienes y Servicios de Consumo	\$129.840.333
Inversión	0
Transferencias	\$ 1.187.451.156
ST 29 (Adquisición de activo no financiero)	\$699.575
TOTAL	1.370.577.002

Fuente: Programa Vida Sana, MINSAL

II. Información específica del programa, período 2012 – 2016 (en miles de pesos año 2016)

2.1. Fuentes de financiamiento del programa

Corresponde incluir las fuentes de financiamiento del programa, sus montos (presupuesto) y porcentajes respectivos.

Si no se cuenta con información de presupuesto para alguno de los ítemes, incluir información de gastos, explicitando esto en una nota al pie del cuadro.

Las fuentes a considerar son las que se describen a continuación:

1) Fuentes presupuestarias:

Corresponden al presupuesto asignado en la Ley de Presupuestos de los respectivos años.

A efectos de comparar presupuestos y gastos, éstos deben ser expresados en moneda de igual valor. Para actualizar los valores en pesos nominales a valores en pesos reales del año 2015, deberá multiplicar los primeros por los correspondientes factores señalados en la siguiente tabla:

(b) Asignación institución responsable: son los recursos financieros aportados al programa por la institución responsable del mismo y que están consignados en la Ley de Presupuestos en el ítem 21 "Gastos en Personal", ítem 22 "Bienes y Servicios de Consumo", ítem 29 "Adquisición de Activos No Financieros" u otros, del presupuesto de dicha institución responsable. Ver clasificadores presupuestarios en documento "Instrucciones para Ejecución del Presupuesto del Sector Público" en http://www.dipres.gob.cl/594/articles-134517_doc_pdf.pdf

(c) Aportes en Presupuesto de otras instituciones públicas: son los recursos financieros incorporados en el presupuesto de otros organismos públicos (Ministerios, Servicios y otros), diferentes de la institución responsable del programa. Corresponderá incluir el detalle de dichos montos identificando los organismos públicos que aportan.

2) Fuentes Extrapresupuestarias:

Son los recursos financieros que **no provienen** del Presupuesto del Sector Público, tales como: aportes de Municipios, organizaciones comunitarias, los propios beneficiarios de un programa, sector privado o de la cooperación internacional. Corresponderá elaborar las categorías necesarias e incluir el detalle de los montos provenientes de otras fuentes de financiamiento, identificando cada una de ellas.

Cuadro N°2
Fuentes de financiamiento del
programa (en miles de pesos año
2016)

Fuentes de Financiamiento	2012		2013		2014		2015		2016		Variación 2012-2016
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	%
1. Presupuestarias	3.385.193	100	4.089.626	100	4.379.250	100	6.507.825	100	9.170.879	100	162%
1.1. Asignación específica al programa	3.385.193	100	4.089.626	100	4.379.250	100	5.870.503	90	8.186.229	89	134%
1.2. Asignación institución responsable (item 21, 22 y 29, entre otros)	0	0	0	0	0	0	637.322	10	984.650	11	49% ²⁹¹
1.3. Aportes en presupuesto de otras instituciones públicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!
2. Extrapresupuestarias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!
2.1 Otras fuentes, sector privado, aportes de beneficiarios, organismos internacionales, etc.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total	\$ 3.385.193	100	4.089.626	100	4.379.250	100	6.507.825	100	9.170.879	100	162%

Fuente: Programa Vida Sana – MINSAL

II. Información específica del programa, período 2012-2016
(En miles de pesos 2016)

A. Información del programa asociada a recursos provenientes de asignación específica.

2.2 Información presupuestaria del programa respecto del Presupuesto de la Institución Responsable

En la primera columna, se incluye los montos del presupuesto inicial de la Institución Responsable, considerando la totalidad de los recursos institucionales. Las cifras de este cuadro coinciden con los totales anuales del Cuadro N°1 "Presupuesto inicial y gasto devengado de la Institución Responsable del programa".

En la segunda columna, se incluye los montos del presupuesto inicial del programa, sólo provenientes de la asignación específica al programa y de la asignación de la institución responsable. Las cifras coinciden con la suma de los puntos 1.1. y 1.2. del Cuadro N°2 "Fuentes de Financiamiento del programa".

²⁹¹ Corresponde a la variación entre los años 2015 y 2016.

Cuadro N°3
Presupuesto del
programa respecto del
Presupuesto de la
Institución Responsable

Año	Presupuesto inicial de la Institución responsable (Presupuesto Atención Primaria)	Presupuesto Inicial del programa	% Respecto del presupuesto inicial de la institución responsable
2012	\$ 990.737.089	\$ 3.385.193	0,34%
2013	\$ 1.094.655.584	\$ 4.089.626	0,37%
2014	\$ 1.154.094.408	\$ 4.379.250	0,38%
2015	\$ 1.267.741.887	\$ 6.507.825	0,55%
2016	\$ 1.370.577.002	\$ 9.170.879	0,67%

Fuente: Programa Vida Sana – MINSAL

II. Información específica del programa, período 2012 – 2016
(En miles de pesos año 2016)

2.3. Presupuesto inicial y gasto devengado del programa

Se debe señalar el total de presupuesto y gasto del programa en evaluación, desagregado en los ítemes de: (i) personal, (ii) bienes y servicios de consumo, (iii) inversión, y (v) otros, los que se pide identificar. En la medida que esto no sea posible, por estar algunos o la totalidad de estos ítemes en clasificaciones presupuestarias más amplias, se debe realizar la estimación correspondiente, asumiendo el programa respectivo como un Centro de Costos (adjuntar anexo de cálculo y supuestos de dicha estimación).

En la segunda columna, corresponde incluir los montos del presupuesto inicial del programa, sólo provenientes de la asignación específica al programa y de la asignación de la institución responsable (Las cifras deben coincidir con la suma de los puntos 1.1. y 1.2. del Cuadro N°2).

El gasto devengado corresponde a todos los recursos y obligaciones en el momento que se generen, independientemente de que éstas hayan sido o no percibidas o pagadas (1). La información contenida en este punto debe ser consistente con la del Cuadro N°5 "Gasto Total del programa", en lo que se refiere a la columna de gasto devengado del presupuesto inicial.

Nota: (1) Fuente: Normativa del Sistema de Contabilidad General de la Nación - Oficio C.G.R. N° 60.820, de 2005.

A efectos de comparar presupuestos y gastos, éstos deben ser expresados en moneda de igual valor. Para actualizar los valores en pesos nominales a valores en pesos reales del año 2016, deberá multiplicar los primeros por los correspondientes factores señalados en la siguiente tabla:

Cuadro N°4
Presupuesto Inicial y Gasto Devengado del programa
(en miles de pesos año 2016)

AÑO 2012	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado del Presupuesto	
		Monto	%
Personal	\$ 0	\$ 0	
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 0	\$ 0	
Inversión	\$ 0	\$ 0	
Transferencias	\$ 3.385.193	\$ 3.385.193	100%
Total	\$ 3.385.193	\$ 3.385.193	100%

Fuente: Programa Vida Sana - MINSAL

AÑO 2013	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado del Presupuesto	
		Monto	%
Personal	\$ 0	\$ 0	
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 0	\$ 0	
Inversión	\$ 0	\$ 0	
Transferencias	\$ 4.089.626	\$ 4.089.626	100%
Total	\$ 4.089.626	\$ 4.089.626	100%

Fuente: Programa Vida Sana - MINSAL

AÑO 2014	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado del Presupuesto	
		Monto	%
Personal	\$ 0	\$ 0	
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 0	\$ 0	
Inversión	\$ 0	\$ 0	
Transferencias	\$ 4.379.250	\$ 4.379.250	100%
Total	\$ 4.379.250	\$ 4.379.250	100%

Fuente: Programa Vida Sana - MINSAL

AÑO 2015	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado del Presupuesto	
		Monto	%
Personal	\$ 637.322	\$ 637.322	100%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 44.151	\$ 39.587	90%
Inversión	\$ 0	\$ 0	
Transferencias	\$ 5.826.353	\$ 5.822.230	99,99%
Total	\$ 6.507.825	\$ 6.499.139	99,87%

Fuente: Programa Vida Sana - MINSAL

AÑO 2016	Presupuesto Inicial
Personal	\$ 920.343
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 64.307
Inversión	\$ 0
Transferencias	\$ 8.186.229
Total	\$ 9.170.879

Fuente: Programa Vida Sana – MINSAL

II. Información específica del programa, período 2012 – 2016 (En miles de pesos año 2016)

B. Información específica del programa asociada a todos los recursos con que cuenta

2.4 Gasto Total del programa

En este cuadro se debe incluir el total de gasto por año del programa, incluídos aquellos con cargo a los recursos aportados por otras instituciones públicas o provenientes de "Fuentes Extrapresupuestarias" (2.1. otras fuentes), señaladas en el cuadro N° 2.

En la primera columna, corresponde incluir el **gasto devengado del presupuesto asignado** en la Ley de Presupuestos. En otras palabras, este gasto es el financiado con los recursos consignados en los puntos 1.1. y 1.2. del Cuadro N°2 "Fuentes de Financiamiento del programa" y presentado en la primera columna del Cuadro 4.

A efectos de comparar presupuestos y gastos, éstos deben ser expresados en moneda de igual valor. Para actualizar los valores en pesos nominales a valores en pesos reales del año 2016, deberá multiplicar los primeros por los correspondientes factores señalados en la siguiente tabla:

En la tercera columna, el monto **total de gasto del programa** para cada año deberá ser igual al monto total del Cuadro N°8 "Gastos de Administración del programa y de Producción de los Componentes del programa" del respectivo año.

Cuadro N°5
Gasto Total del programa
(en miles de pesos año 2016)

AÑO	Gasto Devengado del Presupuesto	Otros Gastos	Total Gasto del programa
2012	\$ 3.385.193	\$ 0	\$ 3.385.193
2013	\$ 4.089.626	\$ 0	\$ 4.089.626
2014	\$ 4.379.250	\$ 0	\$ 4.379.250
2015	\$ 6.499.139	\$ 0	\$ 6.499.139

Fuente: Programa Vida Sana – MINSAL

II. Información específica del programa, período 2012 – 2016
(En miles de pesos año 2016)

En este cuadro se debe incluir el total de gasto por año del programa, incluidos aquellos con cargo a los recursos aportados por otras instituciones públicas o provenientes de las otras fuentes señaladas en el cuadro N° 2 (ingresos obtenidos, aportes privados, etc.) y presentado en la tercera columna del Cuadro 5. Se requiere desagregar en los subtítulos presupuestarios de: (i) personal, (ii) bienes y servicios de consumo, (iii) inversión, y (v) otros, los que se piden identificar. En la medida que esto no sea posible, por estar algunos o la totalidad de estos ítems en clasificaciones presupuestarias más amplias, se debe realizar la estimación correspondiente, asumiendo el programa respectivo como un Centro de Costos (adjuntar anexo de cálculo y supuestos de dicha estimación).

2.5 Gasto Total del programa, desagregado por Subtítulo

Cuadro N°6
Gasto Total del programa, desagregado por Subtítulo
(en miles de pesos año 2016)

A efectos de comparar presupuestos y gastos, éstos deben ser expresados en moneda de igual valor. Para actualizar los valores en pesos nominales a valores en pesos reales del año 2016, deberá multiplicar los primeros por los correspondientes factores señalados en la siguiente tabla:

AÑO 2012	Gasto Total del programa	%
Personal	\$ 0	0%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 0	0%
Inversión	\$ 0	0%
Transferencias	\$ 3.385.193	100%
Total	\$ 3.385.193	100%

Fuente: Programa Vida Sana - MINSAL

AÑO 2013	Gasto Total del programa	%
Personal	\$ 0	0%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 0	0%
Inversión	\$ 0	0%
Transferencias	\$ 4.089.626	100%
Total	\$ 4.089.626	100%

Fuente: Programa Vida Sana - MINSAL

AÑO 2014	Gasto Total del programa	%
Personal	\$ 0	0%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 0	0%
Inversión	\$ 0	0%
Transferencias	\$ 4.379.250	100%
Total	\$ 4.379.250	100%

Fuente: Programa Vida Sana - MINSAL

AÑO 2015	Gasto Total del programa	%
Personal	\$ 637.322	9,8%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 39.587	0,6%
Inversión	\$ 0	0%
Transferencias	\$ 5.822.230	89,6%
Total	\$ 6.499.139	100%

Fuente: Programa Vida Sana - MINSAL

II. Información específica del programa, período 2012 – 2016 (En miles de pesos año 2016)

2.6 Gasto de producción de los Componentes del programa

Se debe señalar el monto total de gastos involucrados en la producción de cada componente del programa (1). En los casos que corresponda se debe hacer la desagregación por región.

Los gastos de producción de los componentes del programa son aquellos directamente asociados a la producción de los bienes y/o servicios (componentes) del programa, tales como pago de subsidios, becas, prestaciones de salud, etc.
(1)

Nota:

(1) Ver Anexo II de documento "Evaluación Ex-post: Conceptos y Metodologías", División de Control de Gestión, DIPRES, 2015; en http://www.dipres.gob.cl/594/articles-135135_doc_pdf.pdf

Cuadro N°7
Gasto de producción de los Componentes del programa
(en miles de pesos año 2016)

AÑO 2012	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1		29.162	25.978	13.826	83.072	129.515	43.551	236.575	221.192	131.165	40.461	171.715	0	2.851	800.501	1.929.564
Componente 2		22.000	19.598	10.430	62.669	97.703	32.854	178.468	166.865	98.949	30.523	129.538	0	2.150	603.879	1.455.627
Total	\$ 0	51.161	45.577	24.256	145.741	227.218	76.405	415.044	388.057	230.114	70.984	301.254	0	5.001	1.404.379	3.385.192

Fuente: Programa Vida Sana – MINSAL

Distribución financiera de cada año por componente se realiza basado proporcionalmente en la población distribuida por componente.

AÑO 2013	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	7.943	31.772	43.768	15.887	95.954	148.298	53.301	271.027	249.018	267.286	46.468	242.027	0	7.943	891.299	2.371.991
Componente 2	5.751	23.007	31.693	11.503	69.483	107.388	38.594	196.259	180.322	193.551	33.648	175.261	0	5.751	645.422	1.717.635
Total	13.695	54.778	75.461	27.390	165.437	255.687	91.895	467.286	429.340	460.838	80.116	417.288	0	13.695	1.536.720	4.089.626

Fuente: Programa Vida Sana – MINSAL

Distribución financiera de cada año por componente se realiza basado proporcionalmente en la población distribuida por componente.

AÑO 2014	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	0	30.733	29.011	16.379	101.126	150.047	57.856	281.995	292.237	265.615	56.989	273.067	0	14.286	970.625	2.539.966
Componente 2	0	22.255	21.007	11.859	73.231	108.655	41.895	204.202	211.621	192.341	41.267	197.738	0	10.346	702.866	1.839.284
Total	0	52.988	50.018	28.238	174.357	258.702	99.752	486.197	503.858	457.956	98.256	470.805	0	24.632	1.673.491	4.379.250

Fuente: Programa Vida Sana – MINSAL

Distribución financiera de cada año por componente se realiza basado proporcionalmente en la población distribuida por componente.

AÑO 2015	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	23.606	71.732	30.978	34.490	134.793	285.552	158.925	439.953	386.618	296.001	80.278	301.117	95.083	24.755	1.080.664	3.444.545
Componente 2	20.934	63.611	27.470	30.586	119.533	253.226	140.933	390.146	342.850	262.492	71.190	267.029	84.319	21.952	958.323	3.054.595
Total	44.540	135.343	58.448	65.076	254.325	538.778	299.858	830.099	729.469	558.493	151.468	568.145	179.402	46.707	2.038.987	6.499.139

Fuente: Programa Vida Sana – MINSAL

Distribución financiera de cada año por componente se realiza basado proporcionalmente en la población distribuida por componente.

II. Información específica del programa, período 2012 – 2016 **(En miles de pesos año 2016)**

2.7 Gastos de administración del programa y gastos de producción de los Componentes del programa

Corresponde señalar el desglose del gasto total del programa (incluidas todas las fuentes de financiamiento) en: (i) gastos de administración y (ii) gastos de producción de los componentes del programa.

Los **gastos de administración** se definen como todos aquellos desembolsos financieros que están relacionados con la generación de los servicios de apoyo a la producción de los componentes, tales como contabilidad, finanzas, secretaría, papelería, servicios de luz, agua, etc. (1).

Como se señaló anteriormente, los **gastos de producción** corresponden a aquellos directamente asociados a la producción de los bienes y/o servicios (componentes) del programa, tales como pago de subsidios, becas, prestaciones de salud, etc. (1).

A efectos de comparar presupuestos y gastos, éstos deben ser expresados en moneda de igual valor. Para actualizar los valores en pesos nominales a valores en pesos reales del año 2016, deberá multiplicar los primeros por los correspondientes factores señalados en la siguiente tabla:

Nota:

(1) Para aclarar la definición de "Gastos de Administración" y "Gastos de Producción" se sugiere revisar el capítulo XV de documento "Evaluación Ex-post: Conceptos y Metodologías", División de Control de Gestión, DIPRES, 2015; en http://www.dipres.gob.cl/594/articulos-135135_doc_pdf.pdf

Cuadro N°8

Gastos de administración y gastos de producción de los Componentes del programa **(en miles de pesos año 2016)**

AÑO	Gastos de administración²⁹²	Gastos de producción de los Componentes	Total Gasto del programa
2012	\$ 0	\$ 3.385.193	\$ 3.385.193
2013	\$ 0	\$ 4.089.626	\$ 4.089.626
2014	\$ 0	\$ 4.379.250	\$ 4.379.250
2015	\$ 393.018	\$ 6.499.139	\$ 6.499.139

Fuente: Programa Vida Sana - MINSAL

III. Metodología

En esta sección se debe especificar la metodología utilizada para el cálculo de la división del gasto total por ítem, así como de los gastos administrativos. En caso de que se trate de metodologías desarrolladas por la propia institución, el panel debe validarlas. En caso contrario, o bien si la metodología no es validada por el panel, éste debe realizar las estimaciones respectivas, señalando todos los supuestos utilizados en dichas estimaciones.

Esta sección del presente anexo debe ser completada en un archivo Word.

²⁹² No disponible para los años 2012, 2013 y 2014.

Los gastos de administración del programa se estimaron en base a los siguientes parámetros.

Gasto en personal

1. Estimación del gasto en personal en el nivel central de Ministerio de Salud que desempeña las funciones de administración y gestión del programa, año 2016. Para ello el programa valorizó las horas que los profesionales dedican al programa, lo que dio un resultado de M\$29.294 anuales.

2. Estimación del gasto en personal en los servicios de salud, que desempeñan las funciones de administración y gestión del programa. Para este cálculo se confeccionó un cuestionario que fue enviado desde el nivel central a los Servicios de Salud, obteniéndose respuesta de 23 de ellos (se consideraron 21 con respuestas válidas, ya que Iquique y Arauco respondieron sin datos). A fin de conocer la representatividad de conjunto de respuestas para proyectar el gasto nacional de servicios de salud, se consideró el parámetro del porcentaje de beneficiarios que atienden. El resultado obtenido señala que el conjunto de SS que dieron respuesta al cuestionario representan al 85% de ellos. De esa manera, se calculó la cifra de M\$ 356.290, gasto en personal de administración en servicios de salud.

Lo anterior totaliza M\$ 385.584 en personal al año.

Gasto en bienes y servicios de consumo

Esta estimación se realizó tomando como base el porcentaje de los bienes y servicios de consumo sobre el gasto en personal, que resulta de los recursos que el programa transfiere a los SS para la ejecución del programa en los centros de salud de su dependencia. En el año 2015 éste porcentaje resultó ser 5,9% lo que significa un gasto estimado de M\$ 22.550 anuales.

Con esta metodología se obtuvo un gasto de administración para el año 2015 estimado en M\$ 408.134.

**Anexo 6: Distribución de la población potencial
por Servicio de Salud y por grupo etario - Años 2012 – 2015**

Año 2012

Servicio de Salud	6 s 19 años	20 a 45 años	Total	%
Arica	14.561	16.819	31.380	1,2
Iquique	22.254	24.450	46.704	1,8
Antofagasta	28.634	34.736	63.370	2,5
Atacama	20.840	24.252	45.092	1,8
Coquimbo	48.592	57.934	106.526	4,2
Aconcagua	18.924	22.975	41.899	1,7
Viña del Mar - Quillota	59.904	76.413	136.318	5,4
Valparaíso – S. Antonio	34.122	43.583	77.705	3,1
M. Central	45.521	53.738	99.259	3,9
M. Norte	54.753	62.953	117.706	4,7
M. Occidente	93.222	114.061	207.283	8,2
M. Oriente	44.366	61.559	105.926	4,2
M. Sur	84.432	103.684	188.116	7,4
M. Sur Oriente	103.566	125.026	228.592	9,1
L. Bernardo O'Higgins	55.333	68.247	123.580	4,9
Maule	77.441	96.143	173.584	6,9
Ñuble	36.772	45.089	81.861	3,2
Concepción	38.708	50.079	88.787	3,5
Talcahuano	25.428	33.441	58.869	2,3
Arauco	13.891	15.770	29.661	1,2
Biobio	31.752	36.569	68.321	2,7
Araucanía Norte	15.711	18.512	34.222	1,4
Araucanía Sur	56.627	66.426	123.053	4,9
Valdivia	30.910	37.561	68.471	2,7
Osorno	18.370	22.072	40.442	1,6
Llanquihue	46.645	57.304	103.949	4,1
Aisén	6.184	7.299	13.483	0,5
Magallanes	9.116	11.971	21.087	0,8
TOTAL	1.136.577	1.388.666	2.525.243	100,0

Fuente: Programa Vida Sana - MINSAL

Año 2013

Servicio de Salud	6 s 19 años	20 a 45 años	Total	%
Arica	14.554	16.817	31.371	1,2
Iquique	22.256	24.454	46.711	1,9
Antofagasta	28.638	34.745	63.382	2,5
Atacama	20.841	24.253	45.094	1,8
Coquimbo	48.604	57.945	106.549	4,2
Aconcagua	18.926	22.976	41.901	1,7
Viña del Mar Quillota	59.911	76.421	136.332	5,4
Valparaíso San Antonio	34.126	43.600	77.726	3,1
Metropolitano Norte	54.769	62.970	117.739	4,7
Metropolitano Occidente	93.272	114.133	207.405	8,2
Metropolitano Central	45.533	53.762	99.295	3,9
Metropolitano Oriente	44.450	61.689	106.139	4,2
Metropolitano Sur	83.658	102.351	186.008	7,4
Metropolitano Sur Oriente	101.515	122.761	224.276	8,9
Del Libertador B. O'Higgins	55.340	68.258	123.598	4,9
Del Maule	77.444	96.151	173.594	6,9
Ñuble	36.770	45.082	81.852	3,2
Concepción	38.706	50.127	88.834	3,5
Arauco	13.888	15.767	29.655	1,2
Talcahuano	25.159	32.933	58.092	2,3
Biobío	31.746	36.561	68.307	2,7
Araucanía Norte	15.711	18.508	34.219	1,4
Araucanía Sur	56.628	66.432	123.060	4,9
Valdivia	30.915	37.568	68.483	2,7
Osorno	18.372	22.067	40.440	1,6
Del Reloncaví	46.635	57.294	103.929	4,1
Aisén	6.183	7.297	13.480	0,5
Magallanes	9.114	11.972	21.087	0,8
TOTAL	1.133.665	1.384.896	2.518.561	100,0

Fuente: Programa Vida Sana - MINSAL

Año 2014

Servicio de Salud	6 a 19 años	20 a 55 años	Total	%
Arica	13.825	20.208	34.033	1,2
Iquique	22.464	33.774	56.238	1,9
Antofagasta	27.423	43.836	71.259	2,4
Atacama	20.285	31.939	52.224	1,8
Coquimbo	47.344	76.708	124.053	4,2
Aconcagua	18.438	30.624	49.061	1,7
Viña del Mar - Quillota	57.290	100.423	157.713	5,4
Valparaíso - San Antonio	33.008	58.776	91.785	3,1
M. Central	53.469	72.199	144.921	4,9
M. Norte	75.692	81.340	206.015	7,0
M. Occidente	35.605	152.238	96.655	3,3
M. Oriente	37.803	83.861	105.867	3,6
M. Sur	24.430	140.343	69.279	2,4
M. Sur Oriente	13.517	159.529	34.502	1,2
L. Bernardo O'Higgins	30.665	91.452	79.852	2,7
Maule	15.138	130.323	39.885	1,4
Ñuble	56.593	61.051	146.922	5,0
Concepción	29.525	68.064	79.105	2,7
Talcahuano	18.510	44.849	49.164	1,7
Arauco	29.106	20.985	75.646	2,6
Bío-Bío	13.921	49.186	37.082	1,3
Araucanía Norte	6.329	24.747	16.255	0,6
Araucanía Sur	9.008	90.329	25.261	0,9
Valdivia	44.169	49.580	116.367	4,0
Osorno	52.302	30.654	133.642	4,5
Llanquihue	91.276	46.540	243.514	8,3
Chiloé	42.996	23.161	126.857	4,3
Aisén	82.494	9.926	222.836	7,6

Magallanes	97.233	16.253	256.761	8,7
TOTAL	1.099.859	1.842.898	2.942.756	100,0

Fuente: Programa Vida Sana - MINSAL

Año 2015

Servicios de Salud	2 a 5 años	6 a 19 años	20 a 64 años	Total	%
Arica	6.164	16.643	27.459	50.266	1,5
Iquique	8.605	21.288	32.662	62.556	1,9
Antofagasta	9.546	27.041	44.400	80.987	2,4
Atacama	7.914	19.429	31.181	58.525	1,8
.Coquimbo	16.948	46.642	78.548	142.138	4,3
Aconcagua	6.407	17.885	31.969	56.261	1,7
Viña del Mar - Quillota	18.877	56.511	100.589	175.977	5,3
Valparaíso – San Antonio	10.801	32.700	61.441	104.942	3,1
M. Central	17.687	44.592	83.347	145.625	4,4
M. Norte	19.322	52.814	84.133	156.268	4,7
M. Occidente	29.522	87.292	149.152	265.966	8,0
M. Oriente	13.831	42.126	88.107	144.063	4,3
M. Sur	27.095	79.466	136.675	243.236	7,3
M. Sur Oriente	32.342	93.936	157.012	283.289	8,5
Lib. B. O'Higgins	17.581	53.523	93.424	164.528	4,9
Maule	24.527	74.358	132.851	231.736	6,9
Ñuble	10.566	34.615	63.175	108.355	3,2
Concepción	12.756	37.489	70.762	121.007	3,6
Talcahuano	7.501	23.044	43.655	74.200	2,2
Arauco	4.457	13.095	22.327	39.879	1,2
Bíobío	10.049	31.162	53.751	94.962	2,8
Araucanía Norte	4.130	15.175	26.449	45.755	1,4
Araucanía Sur	17.155	55.177	93.685	166.016	5,0
Valdivia	9.334	28.581	50.478	88.392	2,7
Osorno	6.191	18.074	30.555	54.820	1,6
Llanquihue	9.945	28.635	46.627	85.207	2,6
Chiloé	4.321	13.606	22.997	40.924	1,2
Aysén	2.160	6.284	11.987	20.431	0,6
Magallanes	3.039	8.834	16.290	28.163	0,8
TOTAL	368.765	1.080.018	1.885.694	3.334.477	100,0

Fuente: Programa Vida Sana - MINSAL

**Anexo 7: Distribución de la población objetivo por Servicio de Salud,
Años 2012 – 2015**

Año 2012

Servicio de Salud	15 a 19 años	20 a 44 años	Total	%
Arica	37	5.827	5.864	1,6
Iquique	384	11.234	11.618	3,1
Antofagasta	178	5.897	6.075	1,6
Atacama	140	4.847	4.987	1,3
Coquimbo	413	16.865	17.278	4,6
Valparaíso San Antonio	55	7.507	7.562	2,0
Viña del Mar Quillota	503	16.268	16.771	4,5
Aconcagua	97	4.354	4.451	1,2
Metropolitano Norte	540	13.190	13.730	3,6
Metropolitano Occidente	1.350	25.604	26.954	7,2
Metropolitano Central	424	12.359	12.783	3,4
Metropolitano Oriente	845	16.984	17.829	4,7
Metropolitano Sur	1.293	22.949	24.242	6,4
Metropolitano Sur Oriente	1.277	23.920	25.197	6,7
Del Libertador B. O´Higgins	451	15.246	15.697	4,2
Del Maule	601	23.674	24.275	6,4
Ñuble	2.225	46.667	48.892	13,0
Concepción	402	11.280	11.682	3,1
Arauco	1.018	15.916	16.934	4,5
Talcahuano	79	3.064	3.143	0,8
Biobío	306	6.976	7.282	1,9
Araucanía Norte	420	9.431	9.851	2,6
Araucanía Sur	190	4.561	4.751	1,3
Valdivia	315	12.099	12.414	3,3
Osorno	146	6.628	6.774	1,8
Del Reloncaví	277	5.225	5.502	1,5
Chiloé	242	6.144	6.386	1,7
Aisén	67	4.265	4.332	1,1
Magallanes	152	3.357	3.509	0,9
TOTAL	14.427	362.338	376.765	100,0

Fuente: Programa Vida Sana - MINSAL

Año 2013

Servicio de Salud	15 a 19 años	20 a 44 años	Total	%
Arica	53	5.832	5.885	1,5
Iquique	429	13.615	14.044	3,5
Antofagasta	122	8.444	8.566	2,1
Atacama	136	4.576	4.712	1,2
Coquimbo	383	17.098	17.481	4,4
Valparaíso San Antonio	76	8.487	8.563	2,1
Viña del Mar Quillota	510	16.140	16.650	4,1
Aconcagua	74	4.455	4.529	1,1
Metropolitano Norte	444	14.706	15.150	3,8
Metropolitano Occidente	1.965	32.584	34.549	8,6
Metropolitano Central	263	10.823	11.086	2,8
Metropolitano Oriente	718	15.252	15.970	4,0
Metropolitano Sur	1.084	23.288	24.372	6,1
Metropolitano Sur Oriente	1.274	23.465	24.739	6,2
Del Libertador B. O'Higgins	275	15.905	16.180	4,0
Del Maule	761	24.419	25.180	6,3
Del Biobío	2.668	49.208	51.876	12,9
Ñuble	569	12.857	13.426	3,3
Concepción	848	15.377	16.225	4,0
Arauco	454	3.821	4.275	1,1
Talcahuano	402	7.520	7.922	2,0
Biobío	395	9.633	10.028	2,5
Araucanía Norte	87	4.663	4.750	1,2
Araucanía Sur	331	13.031	13.362	3,3
Valdivia	150	6.986	7.136	1,8
Osorno	197	5.715	5.912	1,5
Del Reloncaví	166	7.846	8.012	2,0
Chiloé	88	4.344	4.432	1,1
Aisén	181	3.227	3.408	0,8
Magallanes	16	3.300	3.316	0,8
TOTAL	15.119	386.617	401.736	100,0

Fuente: Programa Vida Sana - MINSAL

Año 2014

Servicio de Salud	15 a 19 años	20 a 44 años	Total	%
Arica	75	4.630	4.705	1,2
Iquique	372	14.505	14.877	3,7
Antofagasta	94	6.817	6.911	1,7
Atacama	109	4.570	4.679	1,2
Coquimbo	390	16.623	17.013	4,2
Valparaíso San Antonio	111	7.937	8.048	2,0
Viña del Mar Quillota	451	16.070	16.521	4,1
Aconcagua	60	4.991	5.051	1,2
Metropolitano Norte	444	14.513	14.957	3,7
Metropolitano Occidente	1.628	31.390	33.018	8,1
Metropolitano Central	201	10.401	10.602	2,6
Metropolitano Oriente	634	15.047	15.681	3,9
Metropolitano Sur	493	22.133	22.626	5,6
Metropolitano Sur Oriente	739	20.284	21.023	5,2
Del Libertador B. O'Higgins	211	15.255	15.466	3,8
Del Maule	1.433	26.951	28.384	7,0
Ñuble	2.305	49.074	51.379	12,7
Concepción	327	12.128	12.455	3,1
Arauco	829	15.551	16.380	4,0
Talcahuano	596	3.643	4.239	1,0
Biobío	263	7.696	7.959	2,0
Araucanía Norte	290	10.056	10.346	2,6
Araucanía Sur	106	4.796	4.902	1,2
Valdivia	362	13.959	14.321	3,5
Osorno	431	8.016	8.447	2,1
Del Reloncaví	431	8.016	8.447	2,1
Chiloé	223	7.358	7.581	1,9
Aisén	181	7.034	7.215	1,8
Magallanes	84	4.222	4.306	1,1
S/Identif.	170	7.736	7.906	1,9
Total	14.043	391.402	405.445	100

Fuente: Programa Vida Sana – MINSAL

Año 2015

Servicio de Salud	2 a 9 años	10 a 19 años	20 a 64 años	Total	%
Arica	2.814	53	12.902	15.769	1,8
Iquique	4.879	273	19.986	25.138	2,9
Antofagasta	4.462	99	12.703	17.264	2,0
Atacama	5.086	55	7.900	13.041	1,5
Coquimbo	11.452	338	31.063	42.853	4,9
Valparaíso San Antonio	7.642	103	14.272	22.017	2,5
Viña del Mar Quillota	12.278	356	25.791	38.425	4,4
Aconcagua	3.812	50	9.416	13.278	1,5
Metropolitano Norte	10.362	364	25.163	35.889	4,1
Metropolitano Occidente	15.024	1.251	49.827	66.102	7,6
Metropolitano Central	9.135	108	19.884	29.127	3,3
Metropolitano Oriente	9.856	327	27.484	37.667	4,3
Metropolitano Sur	17.611	510	37.672	55.793	6,4
Metropolitano Sur Oriente	18.694	536	33.305	52.535	6,0
Del Libertador B. O'Higgins	14.343	171	24.251	38.765	4,5
Del Maule	16.242	830	45.219	62.291	7,2
Ñuble	7.684	281	18.361	26.326	3,0
Concepción	9.922	759	28.324	39.005	4,5
Arauco	4.158	74	5.441	9.673	1,1
Talcahuano	4.553	167	13.201	17.921	2,1
Biobío	9.067	303	16.478	25.848	3,0
Araucanía Norte	4.132	364	25.163	29.659	3,4
Araucanía Sur	15.276	510	37.672	53.458	6,1
Valdivia	8.846	196	13.850	22.892	2,6
Osorno	7.394	173	12.174	19.741	2,3
Del Reloncaví	11.855	86	12.846	24.787	2,9
Chiloé	4.517	103	8.823	13.443	1,5
Aisén	4.900	145	6.103	11.148	1,3
Magallanes	2.892	92	6.848	9.832	1,1
TOTAL	258.888	8.677	602.122	869.687	100,0

Fuente: Programa Vida Sana - MINSAL

Anexo 8: Programas reforzamiento atención primaria

N°	LINEA PROGRAMATICA	COMPONENTES
1	APOYO A LA GESTION EN EL NIVEL PRIMARIO DE SALUD EN ESTABL. DEPENDIENTES DE LOS SS (ex CV, MEJORAMIENTO, COMPLEMENTARIO GES)	APOYO A LA GESTION EN EL NIVEL PRIMARIO DE SALUD EN ESTABL. DEPENDIENTES DE LOS SS (ex CV, MEJORAMIENTO, COMPLEMENTARIO GES)
2	ACOMPAÑAMIENTO NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES DE FAMILIAS CON ALTO RIESGO PSICOSOCIAL EN LA APS	ACOMPAÑAMIENTO NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES DE FAMILIAS CON ALTO RIESGO PSICOSOCIAL EN LA APS
3	APOYO A LA GESTION LOCAL	APOYO A LA GESTION LOCAL
4	ATENCION INTEGRAL DE SALUD MENTAL	ATENCION INTEGRAL DE SALUD MENTAL
5	ESPACIOS AMIGABLES	ESPACIOS AMIGABLES
6	VIDA SANA - ALCOHOL	INTERVENCIONES BREVES EN ALCOHOL EX VIDA SANA - ALCOHOL
7	TELE-ELECTROCARDIOGRAFIA	TELE-ELECTROCARDIOGRAFIA
8	VIDA SANA: INTERVENCION EN FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	VIDA SANA: INTERVENCION EN FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
9	PUESTA EN MARCHA	PUESTA EN MARCHA
10	APLICACIÓN UNIVERSAL	APLICACIÓN UNIVERSAL
11	CONDUCTORES	CONDUCTORES
12	DESCTO. RETIRO LEY 20.157	DESCTO. RETIRO LEY 20.157
13	DESCTO. RETIRO LEY 20.589	DESCTO. RETIRO LEY 20.589
14	DESEMPEÑO COLECTIVO FIJO	DESEMPEÑO COLECTIVO FIJO
15	DESEMPEÑO COLECTIVO VARIABLE	DESEMPEÑO COLECTIVO VARIABLE
16	RETIRO ADELANTO	RETIRO ADELANTO
17	RETIRO COMPLEMENTO	RETIRO COMPLEMENTO
18	TECNICOS	TECNICOS
19	ZONA EXTREMA	ZONA EXTREMA
20	CAPACITACIÓN FUNCIONARIA	CAPACITACIÓN FUNCIONARIA
21	DESARROLLO RRHH	DESARROLLO RRHH
22	ESPECIALISTAS BASICOS 6 AÑOS	ESPECIALISTAS BASICOS 6 AÑOS
23	MISIONES DE ESTUDIO	MISIONES DE ESTUDIO
24	ADULTOS AUTOVALENTES	ADULTOS AUTOVALENTES
25	BUENAS PRÁCTICAS	BUENAS PRÁCTICAS
26	CECOSF	CECOSF
27	FORTALECIMIENTO SALUD FAMILIAR	FORTALECIMIENTO SALUD FAMILIAR
28	MANTENIMIENTO INFRAESTRUCTURA APS	MANTENIMIENTO INFRAESTRUCTURA APS
29	RCP CON DEA	RCP CON DEA
30	VACUNACIÓN ANTIINFLUENZA	VACUNACIÓN ANTIINFLUENZA
31	ACCIONES DE SALUD EN ESTABL. DEP. SS	ACCIONES DE SALUD EN ESTABL. DEP. SS
32	ANCORA	ANCORA
33	ASIGNACIÓN DESEMPEÑO DIFICIL	ASIGNACIÓN DESEMPEÑO DIFICIL
34	COMPRA FÁRMACOS	COMPRA FÁRMACOS
35	DESCTO. PER CÁPITA DEC 174	DESCTO. PER CÁPITA DEC 174
36	DIFERENCIAL SBMN	DIFERENCIAL SBMN

37	FONDO DE FARMACIA (FOFAR)	FONDO DE FARMACIA (FOFAR)
38	FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES	FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES
39	ONG	ONG
40	PER CAPITA BASAL	PER CAPITA BASAL
41	PERFECCIONAMIENTO EN EL EXTRANJERO	PERFECCIONAMIENTO EN EL EXTRANJERO
42	APOYO RADIOLOGICO EN NAC	APOYO RADIOLOGICO EN NAC
43	AVI	AVI
44	AVIA	AVIA
45	AVNI	AVNI
46	AVNIA	AVNIA
47	CHILE CRECE CONTIGO	CHILE CRECE CONTIGO
48	ERA	ERA
49	ESTÍMULO CESFAM	ESTÍMULO CESFAM
50	IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	IMÁGENES DIAGNÓSTICAS
51	INMIGRANTES	INMIGRANTES
52	IRA	IRA
53	IRA	IRA EN SAPUS
54	IRA	IRA MIXTAS
55	PILOTO SALUD ESCOLAR	PILOTO SALUD ESCOLAR
56	PLAN ARAUCANÍA	PLAN ARAUCANÍA
57	PUEBLOS INDÍGENAS	PUEBLOS INDÍGENAS
58	SALUD RURAL	SALUD RURAL
59	APOYO MUNICIPAL	APOYO MUNICIPAL
60	ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA	PAGO A CUIDADORES DE POSTRADOS
61	ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA	VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL
62	GES ODONTOLÓGICO	ODONTOLÓGICO 60 AÑOS
63	GES ODONTOLÓGICO	SALUD ORAL 6 AÑOS
64	GES ODONTOLÓGICO	SALUD ORAL EMBARAZADAS
65	GES ODONTOLÓGICO	URGENCIA ODONTOLÓGICA
66	MEJORAMIENTO ACCESO ODONTOLÓGICO	MEJORAMIENTO ACCESO 4° MEDIOS
67	MEJORAMIENTO ACCESO ODONTOLÓGICO	MEJORAMIENTO ACCESO ADULTOS
68	ODONTOLÓGICO INTEGRAL	APOYO ODONTOLÓGICO CECOSF
69	ODONTOLÓGICO INTEGRAL	CLINICAS MOVILES
70	ODONTOLÓGICO INTEGRAL	MÁS SONRISAS
71	ODONTOLÓGICO INTEGRAL	PROTESIS Y ENDODONCIA
72	REBAJA INCUMPLIMIENTO IAAPS	REBAJA INCUMPLIMIENTO IAAPS
73	REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD	ARTROSIS
74	REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD	REHABILITACIÓN INTEGRAL CON BASE COMUNITARIA
75	REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD	REHABILITACIÓN INTEGRAL OSTEOMUSCULAR
76	REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD	REHABILITACIÓN RURAL
77	RESOLUTIVIDAD EN APS	CIRUGIA MENOR
78	RESOLUTIVIDAD EN APS	ESPECIALIDADES AMBULATORIAS
79	RESOLUTIVIDAD EN APS	UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA OFTALMOLÓGICA

80	SAPU ADDF	SAPU ADDF
81	SEMBRANDO SONRISAS	SEMBRANDO SONRISAS
82	SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA (SAPU)	SAPU
83	SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA (SAPU)	SAPU DENTAL
84	SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA (SAPU)	SAPU VERANO
85	SERVICIO DE URGENCIA RURAL (SUR)	SERVICIO DE URGENCIA RURAL (SUR)

Fuente: Programa Vida Sana - MINSAL

**Anexo 9: Distribución de beneficiarios
por Servicio de Salud, por tramo etario 2012-2015**

Distribución de beneficiarios por Servicio de Salud, año 2012

Servicio de Salud	6 a 19 años	20 a 44 años	Total	%
Arica	0	0	0	0,0
Iquique	1	10	11	0,1
Antofagasta	0	0	0	0,0
Atacama	0	0	0	0,0
Coquimbo	333	169	502	4,0
Aconcagua	0	0	0	0,0
Viña del Mar Quillota	171	173	344	2,8
Valparaíso San Antonio	24	3	27	0,2
Metropolitano Norte	300	483	783	6,3
Metropolitano Occidente	1.298	665	1.963	15,8
Metropolitano Central	13	4	17	0,1
Metropolitano Oriente	178	189	367	3,0
Metropolitano Sur	757	799	1.556	12,5
Metropolitano Sur Oriente	738	728	1.466	11,8
Del Libertador B. O'Higgins	258	238	496	4,0
Del Maule	1.134	526	1.660	13,4
Ñuble	393	93	486	3,9
Concepción	553	434	987	8,0
Arauco	0	0	0	0,0
Talcahuano	204	266	470	3,8
Biobío	0	0	0	0,0
Araucanía Norte	146	57	203	1,6
Araucanía Sur	0	0	0	0,0
Valdivia	219	161	380	3,1
Osorno	123	101	224	1,8
Del Reloncaví	19	0	19	0,2
Chiloé	174	237	411	3,3
Aisén	0	0	0	0,0
Magallanes	37	0	37	0,3
TOTAL	7.073	5.336	12.409	100,0

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

Distribución de beneficiarios por Servicio de Salud, año 2013

Servicio de Salud	6 a 19 años	20 a 44 años	Total	%
Arica	0	0	0	0,0
Iquique	140	175	315	1,9
Antofagasta	37	26	63	0,4
Atacama	0	0	0	0,0
Coquimbo	469	166	635	3,8
Aconcagua	10	0	10	0,1
Viña del Mar Quillota	122	103	225	1,3
Valparaíso San Antonio	15	56	71	0,4
Metropolitano Norte	265	346	611	3,7
Metropolitano Occidente	682	268	950	5,7
Metropolitano Central	69	121	190	1,1
Metropolitano Oriente	315	275	590	3,5
Metropolitano Sur	1.339	1.044	2.383	14,3
Metropolitano Sur Oriente	788	595	1.383	8,3
Del Libertador B. O'Higgins	237	249	486	2,9
Del Maule	1.171	733	1.904	11,4
Ñuble	510	110	620	3,7
Concepción	505	580	1.085	6,5
Arauco	25	0	25	0,1
Talcahuano	109	172	281	1,7
Biobío	161	248	409	2,4
Araucanía Norte	215	81	296	1,8
Araucanía Sur	1.154	772	1.926	11,5
Valdivia	311	153	464	2,8
Osorno	303	356	659	3,9
Del Reloncaví	277	210	487	2,9
Chiloé	336	211	547	3,3
Aisén	0	0	0	0,0
Magallanes	98	0	98	0,6
TOTAL	9.663	7.050	16.713	100,0

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

Distribución de beneficiarios por Servicio de Salud, año 2014

Servicio de Salud	6 a 19 años	20 a 54 años	Total	%
Arica	0	0	0	0,0
Iquique	198	226	424	1,4
Antofagasta	32	34	66	0,2
Atacama	42	44	86	0,3
Coquimbo	711	337	1.048	3,4
Aconcagua	122	109	231	0,7
Viña del Mar Quillota	652	373	1.025	3,3
Valparaíso San Antonio	0	0	0	0,0
Metropolitano Norte	1.077	1.075	2.152	7,0
Metropolitano Occidente	3.069	926	3.995	12,9
Metropolitano Central	168	215	383	1,2
Metropolitano Oriente	489	362	851	2,7
Metropolitano Sur	1.424	1.346	2.770	8,9
Metropolitano Sur Oriente	1.402	1.278	2.680	8,7
Del Libertador B. O'Higgins	384	372	756	2,4
Del Maule	1.303	1.230	2.533	8,2
Ñuble	688	252	940	3,0
Concepción	657	694	1.351	4,4
Arauco	86	61	147	0,5
Talcahuano	666	698	1.364	4,4
Biobío	319	445	764	2,5
Araucanía Norte	274	240	514	1,7
Araucanía Sur	1.610	1.217	2.827	9,1
Valdivia	574	104	678	2,2
Osorno	647	386	1.033	3,3
Del Reloncaví	474	490	964	3,1
Chiloé	772	496	1.268	4,1
Aisén	0	0	0	0,0
Magallanes	84	25	109	0,4
Total	17.924	13.035	30.959	100,0

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

Distribución de beneficiarios por Servicio de Salud, año 2015²⁹³

Servicio de Salud	2 a 4 años	5 a 9 años	10 a 19 años	20 a 24 años	25 a 64 años	Mujeres posparto 10 a 19 años	Mujeres posparto 20 a 64 años	Total país	%
Arica	0	93	113	18	171	0	1	396	0,7
Iquique	178	181	189	62	358	1	1	970	1,8
Antofagasta	16	82	108	33	194	0	0	433	0,8
Atacama	80	54	89	31	168	0	0	422	0,8
Coquimbo	374	358	276	90	794	0	1	1.893	3,5
Aconcagua	191	276	242	101	764	0	0	1.574	2,9
Viña del Mar Quillota	449	393	383	104	646	0	9	1.984	3,6
Valparaíso S.Antonio	91	113	145	58	473	0	1	881	1,6
M. Norte	219	369	659	167	906	0	4	2.324	4,3
M. Occidente	438	1.040	1.311	272	1.189	6	29	4.285	7,9
M. Central	205	418	373	133	1.207	1	7	2.344	4,3
M. Oriente	255	263	544	184	1.100	1	5	2.352	4,3
M. Sur	724	564	915	269	1.690	1	19	4.182	7,7
M. Sur Oriente	425	534	738	229	1.201	1	4	3.132	5,7
Del L. B. O'Higgins	339	376	393	149	1.053	0	0	2.310	4,2
Del Maule	584	766	683	188	1.564	0	0	3.785	6,9
Ñuble	612	497	454	154	1.284	0	6	3.007	5,5
Concepción	377	580	570	176	699	0	0	2.402	4,4
Arauco	56	85	82	29	212	1	1	466	0,9
Talcahuano	215	311	280	159	1.064	1	6	2.036	3,7
Biobío	281	358	403	130	677	1	2	1.852	3,4
Araucanía Norte	308	169	141	64	455	0	0	1.137	2,1
Araucanía Sur	808	530	477	141	1.058	1	2	3.017	5,5
Valdivia	309	274	204	87	788	0	0	1.662	3,0
Osorno	413	264	183	74	514	10	20	1.478	2,7
Del Reloncaví	256	249	380	100	672	3	29	1.689	3,1
Chiloé	430	325	398	127	649	0	6	1.935	3,5
Aisén	69	1	19	9	124	0	0	222	0,4
Magallanes	65	112	63	16	103	0	0	359	0,7
Total	8.767	9.635	10.815	3.354	21.777	28	153	54.529	100,0

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

²⁹³ Datos enviados por el programa con fecha 20 de mayo de 2016.

**Anexo 10: Cobertura sobre población potencial por Servicio de Salud,
años 2012 – 2015**

Año 2012

Cobertura por SS.	2012		
	Pobl. Potencial	Beneficiarios	Cobertura P. Potencial
Arica	31.380	0	0,0
Iquique	46.704	11	0,0
Antofagasta	63.370	0	0,0
Atacama	45.092	0	0,0
Coquimbo	106.526	502	0,5
Aconcagua	41.899	0	0,0
Viña del Mar Quillota	136.318	344	0,3
Valparaíso San Antonio	77.705	27	0,0
Metropolitano Norte	123.580	783	0,6
Metropolitano Occidente	173.584	1.963	1,1
Metropolitano Central	81.861	17	0,0
Metropolitano Oriente	88.787	367	0,4
Metropolitano Sur	58.869	1.556	2,6
Metropolitano Sur Oriente	29.661	1.466	4,9
Del Libertador B. O'Higgins	68.321	496	0,7
Del Maule	99.259	1.660	1,7
Ñuble	117.706	486	0,4
Concepción	207.283	987	0,5
Arauco	105.926	0	0,0
Talcahuano	188.116	470	0,2
Biobío	228.592	0	0,0
Araucanía Norte	34.222	203	0,6
Araucanía Sur	123.053	0	0,0
Valdivia	68.471	380	0,6
Osorno	40.442	224	0,6
Del Reloncaví	103.949	19	0,0
Chiloé	n/d	411	n/d
Aisén	13.483	0	0,0
Magallanes	21.087	37	0,0
Total	2.525.243	12.409	0,5

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

Año 2013

Cobertura por SS.	2013		
	Pobl. Potencial	Beneficiarios	Cobertura P. Potencial
Arica	31.371	0	0,0
Iquique	46.711	315	0,7
Antofagasta	63.382	63	0,1
Atacama	45.094	0	0,0
Coquimbo	106.549	635	0,6
Aconcagua	41.901	10	0,0
Viña del Mar Quillota	136.332	225	0,2
Valparaíso San Antonio	77.726	71	0,1
Metropolitano Norte	117.739	611	0,5
Metropolitano Occidente	207.405	950	0,5
Metropolitano Central	99.295	190	0,2
Metropolitano Oriente	106.139	590	0,6
Metropolitano Sur	186.008	2.383	1,3
Metropolitano Sur Oriente	224.276	1.383	0,6
Del Libertador B. O'Higgins	123.598	486	0,4
Del Maule	173.594	1.904	1,1
Ñuble	81.852	620	0,8
Concepción	88.834	1.085	1,2
Arauco	29.655	25	0,1
Talcahuano	58.092	281	0,5
Biobío	68.307	409	0,6
Araucanía Norte	34.219	296	0,9
Araucanía Sur	123.060	1.926	1,6
Valdivia	68.483	464	0,7
Osorno	40.440	659	1,6
Del Reloncaví	103.929	487	0,5
Chiloé	n/d	547	n/d
Aisén	13.480	0	0,0
Magallanes	21.087	98	0,5
Total	2.518.561	16.713	0,7

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

Año 2014

Cobertura por SS.	2014		
	Pobl. Potencial	Beneficiarios	Cobertura P. Potencial
Arica	31.125	0	0,0
Iquique	51.337	424	0,8
Antofagasta	65.934	66	0,1
Atacama	48.007	86	0,2
Coquimbo	114.786	1.048	0,9
Aconcagua	45.423	231	0,5
Viña del Mar Quillota	146.863	1.025	0,7
Valparaíso San Antonio	85.664	0	0,0
Metropolitano Norte	106.805	2.152	2,0
Metropolitano Occidente	123.187	3.995	3,2
Metropolitano Central	226.161	383	0,2
Metropolitano Oriente	118.691	851	0,7
Metropolitano Sur	207.208	2.770	1,3
Metropolitano Sur Oriente	238.068	2.680	1,1
Del Libertador B. O'Higgins	134.758	756	0,6
Del Maule	191.556	2.533	1,3
Ñuble	90.002	940	1,0
Concepción	98.892	1.351	1,4
Arauco	64.701	147	0,2
Talcahuano	31.876	1.364	4,3
Biobío	73.953	764	1,0
Araucanía Norte	37.067	514	1,4
Araucanía Sur	136.287	2.827	2,1
Valdivia	73.630	678	0,9
Osorno	45.577	1.033	2,3
Del Reloncaví	69.709	964	1,4
Chiloé	34.418	1.268	3,7
Aisén	14.860	0	0,0
Magallanes	23.475	109	0,5
S/ identif.		0	0,0
Total	2.730.021	30.959	1,1

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

Año 2015

Cobertura por SS.	2015				
	Pobl. Potencial	Pobl. Objetivo	Beneficiarios	Cobertura P. Potencial	Cobertura P. Objetivo
Arica	50.266	15.769	396	0,8	2,5
Iquique	62.556	25.138	970	1,6	3,9
Antofagasta	80.987	17.264	433	0,5	2,5
Atacama	58.525	13.041	422	0,7	3,2
Coquimbo	142.138	42.853	1.893	1,3	4,4
Aconcagua	56.261	22.017	1.574	2,8	7,1
Viña del Mar Quillota	175.977	38.425	1.984	1,1	5,2
Valparaíso San Antonio	104.942	13.278	881	0,8	6,6
Metropolitano Norte	145.625	35.889	2.324	1,6	6,5
Metropolitano Occidente	156.268	66.102	4.285	2,7	6,5
Metropolitano Central	265.966	29.127	2.344	0,9	8,0
Metropolitano Oriente	144.063	37.667	2.352	1,6	6,2
Metropolitano Sur	243.236	55.793	4.182	1,7	7,5
Metropolitano Sur Oriente	283.289	52.535	3.132	1,1	6,0
Del Libertador B. O'Higgins	164.528	38.765	2.310	1,4	6,0
Del Maule	231.736	62.291	3.785	1,6	6,1
Ñuble	108.355	26.326	3.007	2,8	11,4
Concepción	121.007	39.005	2.402	2,0	6,2
Arauco	74.200	9.673	466	0,6	4,8
Talcahuano	39.879	17.921	2.036	5,1	11,4
Biobío	94.962	25.848	1.852	2,0	7,2
Araucanía Norte	45.755	29.659	1.137	2,5	3,8
Araucanía Sur	166.016	53.458	3.017	1,8	5,6
Valdivia	88.392	22.892	1.662	1,9	7,3
Osorno	54.820	19.741	1.478	2,7	7,5
Del Reloncaví	85.207	24.787	1.689	2,0	6,8
Chiloé	40.924	13.443	1.935	4,7	14,4
Aisén	20.431	11.148	222	1,1	2,0
Magallanes	28.163	9.832	359	1,3	3,7
Total	3.334.477	869.687	54.529	1,6	6,3

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

**Anexo 11: Distribución por Servicio de Salud, de los gastos administrativos
en personal
Año 2016 (miles de pesos 2016)**

Servicio de Salud / Comuna	Cargo	Profesión	N° de horas que, en promedio dedica al mes al programa	N° de meses que, en promedio, trabaja en un año para el programa	Costo año (M\$)
Arica					13.281
Arica	Referente programa Servicio de salud	Nutricionista	20	12	13.281
Atacama					739
Vallenar	Enc. "Vida Sana"	Nutricionista	12	8	739
Viña del Mar					14.024
La Calera	Referente Comunal	Nutricionista	8	12	448
La Calera	Kinesiólogo	Kinesiólogo	4	12	188
Nogales	Encargada Sala IRA - Encargada Vida Sana	Kinesióloga	22	11	1.324
Puchuncaví	referente PVS	Nutricionista	88	12	5.665
Quillota	Jefa Unidad de Convenios	Nutricionista	11	11	894
Quintero	Referente	Nutricionista	11	10	588
Zapallar	Nutricionista	Nutricionista	32	11	2.358
Viña del Mar	Encargada Vida Sana	Nutricionista	44	11	2.559
Valparaíso - San Antonio					10.435
San Antonio	Encargada comunal	Nutricionista	40	10	2.146
Valparaíso	Coordinador de Convenio	Trabajador Social	44	12	4.066
Dir SSVSA-Subdepto APS	Encargada de Convenio	Asesora	44	12	4.224
M. Norte					11.620
Independencia	Referente Servicio Salud	Kinesiologa	11	12	1.909
Colina	Encargado Comunal	Nutricionista	8	12	1.399
Conchalí	Encargado Comunal	Profesor Educación Física	11	12	1.128
Huechuraba	Encargado Comunal	Terapeuta Activ. Física y Profesor Educación Física	11	12	1.128
Independencia	Encargado Comunal	Nutricionista	11	12	1.164
Lampa	Encargado Comunal	Nutricionista	8	12	1.164

Servicio de Salud / Comuna	Cargo	Profesión	N° de horas que, en promedio dedica al mes al programa	N° de meses que, en promedio, trabaja en un año para el programa	Costo año (M\$)
Recoleta	Encargado Comunal	Nutricionista	11	12	1.164
Til Til	Encargado Comunal	Nutricionista	8	12	1.164
Quilicura	Encargado Comunal	Nutricionista	10	12	1.399
M. Oriente					6.000
Dirección SS	Asesora	Nutricionista	11	12	6.000
M. Central					15.972
Dir. SS	Referente Técnico Curso de Vida Adolescencia	Terapeuta Actividad Física	32	12	3.055
Santiago - Maipu - Cerrillos	Asesor Técnico Convenios	Kinesiólogo	44	3	726
Maipú Municipal	Referente Técnico Salud Mental	Psicologa	72	12	6.912
Santiago	Encargado de Salud, programa Santiago Sano	Médico cirujano	35	12	5.280
M. Sur					3.168
Paine	Encargada de programa	Trabajadora Social	11	12	3.168
M. Sur Oriente					2.875
Servicio de salud	Profesional asesor	Nutricionista	44	3	1.050
La Florida	Asesora Técnica Salud mental	Psicóloga	44	3	1.517
Puente Alto	Coordinador de Salud del Adulto y Adulto Mayor (CAAM)	Médico	8	2,5	308
L. B. O'Higgins					21.059
Codegua	Coordinación Comunal /Tratante PVS	Nutricionista			
Coltauco	Coordinación Comunal/Tratante PVS	Nutricionista			
Doñihue	Coordinación Local-Comunal /Tratante PVS	Nutricionista			
	Coordinación Local /Tratante PVS	Nutricionista			
La Estrella	Coordinación Comunal/Tratante PVS	Nutricionista	8 Hrs (sobre las 5 que paga el PVS)	11	475
Las Cabras	Coordinación Comunal /Tratante PVS	Nutricionista	4 hrs	12	310

Servicio de Salud / Comuna	Cargo	Profesión	N° de horas que, en promedio dedica al mes al programa	N° de meses que, en promedio, trabaja en un año para el programa	Costo año (M\$)
Malloa	Coordinación Comunal /Tratante PVS	Nutricionista	27 hrs	12	1.738
Mostazal	Coordinación Comunal /Tratante PVS	Nutricionista	25 hrs	12	1.799
Nancagua	Coordinación Comunal / ENC PVS	Nutricionista	8 Hrs (sobre las 5 que paga el PVS)	12	515
Nancagua	Tratante	Nutricionista	PAGA PVS	11	
Navidad	Coordinación Comunal/Tratante ENC PVS	Nutricionista			
Paredones	Coordinación /Tratante ENC PVS	Nutricionista			
Pumanque	Coordinación Comunal/Tratante ENC PVS	Nutricionista	8 hrs.	12	515
Quita de Tilcoco	Coordinación /Tratante ENC PVS	Nutricionista	0	0	0
Rancagua CESFAM 1	Coordinación Local / PVS	Nutricionista	3	12	184
Rancagua CESFAM 2	Coordinación Local/PVS	Nutricionista	3	12	184
Rancagua CESFAM 3	Coordinación Local/ PVS	Nutricionista	3	12	184
Rancagua CESFAM 4	Coordinación Local/PVS	Nutricionista	3	12	184
Rancagua CESFAM 5	Coordinación Local/PVS	Nutricionista	3	12	184
Rancagua CESFAM 6	Coordinación Local/PVS	Nutricionista	3	12	184
Rancagua / CORMUN	Coordinación Comunal /Tratante PVS	Nutricionista	44	12	2.537
Rengo /Rosario	Coordinación Local - Comunal /Tratante PVS	Nutricionista	16	12	1.344
Rengo /Rosario	Coordinación Local/Tratante PVS	Nutricionista			
Requinoa	Coordinación Local /Tratante PVS	Nutricionista			
San Fernando centro	Coordinación Local /Tratante ENC PVS	Nutricionista			
San Fernando Oriente	Coordinación Comunal Local/Tratante ENC PVS	Nutricionista			
San Vicente	Coordinación Comunal ENC PVS	Nutricionista	20 hrs	12	1.287
Santa Cruz	Coordinación Comunal /(2Tratantes)	Nutricionista	32 hrs.	12	1.745
Dirección SS-DAP	Coordinación Regional- ENC PVS	Nutricionista	60 hrs.	12	7.691

Servicio de Salud / Comuna	Cargo	Profesión	N° de horas que, en promedio dedica al mes al programa	N° de meses que, en promedio, trabaja en un año para el programa	Costo año (M\$)
Maule					30.871
Empedrado	Nutricionista coordinador	Nutricionista	15	12	1.260
Molina	Ejecutor y Coordinador	Nutricionista	11	12	708
Constitución	Encargada programa	Nutricionista	32	12	3.931
Romeral	Nutricionista	Nutricionista	25	12	1.704
Rauco	coordinadora de programa	Nutricionista	4	12	278
Licantén	Gestión	Nutricionista	16	12	1.029
Curepto	coordinadora de PVS	Nutricionista	8	12	492
San Clemente	Encargada Comunal PVS	Nutricionista	25	12	1.536
Talca	Asesor Comunal Gestión Clínica	Nutricionista	25	12	1.895
Curicó	Kinesióloga unidad de Gestión	Kinesióloga	20	12	1.455
Yerbas Buenas	Coordinadora	Nutricionista	32	12	2.060
Parral	Kinesióloga	Kinesióloga	95	12	4.143
Parral	Psicólogo	Psicólogo	95	12	4.573
Dirección Servicio de Salud	Asesor	Nutricionista	88	12	5.808
Ñuble					15.816
Chillán	Coordinadora Comunal	Nutricionista	12	12	1.080
Chillán	Coordinadora CESFAM Violeta Parra	Nutricionista	20	12	1.254
Coihueco	Coordinadora CESFAM Luis Montecinos	Nutricionista	4	12	317
Coihueco	Coordinadora CESFAM Coihueco	Nutricionista	16	12	922
DSSÑ	Encargada Programa Vida Sana	Nutricionista	145	12	9.182
DSSÑ	Asesora Programa Vida Sana	Nutricionista	48	12	3.061
Concepción					13.773
Concepción	Referente Administrativo	Matrona	8	12	708
San Pedro de la Paz	Asesora Técnica	Enfermera	44	12	3.887
Chiguayante	Asesora Técnica DAS	Nutricionista	12	12	864
SS Concepción	Jefe Dpto. Gestión	Kinesiólogo	10	12	1.411
SS. Concepción	Enc. contable convenios	Contador	10	12	480

Servicio de Salud / Comuna	Cargo	Profesión	N° de horas que, en promedio dedica al mes al programa	N° de meses que, en promedio, trabaja en un año para el programa	Costo año (M\$)
Coronel	Enc. de remuneraciones	Ing. en RRHH	20	12	241
Lota	Referente Técnico	ENFERMERA	8	12	2.970
Hualqui	Encargada de convenios	Ingeniero en adm	4	12	241
Dirección Servicio Salud Concepción	Encargada Programa Vida Sana IFR.	Nutricionista	44	12	2.970
Talcahuano					6.286
Talcahuano	Encargado del SS Programa Vida Sana ECNT	Nutricionista	22	12	2.286
Penco	Encargada Comunal Programa Vida Sana ECNT	Nutricionista	11	12	571
Tome	Encargada Comunal Programa Vida Sana ECNT	Nutricionista	11	12	571
Hualpen	Encargada Comunal Programa Vida Sana ECNT	Nutricionista	11	12	571
Talcahuano	Encargada Comunal Programa Vida Sana ECNT	Nutricionista	22	12	2.286
Bio Bio					19.478
Los Angeles	n/d	n/d	88	12	4.013
Cabrero	n/d	n/d	44	12	2.006
Laja	n/d	n/d	22	12	1.003
Negrete	n/d	n/d	22	12	1.003
Quilleco	n/d	n/d	22	12	1.003
Santa Bárbara	n/d	n/d	22	12	1.003
Tucapel	n/d	n/d	22	12	1.003
Yumbel	n/d	n/d	22	12	1.003
Dirección de Servicio	n/d	n/d	132	12	7.440
Araucanía Norte					12.709
Curacautín	Coordinadora	Nutricionista	0	12	0
Purén	Coordinadora	Nutricionista	20	12	1.056
Victoria	Nutricionista	Nutricionista	20	12	1.872
Lumaco	Encargada Programa Vida Sana	Nutricionista	20	12	4.380
Ercilla	Encargado	Nutricionista	20	11	856
Angol, Alemania	Nutricionista	Nutricionista, grado 14	8	12	1.638
Angol, Huequén	Encargado programa	Nutricionista	12	12	888

Servicio de Salud / Comuna	Cargo	Profesión	N° de horas que, en promedio dedica al mes al programa	N° de meses que, en promedio, trabaja en un año para el programa	Costo año (M\$)
Los Sauces	Encargado programa			12	
Renaico					
Angol, PDA					
Angol	Encargada SS	Nutricionista	40	12	2.019
Araucanía Sur					27.238
DSSAS	Nutricionista Dpto. APS y Red Asistencia SS	Nutricionista	100 Hrs Mes (25 hrs. semanales)	12	5.932
Temuco	Coordinación comunal programa vida sana	Nutricionista	88Hrs. Mes (22 hrs Semanales)	12	6.077
Lautaro	Coordinación comunal programa vida sana	Nutricionista	88Hrs. Mes (22 hrs Semanales)	12	10.800
Carahue	Coordinación comunal programa vida sana	Nutricionista	18Hrs. Mes (4.5 horas semanales)	12	1.176
Villarrica	Coordinación comunal programa vida sana	Nutricionista	47 Hrs. Mes (11.7 horas semanales)	10	3.254
Valdivia					6.598
Máfil	Encargada Promoción	Nutricionista	8	10	560
Lago Ranco	Encargada Promoción	TENS	8	11	415
Valdivia	Encargada del Programa Vida Sana Dirección de Servicio de Salud	Nutricionista	22 hrs	12	5.622
Reloncaví					13.034
Puerto Montt	Coordinadora comunal Programa Vida Sana	Nutricionista	88 horas	12	5.272
Llanquihue	Coordinadora comunal Programa Vida Sana	Nutricionista	32 horas	12	2.066
Puerto Montt	Coordinadora comunal Programa Vida Sana	Nutricionista	32 horas	12	2.066
DSS	Referente Programa Vida Sana	Nutricionista	44 horas	12	3.629
Chiloé					11.554
Castro	Gestión clínica	Nutricionista	11	12	842
Puqueldón	Contrato Definido	Psicóloga	32	12	960
Quinchao	Encargada PVS	Nutricionista	30	12	9.752
Magallanes					51.271
Punta Arenas	Nutricionista gestión y coordinación	Nutricionista	44	12	13.672

Servicio de Salud / Comuna	Cargo	Profesión	N° de horas que, en promedio dedica al mes al programa	N° de meses que, en promedio, trabaja en un año para el programa	Costo año (M\$)
	Nutricionista asistencial	Nutricionista	22	12	6.836
	Nutricionista asistencial	Nutricionista	22	12	6.836
	Nutricionista asistencial	Nutricionista	22	12	6.836
	Nutricionista asistencial	Nutricionista	11	12	3.418
	Nutricionista asistencial	Nutricionista	11	12	3.418
	Nutricionista asistencial	Nutricionista	11	12	3.418
	Nutricionista asistencial	Nutricionista	11	12	3.418
	Psicóloga asistencial	Psicóloga	11	6	1.709
	Psicóloga asistencial	Psicóloga	11	6	1.709

Fuente: Elaboración del panel en base a información Servicios de Salud

Anexo 12: Tipos de Equipos de Trabajo

CRITERIOS

1.- RRHH			
EQUIPO A		400	
Profesional categoría B nivel 10	Jornada	\$/Mes, 2016	Total CES (Centro de Salud)/Año, \$ 2016
Nutricionista	35	\$ 751.014	\$ 43.602.469
gestión	15	\$ 321.863	
Psicólogo	22	\$ 472.066	
Médico		\$ 2.404.000	
Profesor EF, Kinesiólogo o Terapeuta en AF	88	\$ 1.888.263	

EQUIPO B		200	
Profesional categoría B nivel 10	Jornada	\$/Mes, 2016	Total CES (Centro de Salud)/Año, \$ 2016
Nutricionista	18	\$ 386.236	\$ 22.058.725
gestión	8	\$ 171.660	
Psicólogo	11	\$ 236.033	
Médico		\$ 1.202.000	
Profesor EF, Kinesiólogo o Terapeuta en AF	44	\$ 944.132	

EQUIPO C		100	
Profesional categoría B nivel 10	Jornada	\$/Mes, 2016	Total CES (Centro de Salud)/Año, \$ 2016
Nutricionista	11	\$ 236.033	\$ 14.762.974
gestión	5	\$ 107.288	
Psicólogo	8	\$ 171.660	
Médico		\$ 601.000	
Profesor EF, Kinesiólogo o Terapeuta en AF	31	\$ 665.184	

EQUIPO D		50	
Profesional categoría B nivel 10	Jornada	\$/Mes, 2016	Total CES (Centro de Salud)/Año, \$ 2016
Nutricionista	4	\$ 85.830	\$ 4.162.856
Gestión	1	\$ 21.458	
Psicólogo	3	\$ 64.373	
Médico		\$ 300.500	
Profesor EF, Kinesiólogo o Terapeuta en AF	7	\$ 150.203	

EQUIPO E		50	
Profesional categoría B nivel 10	Jornada	\$/Mes, 2016	Total CES (Centro de Salud)/Año, \$ 2016
Nutricionista	5	\$ 107.288	\$ 7.252.742
gestión	2,5	\$ 53.644	
Psicólogo	4	\$ 85.830	
Médico		\$ 300.500	
Profesor EF, Kinesiólogo o Terapeuta en AF	15,5	\$ 332.592	

2. EXÁMENES

CANASTA EXAMENES	TARIFA ESTIMADA MINSAL , \$
GLICEMIA	
Perfil lipídico (colesterol total HDL, LDL , VLDL Y Triglicéridos)	
TOTAL	7.266

3.- INSUMOS PARA TALLERES

Costo unitario (conjunto de insumos necesario), \$/Año
2.024

4.- CAPACITACION

Costo capacitación/año de 20 horas por alumno; \$ (a)
83.040
(a): Fuente hora SENCE

Tarifa/Hora/CRL/2015 (con 3%). Nivel 11	PROFESIONAL	CONSULTAS	TALLERES
5.364	nutricionista	5 consultas 2* hora	5 para 15 personas de 1,5 hora
5.364	Psicólogo	2 consultas 1,5* hora	5 para 15 personas de 1,5 hora
5.364	Prof. Gestión	hora de gestión (solo profesionales en terreno)	
6.010	Médico	Por usuario atendido	
5.364	Profesor E.F., Kinesiólogo o terapeuta en actividad física		sesiones con 15 personas

Fuente: Programa Vida Sana - MINSAL