

**NOMBRE DEL PROGRAMA: MIDE TU PRESIÓN, CUIDA TU CORAZÓN. PROGRAMA DE AUTO MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL**

**PROGRAMA NUEVO - VERSIÓN: 2  
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA  
MINISTERIO DE SALUD**

### CALIFICACIÓN

Objetado técnicamente

### I. ANTECEDENTES

#### PROPÓSITO

Disminuir la descompensación de las personas con hipertensión arterial con diagnóstico reciente o mal manejo de su patología a través del auto monitoreo de la presión arterial.

#### DIAGNÓSTICO

Alta prevalencia de descompensación de las personas con hipertensión arterial relacionado con diagnóstico reciente y/o mal manejo de la patología.

Tal como se establece en la nueva Estrategia Nacional, en el mundo las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muertes a nivel mundial y un importante contribuyente a la discapacidad (1). Se estima que cada año mueren más de 18.6 millones de personas por ECV, representando el 31% del total de muertes en el mundo (2) y más de 500 millones de personas tendrían una ECV (3). En 2019, fueron responsables del 15,5% de la carga de enfermedad total (4).

Situación Nacional: Las enfermedades del sistema circulatorio se ubican entre las tres primeras causas de muerte en el país, ocupando el primer lugar en 2018 con 28.199 defunciones, lo que representó el 26,4% del total de muertes. Las tasas de mortalidad estandarizadas por edad han disminuido en un 23,5% entre 2009 y 2018 (desde 165,0 a 126,3 por 100.000 hab.). Destacan las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades isquémicas del corazón con 8.033 y 8.020 defunciones el 2018, ambas en un 7.5% respecto del total. La Encuesta Nacional de Salud 2016-17, mostró que el 41,2% de la población de 15 y más años tiene síndrome metabólico, lo que representa un aumento del 18% en relación con 2010. Según el Estudio de carga mundial de enfermedades de 2019, la presión arterial sistólica alta representó el 19,2% del total de muertes en 2019. Así, la hipertensión arterial se reconoce como el principal factor de riesgo de las enfermedades cardio-cerebrovasculares. La prevalencia nacional es de 27,6%, muy similar a lo observado en 2010, el 68.7% de las personas con HTA conoce su condición, el 60% está en tratamiento farmacológico, 50,5% en los hombres y 69,2% en las mujeres, y solo el 31.9% de las personas con sospecha de HTA tiene su PA controlada.

#### Impacto del COVID

El número de personas en control por HTA en el Programa de salud Cardiovascular (PSCV) disminuyó un 24% en junio 2021 comparado con los años 2017 al 2019, con 1.418.870 personas en control comparado con 1.868.634 personas en promedio anteriormente (5). Además, al evaluar el indicador de control en el grupo bajo control, un menor porcentaje de estas personas cumplió con las metas de compensación según edad (

ESTRUCTURA Y GASTO POR COMPONENTES			
Componente	Gasto estimado 2023 (Miles de \$ 2022)	Producción estimada 2023 (Unidad)	Gasto unitario estimado 2023 (Miles de \$ 2022)
Entrega de dispositivo de medición de presión arterial (DMPA) automático de automonitoreo	495.191	11.029 (dispositivos de medición de presión arterial entregado)	44,90
Servicios de capacitación dirigido a personal de salud	14.000	28 (talleres)	500,00
Entrega de material educativo impreso para usuario quien recibe el dispositivo de medición de presión arterial automático	8.823	44.116 (Material educativo: cuadernillo 12 carillas con contenido educativo y bitácora de registro de monitoreo de presión arterial)	0,20
Gasto Administrativo	10.563		
<b>Total</b>	<b>528.577</b>		
Porcentaje gasto administrativo	2%		

#### POBLACIÓN Y GASTO

Tipo de Población	Descripción	2023 (cuantificación)
Población Potencial	<p>Población bajo control en atención primaria en salud beneficiaria Fonasa que se encuentra descompensada (presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg) durante el año 2019.</p> <p>Se considera la población a diciembre del 2019 ya que es la última registrada más estable antes de pandemia</p>	801.102 Personas
Población Objetivo	<p>Se focaliza en las personas ingresadas al programa cardiovascular por hipertensión arterial descompensadas o que en el control con el equipo de salud de atención primaria se pesquisan muy descompensada es decir con una presión arterial mayor o igual de 160/100 durante el año 2019 a nivel nacional.</p>	260.859 Personas
Población Beneficiaria	<p>Los beneficiarios de identificarán como las personas ingresadas al programa cardiovascular por hipertensión arterial descompensadas o que en el control con el equipo de salud de atención primaria se pesquisan muy descompensada es decir con una presión arterial mayor o igual de 160/100 durante el año 2019 de los Servicios de salud seleccionados Arica, Antofagasta, Coquimbo, Aconcagua, Araucanía Norte, Araucanía Sur, Aysén.</p> <p>Se seleccionan estos Servicios de salud en la fase inicial, ya que son los que presentan mayor número de casos de ataque cerebrovascular e infarto agudo al miocardio según fuente de datos GRD por Servicios de salud.</p> <p>No hay valor el año 2024 debido a que la estrategia esta proyectada a 12 meses como piloto .</p>	44.116 Personas

Gasto por beneficiario 2023 (Miles de \$2022)	Cuantificación de Beneficiarios			
	2023 (Meta)	2024	2025	2026
12 por cada beneficiario (Personas)	44.116	0	0	0

Concepto	2023
Cobertura (Objetivo/Potencial)	33%
Cobertura (Beneficiarios/Objetivo)	17%

#### INDICADORES A NIVEL DE PROPÓSITO

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Dimensión	2023 (Estimado)
Compensación población objetivo de programa	Nº de personas que logran que logran compensación (presión arterial menor a 140/90 ) de las ingresadas al programa cardiovascular por hipertensión arterial descompensadas o que en el control con el equipo de salud de atención primaria se pesquistan muy descompensada es decir con una presión arterial mayor o igual de 160/100 durante el año 2023 de los Servicios de salud seleccionados Arica, Antofagasta, Coquimbo, Aconcagua, Araucanía Norte, Araucanía Sur, Aysén. dividido por el total de las personas ingresadas al programa cardiovascular por hipertensión arterial descompensadas o que en el control con el equipo de salud de atención primaria se pesquistan muy descompensada es decir con una presión arterial mayor o igual de 160/100 durante el año 2023 de los Servicios de salud seleccionados Arica, Antofagasta, Coquimbo, Aconcagua, Araucanía Norte, Araucanía Sur, Aysén.	Eficacia	70%
Porcentaje de compensación de la población bajo control total con hipertensión arterial de los servicios de salud seleccionados	Numero de personas bajo control en el programa cardiovascular con hipertensión arterial compensada (con presión arterial menor a 140/90 mmHg) de los 7 servicios de salud seleccionados en el año 2023 dividido por la suma de las personas bajo control con hipertensión arterial en el programa cardiovascular de los 7 servicios de salud seleccionados) en el año 2023 por 100	Eficacia	53%

#### INDICADORES A NIVEL DE COMPONENTES

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Dimensión	2023 (Estimado)
Entrega de dispositivos de medición de presión arterial (DMPA) automático validado de automonitoreo (uso doméstico) para la realización del automonitoreo de la presión arterial	Nº veces de entrega de DMPA a la población objetivo en un año dividido por el Nº de dispositivos disponibles a la población objetivo en un año	Eficiencia	3
Capacitaciones Realizadas a profesionales de salud del programa cardiovascular	(Nº de capacitaciones realizadas dividido por Nº de capacitaciones planificadas) x 100	Eficiencia	100%
Entrega de material educativo	En (Nº de material educativo entregado dividido por Nº de material educativo comprado) x 100	Eficiencia	80%

## II. EVALUACIÓN

### EVALUACIÓN GENERAL

El programa no cumple en términos de atingencia (pertinencia del diseño del programa para resolver el problema o la necesidad, en relación a la población que se ve afectada por dicho problema), coherencia (relación o vínculo entre sus objetivos, población a atender y su estrategia de intervención), ni en términos de consistencia (relación entre el diseño planteado y su posterior ejecución, analizada a partir de la definición de indicadores, del sistema de información y los gastos planificados). Se requiere que la institución proponente profundice en la especificación de ciertos elementos que se indican en adelante.

**Atingencia:** Se evidencia una limitada pertinencia del diseño del programa para resolver el problema o la necesidad identificada en relación con la población que se ve afectada, así como también sus causas y efectos.

**Coherencia:** Se observa una limitada relación entre los objetivos (fin, propósito y componentes), la población a atender y la estrategia de intervención propuesta. Se debe revisar la definición del propósito y algunos aspectos de definición de las poblaciones. La descripción del componente y la estrategia de intervención deben ser descritas en mayor profundidad.

**Consistencia:** Se observa una limitada relación entre el diseño y su posterior ejecución, analizada a partir de los indicadores y los gastos planificados. Los indicadores de propósito y complementarios presentan falencias que deben ser subsanadas. Se debe mejorar la descripción de los gastos del programa.

### EVALUACIÓN POR ÁMBITO

**Antecedentes del Programa:** El programa se vincula con la misión del servicio o institución pública responsable del programa, como así también con los objetivos y productos estratégicos institucionales declarados. No obstante, se deben citar correctamente las fuentes de información utilizadas, específicamente en el apartado donde se señala que el programa corresponde a compromisos contenidos en el Programa de Gobierno 2022-2026. Además, no se describen adecuadamente los productos estratégicos a los cuales se vincula este programa.

**Diagnóstico de la Necesidad del Programa:** El programa no describe de manera suficiente el problema o necesidad que busca resolver. Se debe describir qué se entiende por "alta prevalencia de descompensación" y precisar cuál es la población que se ve afectada por esa situación. Se sugiere revisar la pertinencia de distinguir entre hipertensión relacionada con diagnóstico reciente o mal manejo de la patología ya que pueden existir otros factores relacionados que no están siendo considerados.

En la evolución del problema no se presentan datos cuantitativos suficientes que permitan dimensionar el problema, la forma en que se ha presentado a través del tiempo y la caracterización de la población que se ve afectada por él. Además, si bien se presentan varios datos asociados a prevalencia, no se explicita cómo afecta la enfermedad a la población en riesgo, ni tampoco hay una explicación más allá de la entrega de datos, respecto al diagnóstico reciente y el mal manejo de la patología.

En el apartado respecto a si el problema o necesidad que aborda el programa afecta de manera particular a un grupo específico de la población no se justifica lo señalado. Si bien el programa puede ser de acceso universal y sin distinción, se debe realizar un análisis del problema en sí mismo, evidenciando la presencia de brechas y barreras que expresen desigualdades y/o exclusión social de distintos grupos de la población (mujeres, hombres, pueblos originarios, personas que habitan algún territorio específico, personas en situación de discapacidad o dependencia, personas migrantes, entre otros).

Respecto a las causas del problema, se menciona en una primera instancia el aumento del riesgo cardiovascular y de ataques cerebrovasculares e infarto agudo al miocardio, las cuales se constituyen como efectos y no como causas del problema (descompensación de la presión arterial). Luego se presentan causas multifactoriales que, si bien están correctamente identificadas, deben ser descritas en mayor profundidad de manera de poder verificar que sean abordadas por los componentes del programa. Las estrategias internacionales a las cuales se hace referencia se deben incorporar en el apartado de evidencias que permiten justificar el diseño de este nuevo programa y avalar la pertinencia de su intervención.

En el apartado de los efectos y/o consecuencias negativas se señala como efecto que el programa pretende evitar las descompensaciones de HTA. Sin embargo, esto corresponde al problema mismo ("alta prevalencia de descompensación"). En este sentido, se deben identificar aquellos efectos que se vinculan directamente del problema principal y que se esperan evitar producto de la implementación del programa tanto en el corto como en el largo plazo. Si bien se identifican algunas consecuencias negativas derivadas de la presión arterial elevada, se deben desarrollar en mayor profundidad y presentar datos o evidencia empírica que las respalden.

La evidencia de experiencias nacionales o internacionales se considera insuficiente para la justificación del diseño. Se debe presentar evidencia de experiencias y estudios que avalen la pertinencia y contribución al diseño para la solución del problema planteado, entregando una síntesis de los resultados obtenidos. Se deben presentar también aquellos aspectos que permitan demostrar la validez de este tipo de intervenciones para la resolución del problema identificado.

Todas las fuentes de información primarias y/o secundarias utilizadas en el apartado de diagnóstico deben ser incorporadas en la bibliografía, citadas según normas APA. Éstas deben ser adecuadas a lo que se busca dimensionar y estar actualizadas.

**Objetivo del Programa y Población:** El programa no logra definir correctamente el fin "Contribuir a la disminución del riesgo cardiovascular previniendo así morbilidad y mortalidad de la población objetivo", ya que éste debería constituirse como un objetivo de largo plazo vinculado a la política pública al que el programa favorece a la solución del problema planteado. En este sentido, el fin debe estar en un nivel jerárquico superior al del propósito del programa.

El propósito constituye una contribución parcial a la solución del problema identificado. En éste se plantea disminuir la descompensación de las personas con hipertensión arterial, mientras que en el problema se habla en términos de prevalencia. Se debe revisar coherencia entre el planteamiento del problema y el propósito del programa. Además, el propósito se debe redactar como una situación alcanzada en que los beneficiarios logran solucionar el problema que les afecta. Una vez modificada la población que presenta el problema debe adecuarse en el propósito, de manera que queden alineadas.

La población potencial debe considerar sólo su descripción, en la que se presentan las características de la población que se ve afectada por el problema. No se requiere incorporar datos acerca de su cuantificación, ya que esta información se debe presentar más adelante. En el caso que sólo se cuente con información de la población a diciembre del 2019, se debe realizar una proyección de la población estimada al 2023.

El programa define a la población objetivo que espera atender en el mediano plazo, pero no se incorporan criterios de focalización. Por el contrario, tal como está planteada en términos de su definición, la población objetivo sería mayor a la potencial. Por un lado, a las personas con hipertensión arterial "descompensadas" (presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg) se agregan aquellas "muy descompensadas" (presión arterial mayor o igual de 160/100). Por otro lado, ya no se hace referencia a que la población deba pertenecer a FONASA, sino que "a nivel nacional". Por lo tanto, no es claro cómo se cuantifica la población objetivo para el año 2023 en base a lo descrito anteriormente.

Para la definición de la población beneficiaria se deben considerar los comentarios de la evaluación realizados tanto a la población potencial como a la objetivo. La justificación de la selección de los servicios de salud en la fase inicial se debe incorporar en el diagnóstico, presentando información y datos relevantes para evidenciar la realidad que presentan determinados territorios sobre el problema principal. Por otro lado, no se señalan los mecanismos bajo los cuales los beneficiarios pueden acceder al programa. Por último, si bien la meta de producción de población beneficiaria se define sólo hasta el 2023 por el piloto del programa, se debe proyectar para los siguientes años.

**Estrategia del Programa:** Los componentes del programa se encuentran parcialmente descritos. En el primer componente "Entrega de dispositivo de medición de presión arterial (DMPA) automático de automonitoreo" se deben realizar los siguientes ajustes y/o precisiones:

- En el objetivo del componente se identifica como población a las personas con diagnóstico reciente de HTA o personas hipertensas que se encuentran muy descompensadas, lo cual no se condice con la definición de la población beneficiaria del programa.
- La causa que se atiende el componente es la descompensación de las personas con hipertensión y, tal como fue mencionado con anterioridad, esta es una definición que corresponde al problema principal.
- Respecto al bien o servicio provisto, se deben justificar los motivos por los cuales los dispositivos de medición de presión arterial se deben devolver al programa, considerando que la hipertensión se constituye como una enfermedad crónica.
- La definición de la población a la que se entrega el bien o servicio provisto se debe ajustar conforme a las recomendaciones realizadas en el objetivo del componente.
- Se requiere justificar el cálculo de la meta de producción del año 2023, ya que ésta es considerablemente inferior al total de la población beneficiaria.

En el segundo componente "Servicios de capacitación dirigido a personal de salud " se deben realizar los siguientes ajustes y/o precisiones:

- El objetivo del componente es formar a profesionales de salud encargados del programa en habilidades educativas vinculadas a la hipertensión arterial. Sin embargo, no se especifica qué tipo de profesionales participarán de las capacitaciones, cuántos y cómo se seleccionan.
- La "entrega formación en educación estructurada en adultos" se constituye como el servicio provisto y no como una causa del problema. Ésta última no fue identificada previamente en el apartado de diagnóstico.
- Especificar el contenido de los cuatro talleres que se realizarán por cada servicio de salud seleccionado y justificar el que cada taller cuente con una duración de 11 horas cronológicas (cómo están distribuidas, en qué modalidad se realizan, quiénes capacitan, qué temáticas abordan, qué profesionales participan, etc.).

- Se requiere mayor precisión al identificar la meta de producción del año 2023, ya que no es claro a qué tipo de talleres se hace referencia y qué se espera alcanzar con ellos.

En el tercer componente "Entrega de material educativo impreso para usuario quien recibe el dispositivo de medición de presión arterial automático" se deben realizar los siguientes ajustes y/o precisiones:

- Las causas asociadas al componente sobre el desconocimiento por parte de la población de la HTA, estilos de vida saludable, signos y síntomas de alerta, no fueron identificadas previamente en el apartado de diagnóstico. Debe existir coherencia entre las causas planteadas en el diagnóstico y aquellas que se vinculan con los componentes de la estrategia de intervención.

- Especificar en qué consiste el cuadernillo que se le entrega a los beneficiarios, cuál es el contenido educativo entregado por los profesionales de salud y si es que hay un seguimiento posterior del registro por parte éstos últimos.

- En la modalidad de producción se señala que la bitácora se entrega en el momento del ingreso junto al dispositivo de medición de presión arterial. Sin embargo, la cantidad de ambos materiales entregados no son coherentes entre sí, por lo que se debe revisar la meta de producción para cada componente.

- Finalmente se debe revisar el tiempo de duración del componente, ya que lo planteado no responde a lo solicitado.

La estrategia de intervención del programa se debe complementar según los ajustes realizados en la descripción del componente. En este apartado se debe precisar el flujo de intervención, señalando de principio a fin las acciones necesarias para entregar los bienes y servicios provistos a la población beneficiada, los pasos más relevantes del proceso y los actores relevantes con que se vincula el programa.

En particular, en el punto 1 se señala que la persona que ingresa a la intervención debe estar inscrita en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) y estar ingresada al Programa de Salud Cardiovascular, requisitos que no habían sido señalado previamente como criterios de priorización. Además, que el ingreso se puede dar tanto por contar con un diagnóstico reciente de HTA o tener presión arterial igual o mayor a 160/100, lo cual no es coherente con lo planteado en la definición de la población, ya que en ésta no se menciona el criterio de contar con diagnóstico reciente.

Se debe explicitar en cada componente y en la estrategia cuál es el tiempo de duración de la intervención, ya que no es claro que se señale que los beneficiarios egresarán del programa en 3 meses. El criterio de egreso planteado no es pertinente con la duración del programa, ni con el objetivo del programa.

En relación a las complementariedades externas se menciona a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, lo cual debe incorporarse en las articulaciones, ya que las primeras se refieren a los programas o intervenciones de otras instituciones o servicios públicos. Se consulta además por la complementariedad con el programa Fondo de Farmacia (FOFAR), al cual se hace referencia en el apartado de antecedentes. En general, se debe revisar la pertinencia de incorporar complementariedades internas y externas que aporten al logro del objetivo del programa.

En la incorporación de Enfoques de Derechos Humanos cabe precisar que no implica, tal como se señala en el formulario, que el programa discrimine por género, pertinencia territorial, condición migratoria, dependencia, discapacidad u origen étnico. La incorporación de perspectivas específicas exige un análisis de las distintas barreras de acceso vinculadas a la población que presenta el problema principal y la integración de acciones, o adecuaciones de la estrategia destinadas a abordarlas por parte del programa.

Por último, en los mecanismos de participación ciudadana se mencionan encuestas de satisfacción que deben ser incorporadas en la estrategia de intervención.

**Indicadores:** Respecto a los indicadores de propósito, ambos no cumplen en pertinencia ya que no permiten medir el cumplimiento de los objetivos del programa. Tampoco cumplen en calidad ya que presentan deficiencias en su formulación. Se solicita realizar los siguientes ajustes y/o precisiones:

- El primer indicador de propósito da cuenta del número de personas que logran la compensación de las personas ingresadas al programa. Sin embargo, considerando que el problema principal es la "alta prevalencia de descompensación de las personas con hipertensión arterial" y el propósito debiera plantearse en esa lógica, el indicador tendría que apuntar a medir la disminución de los niveles de prevalencia de la descompensación y no de la hipertensión en sí misma. Dicho en otras palabras, el programa debiera esperar que las personas no ingresen por descompensación, como resultado de la prevención, más que disminuir los altos niveles de presión.

- Revisar fórmula de cálculo del indicador, ya que no se incorporan paréntesis, año de medición y porcentaje.

- Se deben incorporar datos de cálculo para el año 2024, aun cuando el programa se constituya como piloto durante el 2023.

- En el segundo indicador de propósito se debe especificar a qué se refiere el programa con número de personas "bajo control" y en qué se diferencia del primer indicador de propósito, ya que ambos parecen apuntar al mismo objetivo.

- Revisar datos de cálculo del segundo indicador, ya que lo presentado no es coherente con el total de la población beneficiada para el año. El denominador, que corresponde al total de las personas bajo control, es 400.206. Esta cifra es incluso superior a la población objetivo, por lo que se debe revisar y ajustar.

Los indicadores complementarios no cumplen en pertinencia ya que no permiten medir la calidad de los servicios entregados en cada componente. Tampoco cumplen en calidad porque presentan deficiencias en su formulación. Se requiere realizar los siguientes ajustes y/o precisiones:

- En el primer indicador complementario se mide sólo el número de veces que se entrega el dispositivo, pero no el objetivo del componente. Se sugiere se plantee en relación al número de personas que recibe la entrega de dispositivos de medición de presión arterial y no la cantidad de veces que se entrega, ya que de esta forma no es posible determinar qué porcentaje de la población beneficiada pudo acceder a este servicio. Particularmente, considerando que cada persona puede acceder hasta 4 veces al dispositivo durante el año.

- El segundo indicador complementario mide el nivel de cumplimiento del componente en términos de su gestión (realizado en relación a lo programado) y no de los resultados de las capacitaciones realizadas.

- Se debe revisar nombre de indicador, ya que se debe precisar que éste corresponde al porcentaje de capacitaciones realizadas.

- La dimensión del indicador corresponde a eficacia y no a eficiencia, ya que éste último mide la relación entre los productos finales generados con respecto a los insumos o recursos utilizados. En definitiva, cuantifica lo que cuesta alcanzar el objetivo planteado.

- En el tercer indicador complementario se sugiere que la medición se realice en torno a la cantidad de personas que reciben el material educativo y no la cantidad de este material que es entregada, ya que de esta forma no es posible determinar qué porcentaje de la población beneficiada pudo acceder a este servicio.

- Se debe revisar nombre de indicador, ya que se debe precisar que éste corresponde al porcentaje de material educativo entregado.

- Al igual que en el indicador anterior, la dimensión corresponde a eficacia y no a eficiencia.

**Gastos:** Los gastos por componente se describen parcialmente. En el segundo componente se debe detallar qué incluye la compra de servicios de capacitación dirigido a personal de salud, del mismo modo en que en el tercer componente la compra de material educativo impreso para cada usuario.

El programa no presenta una descripción de los gastos administrativos. Se deben incluir todos los desembolsos que estén relacionados con la generación de servicios o actividades de apoyo a la producción de los componentes del programa. Por lo general, están vinculados con los sueldos del equipo directivo del programa, supervisores, adquisición de servicios informáticos, entre otros. Se debe señalar si estos gastos son existentes o adicionales en la institución.

Por último, la distribución del gasto total del programa por subtítulo no coincide con el que es presentado en el apartado de presupuesto. Se deben incluir los gastos administrativos en la distribución de los gastos por subtítulo.