

**INFORME FINAL DE EVALUACIÓN  
EVALUACIÓN PROGRAMAS GUBERNAMENTALES  
(EPG)**

**PROGRAMA Planes de Promoción de la Salud para  
Municipios, Comunas y Comunidades Saludables (MCCS)**

**MINISTERIO DE SALUD**

**SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA**

**PANELISTAS: PAMELA FRENK BARQUIN (COORDINADORA)  
VERÓNICA MONREAL ÁLVAREZ  
MARIO PARADA LEZCANO**

**La evaluación presentada en este informe fue elaborada por un Panel de evaluadores externos e independientes, seleccionados vía concurso público, y DIPRES no necesariamente comparte la visión y/o totalidad de las recomendaciones entregadas.**

**NOVIEMBRE 2020 - JUNIO 2021**

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>I. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA .....</b>	<b>5</b>
<b>1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA .....</b>	<b>5</b>
<b>2. CARACTERIZACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO .....</b>	<b>7</b>
<b>CARACTERIZACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO .....</b>	<b>7</b>
<b>3. ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS.....</b>	<b>8</b>
<b>II. EVALUACION DEL PROGRAMA .....</b>	<b>9</b>
<b>1. JUSTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA DEL PROGRAMA.....</b>	<b>9</b>
<b>2. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA.....</b>	<b>26</b>
<b>3. DESEMPEÑO DEL PROGRAMA: EFICACIA Y CALIDAD .....</b>	<b>35</b>
<b>3.1.EFICACIA A NIVEL DE COMPONENTES (PRODUCCIÓN DE BIENES O SERVICIOS) .....</b>	<b>35</b>
<b>3.2.COBERTURA DEL PROGRAMA .....</b>	<b>38</b>
<b>3.3.EFICACIA A NIVEL DE RESULTADOS INTERMEDIOS Y FINALES (CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DE PROPÓSITO Y FIN).....</b>	<b>39</b>
<b>3.4.CALIDAD (SATISFACCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS EFECTIVOS, OPORTUNIDAD, COMPARACIÓN RESPECTO A UN ESTÁNDAR) .....</b>	<b>41</b>
<b>4. ECONOMÍA .....</b>	<b>41</b>
<b>4.1.ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS.....</b>	<b>41</b>
<b>4.2.FUENTES Y USO DE RECURSOS FINANCIEROS .....</b>	<b>45</b>
<b>4.3.EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DEL PROGRAMA.....</b>	<b>59</b>
<b>4.4.APORTES DE TERCEROS .....</b>	<b>59</b>
<b>4.5.RECUPERACIÓN DE GASTOS .....</b>	<b>59</b>
<b>5. EFICIENCIA.....</b>	<b>60</b>

<b>5.1. A NIVEL DE ACTIVIDADES Y/O COMPONENTES .....</b>	<b>60</b>
<b>5.2. A NIVEL DE RESULTADOS INTERMEDIOS Y FINALES.....</b>	<b>75</b>
<b>5.3. GASTOS DE ADMINISTRACIÓN .....</b>	<b>75</b>
<b>III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>78</b>
<b>1. CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL.....</b>	<b>78</b>
<b>2. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>84</b>
<b>IV. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>87</b>
<b>V. ENTREVISTAS REALIZADAS .....</b>	<b>93</b>
<b>VI. ANEXOS DE TRABAJO.....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO 1: REPORTE SOBRE EL ESTADO Y CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA EVALUAR EL PROGRAMA .....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO 2(A): MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA .....</b>	<b>106</b>
<b>ANEXO 2(C): ANÁLISIS DE DISEÑO DEL PROGRAMA.....</b>	<b>114</b>
<b>A. RELACIONES DE CAUSALIDAD DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA (LÓGICA VERTICAL) 114</b>	
<b>B. SISTEMA DE INDICADORES DEL PROGRAMA (LÓGICA HORIZONTAL) .....</b>	<b>119</b>
<b>ANEXO 3: PROCESOS DE PRODUCCIÓN Y ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA .....</b>	<b>122</b>
<b>A. PROCESO DE PRODUCCIÓN DE CADA UNO DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS (COMPONENTES) QUE ENTREGA EL PROGRAMA.....</b>	<b>122</b>
<b>B. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN AL INTERIOR DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE Y CON OTRAS INSTITUCIONES.....</b>	<b>169</b>
<b>C. CRITERIOS DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS, MECANISMOS DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS Y MODALIDAD DE PAGO.....</b>	<b>183</b>
<b>D. FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN QUE REALIZA LA UNIDAD RESPONSABLE .....</b>	<b>194</b>
<b>ANEXO 4: ANÁLISIS DE GÉNERO DE PROGRAMAS EVALUADOS .....</b>	<b>197</b>

**ANEXO 5: FICHA DE PRESENTACIÓN DE ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE GASTOS (FORMATO EXCEL)..... 199**

**ANEXO 6: MARCOS TEÓRICOS Y MARCO CONTEXTUAL ..... 0**

**ANEXO 7: COMUNAS CON PTPS TRIENIO 2019-2021 ..... 26**

## I. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

### 1. Descripción general del programa

El programa Planes de Promoción de la Salud para Municipios, Comunas y Comunidades Saludables (MCCS), anteriormente conocido como Planes Comunales de Promoción de la Salud (PCPS), se inició en el año 1998 en el Ministerio de Salud (MINSAL)<sup>1</sup> y no tiene plazo de término. El servicio responsable de su diseño y ejecución es la Subsecretaría de Salud Pública, a través del Departamento de Promoción de la Salud de la División de Políticas públicas Saludables y Promoción.

El programa se ejecuta mediante convenios suscritos entre las 16 Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIs de salud) con los municipios de su jurisdicción que desarrollen, de manera voluntaria, un Plan Trienal de Promoción de la Salud (PTPS) a 3 años, y que cumplan con los requisitos de participación definidos por el programa<sup>2</sup>. En este EPG se consideran los Planes elaborados para el trienio 2016-2018 y 2019-2021. Dado que el último trienio se encuentra todavía en curso, la evaluación de las actividades comprometidas en este plazo presenta una serie de limitaciones que se discuten a lo largo del documento. Igualmente, es importante considerar que en este trienio el país enfrenta una de las crisis sanitarias más importantes de los últimos tiempos, incidiendo fuertemente en el quehacer habitual del Programa, debido a la redistribución de recursos (humanos y financieros) que debe realizar el Ministerio de salud para dar respuesta a la crisis (más detalles sobre el impacto del COVID sobre la ejecución del Programa en las secciones siguientes).

Los PTPS son parte de la oferta programática del Sistema Elige Vivir Sano (Ley N° 20.606), política pública nacional que tiene por objeto promover hábitos y estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas, y cuya administración, coordinación y supervisión depende de la Secretaría Ejecutiva Elige Vivir Sano, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia<sup>3</sup>. Actualmente el programa se ejecuta en 340 Municipalidades del país, con una cobertura nacional del 98,6% (trienio 2019-2021).

El MCCS se enfoca en la creación y mejoramiento de entornos saludables en el territorio, ya sean físicos, sociales o informativos<sup>4</sup>, contribuyendo al aumento de factores protectores de la salud y favoreciendo la creación de hábitos de vida saludables. Así, se vincula de manera directa con los Objetivos Sanitarios de la

---

<sup>1</sup> Hasta el año 2014 el Programa era conocido como Planes Comunales de Promoción de la Salud o PCPS. En esa época, se realizó un rediseño del Programa, considerando una fase de transición entre el modelo de los PCPS y los actuales Planes Trienales de Promoción de la Salud (PTPS). Los PTPS fueron planteados como tal el año 2015, para lo cual se generaron los documentos “Orientaciones Técnicas de la Estrategia de Municipios, Comunas y Comunidades Saludables” y “Orientaciones Técnicas de Planes de Promoción”. En ese período se impulsó una nueva metodología participativa en la definición de los planes. Dicho proceso entregó información de diagnósticos participativos y priorización de problemas con los que las comunas generaron sus árboles de problemas. En éstos, según indica el Programa, se confirmó que el problema se encontraba en el entorno, y por tanto el modelo de PTPS permitía generar intervenciones de acuerdo a cada realidad local. En el 2019 el programa tuvo un giro momentáneo a un formato de fondos concursables, que fue revertido a su formato original de Planes Trienales de Promoción de la Salud a mediados de ese año, continuando su segundo trienio como está implementado en la actualidad.

<sup>2</sup> Forman parte del Programa todos los municipios que elaboren un PTPS que sea aprobado por la contraparte regional y que cuenten con: i) Un cierre técnico-financiero del año anterior, ii) Disponibilidad de un mínimo de 22 horas semanales efectivas del encargado de Promoción de Salud, y iii) Una planificación estratégica trienal en promoción de la salud con metodología de Marco Lógico.

<sup>3</sup> La oferta programática del Elige Vivir Sano (EVS) está compuesta por políticas, programas y planes que, siendo elaborados y ejecutados sectorial o intersectorialmente por los distintos órganos del Estado, según sus respectivas competencias, comparten como propósito los pilares del sistema. Así, el EVS reúne y coordina la totalidad de iniciativas desarrolladas en el país en torno a la calidad de vida y bienestar, ofreciendo un espacio de acceso organizado y completo a dichas iniciativas por parte de la ciudadanía.

<sup>4</sup> El programa entiende, para efectos de su quehacer, que los entornos físicos corresponden a las características físicas de las veredas, calles, áreas verdes, entre otras; los entornos sociales a las características de las relaciones sociales entre los residentes, la participación en organizaciones, el involucramiento comunitario y el empoderamiento; y los entornos informativos al acceso a la información sobre la oferta y disposición de alimentación saludable, y espacios y programas para la actividad física en los entornos cotidianos.

década 2010-2020 (Plan y Estrategia de Salud<sup>5</sup>); específicamente, con el Objetivo estratégico No. 3, que busca “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”<sup>6</sup>

A nivel de **Fin**, el Programa busca “Contribuir a aumentar el número de personas con factores protectores para la salud<sup>7</sup> en el país” mientras, a nivel de **propósito**, se propone “Mejorar el acceso de la población a la promoción de la salud a través de los planes trienales habilitando y optimizando entornos saludables<sup>8 9</sup>”.

Los PTPS son elaboradas por los municipios utilizando la metodología de marco lógico. Esto requiere que los equipos locales municipales sean capaces de reflexionar sobre el territorio, sobre los determinantes sociales de la salud y sobre la calidad de vida, y traducir las necesidades de las comunas en un Plan único de acción compuesto por actividades que forman parte de un pool de opciones establecidas desde nivel central, de acuerdo a un presupuesto conocido y asignado desde las SEREMIs con criterios de asignación comunal claramente establecidos (más detalles en la sección C del Anexo 3). La ejecución de las actividades se agrupa en torno a 4 componentes, ejecutados en base a una secuencia lógica común de fases de planificación-ejecución-evaluación que todos los componentes comparten diferenciándose, principalmente, en el objetivo y tipo de actividades que cada componente recoge. Las fases de producción genéricas son:

Fase de planificación:

1. Municipio analiza/actualiza diagnóstico participativo
2. Priorización/selección de actividades genéricas y de actividades específicas
3. Municipio planifica de acuerdo a presupuesto asignado

Fase de Ejecución:

1. Transferencia de fondos para ejecución
2. Desarrollo /ejecución de actividades específicas
3. Difusión del PTPS

Fase de evaluación:

1. Evaluación anual/ trienal

---

<sup>5</sup> Plan Nacional de Salud para los objetivos sanitarios el 2020; Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos de la década 2011-2020

<sup>6</sup> Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos de la década 2011-2020

<sup>7</sup> Se entiende por factores protectores de la salud a las características individuales, familiares o comunitarias que favorecen el mantenimiento o recuperación de la salud, o que pueden contrarrestar los efectos nocivos causados por factores de riesgo para la salud. El Objetivo Estratégico N°3 de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 (vinculado con el Programa) entiende como factores protectores de la salud: actividad física suficiente; dieta saludable; colesterol <200; presión arterial <120/80; no fumar; IMC<25; glicemia <100mg.

<sup>8</sup> Los entornos saludables son ambientes (hogar, ambiente laboral, espacios públicos, de recreación, etc) en los cuales se propician los comportamientos, conductas y decisiones que promuevan la salud y calidad de vida de las personas, familias y comunidades.

<sup>9</sup> Originalmente, el Propósito del Programa era: “Población del país accede a entornos saludables para facilitar su práctica de actividad física y mejorar su alimentación”. Esta definición fue modificada para esta evaluación, mientras la definición de Fin se mantuvo intacta. Previo a esta modificación, el Programa ya había hecho revisiones y actualizaciones de propósito, producto de la reformulación a la que fue sujeto en el año 2016. En esa época, se modificó el problema a abordar por el Programa, repercutiendo en el propósito, estrategia de intervención y en el modelo de gestión de éste.

Los componentes del Programa se corresponden, además, con los tipos de entornos saludables que el Programa identifica<sup>10</sup>, y que son abordados en los PTPS. Estos son<sup>11</sup>:

### ***Componente 1: Regulaciones y políticas municipales sobre entornos saludables implementadas***

Este componente se enfoca en potenciar la elaboración, implementación y seguimiento de políticas y regulaciones municipales que mandaten el mejoramiento de entornos a nivel municipal. Estos pueden corresponder a decretos alcaldicios, ordenanzas, reglamentos, planes municipales, convenios interinstitucionales o con privados, entre otros.

### ***Componente 2: Habilitación y optimización de espacios públicos para la vida saludable***

El objetivo de este componente es habilitar y/u optimizar espacios públicos, infraestructura y equipamiento, con involucramiento directo de las personas que son parte de aquellos entornos<sup>12</sup>. Incluye actividades como: implementación de máquinas de ejercicios en plazas, ciclovías, skatepark, bebederos, techumbres, kioscos escolares, huertos urbanos, habilitación de espacios para ferias libres, entre otros.

### ***Componente 3: Participación Comunitaria para el Empoderamiento***

Su objetivo es impulsar la articulación de redes locales y formación de líderes sociales para incidir en los cambios culturales y sociales que se requieren en las comunidades. Este componente considera actividades tales como: escuela de líderes sociales, diálogos ciudadanos, diagnóstico y planificación participativa.

### ***Componente 4: Difusión y comunicación social***

Su objetivo es aumentar la percepción de riesgo asociado a las Enfermedades no transmisibles (ENT) y las conductas no saludables que las propician, e incrementar los conocimientos y competencias necesarias para que las personas puedan llevar una vida más saludable. Para esto, desarrollan campañas comunicacionales y acciones de difusión masiva que i) educan a la población sobre los riesgos de las conductas no saludables (ej. Campaña de difusión de las Guías Alimentarias Básicas de Alimentación Saludable y Ley 20.606 sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad), ii) la informan sobre oportunidades comunales para la vida sana (ej. cicletadas familiares, corridas, zumbatón, entre otras), y iii) le ofrecen instancias de aprendizaje y promoción de la salud locales (ej. talleres educativos, cursos y charlas de temáticas en actividad física y alimentación saludable).

## **2. Caracterización y cuantificación de población potencial y objetivo**

### **Caracterización y cuantificación de población potencial y objetivo**

Para el Programa su población potencial corresponde a la población total del país, esto es coherente con el planteamiento del Ministerio de Salud (2016)<sup>13</sup>, el cual señala que “el enfoque colectivo/social de la

---

<sup>10</sup> El Programa indica 3 tipos de entornos fundamentales para la salud (promotores o detractores de ésta, dependiendo de cómo estén constituidos) -entorno físico, entorno social y entorno informativo- según se define previamente. Para cada entorno identificado el Programa propone un componente mediante el cual este es abordado: Entorno físico se corresponde con el Componente 2, entorno social se traduce en el Componente 3, entorno informativo se traduce en el Componente 4. El último componente (Componente 1) se constituye en consideración de las recomendaciones que realiza la OMS respecto a la importancia de contar con intervenciones estructurales para ser efectivos en la promoción de la vida saludable.

<sup>11</sup> Una descripción más aplicada de los componentes será entregada en una próxima versión del informe, una vez sean actualizados aspectos relevantes del Anexo 3.

<sup>12</sup> El involucramiento de las personas puede, en principio, tomar diversas formas, dependiendo de la realidad local, tal como indican los resultados del Estudio Complementario

<sup>13</sup> Ministerio de Salud (2016). Promoción de Salud

Promoción de la salud” considera “a toda la población a lo largo del ciclo vital” (p.2), dicho en otras palabras: al modificar el entorno, todos los que habitan ese territorio son beneficiarios.

En tanto, el carácter universal del programa hace que su población objetivo sea equivalente a la potencial. También debe considerarse la población intermedia correspondiente a 340 municipios para el periodo 2019-2020 (Ver Anexo 7 Comunas).

El siguiente cuadro muestra la población potencial y población objetivo del programa y la variación durante el período evaluado.

**Cuadro 1 - Población Potencial y Objetivo Período 2017-2020**

Año	Población Potencial/Objetivo	Cobertura de Población Objetivo respecto de la Potencial (%)
2017	18.419.192	100%
2018	18.751.405	100%
2019	19.107.216	100%
2020	19.458.310	100%
% Variación 2017-2020	5,64%	0%

Fuente: INE (Proyecciones de Población 2017, 2018, 2019, 2020 en base a CENSO 2017) y base de datos de comunas con PTPS por año

### 3. Antecedentes presupuestarios

El MCCS presenta, para el período 2017-2021, un presupuesto anual promedio de \$4.963.540 (en miles de \$2021). Tal como se indica en el cuadro siguiente, experimenta una caída de presupuesto del 9,2% entre el año 2017 y 2021.

**Cuadro 2 - Presupuesto asignado al programa en Ley de Presupuestos, 2017-2021 (miles de \$2021)**

Año	Presupuesto del programa proveniente de la Institución Responsable** (a)	Presupuesto Total Institución Responsable (b)	Participación del programa en el presupuesto de la Institución Responsable (%) (a/b)
2017	5.042.013	479.546.093	1,1%
2018	5.057.970	495.218.646	1,0%
2019	5.086.664	503.387.086	1,0%
2020	5.053.252	505.769.325	1,0%
2021	4.577.799	516.168.426	0,9%
% Variación 2017-2021	-9,2%	7,6%	-0,2%

\*\*La institución responsable corresponde a la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud

Fuente: Elaboración en base a antecedentes entregados por el programa en Anexo 5 y estimaciones propias

El presupuesto del cuadro anterior incluye, por un lado, la asignación específica del programa, asignado en el programa presupuestario “Programas especiales de atención primaria”, Subtítulo 24, ítem 03, asignación 299. Por otro, incorpora estimaciones que se han hecho respecto a los aportes que entrega la institución responsable al programa, principalmente, en la forma de financiamiento para la contratación de recursos humanos (Más detalles en las próximas secciones)



El presupuesto del programa representa, en promedio, un 1% del presupuesto de la institución responsable, manteniéndose esta proporción muy estable en el período de evaluación.

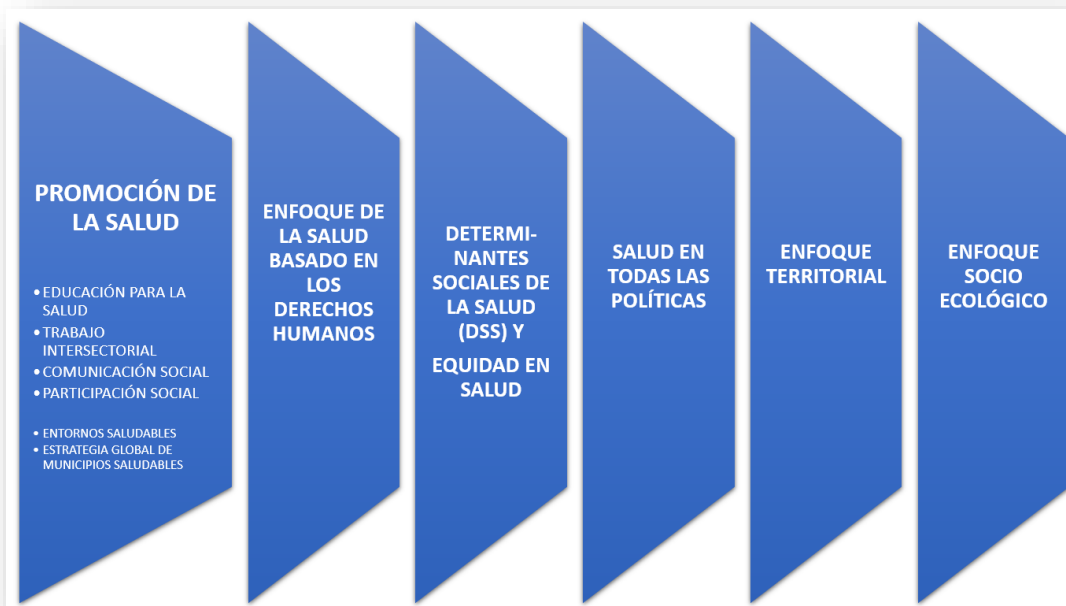
## II. EVALUACION DEL PROGRAMA

### 1. JUSTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA DEL PROGRAMA

La institución responsable del programa cuenta con la identificación y diagnóstico del problema que dio origen al Programa. El cual se inscribe en lo que se conoce como “salud pública basada en evidencia”. El término salud pública basado en la evidencia fue planteado en 1997 por Jenicek y luego Brownson lo define como “el desarrollo, implementación y evaluación de la efectividad de programas y políticas en salud pública a través de la aplicación de los principios de razonamiento científico, incluyendo el uso sistemático de datos y sistemas de información, así mismo el uso de la teoría de la ciencia del conocimiento y modelos de planificación de programa”<sup>14</sup>. “La práctica de la salud pública basada en la evidencia es una integración de las intervenciones basadas en la ciencia con las preferencias de la comunidad para mejorar la salud de la población”<sup>15</sup>.

Desde el inicio del Programa en 1998, se ha sustentado en marcos teóricos que justifican su implementación y desarrollo. El panel procede a sistematizar y robustecer los marcos teóricos del Programa, junto con agregar elementos teóricos que ayudan a la justificación del Programa (ver anexo 6). Todos estos marcos están presentes tanto en el diseño como en la implementación del Programa.

**Figura 1 - Esquema de marcos teóricos del Programa**



Fuente: Elaboración propia

<sup>14</sup> Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM. Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annu Rev Public Health*. 2009; 30: 175–201

<sup>15</sup> Jacobs JA, Jones E, Gabella BA, Spring B, Brownson RC. Tools for Implementing an Evidence-Based Approach in Public Health Practice. *Prev Chronic Dis*. junio de 2012;9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3457760/>

El Programa, tal como está expresado en su nombre, tiene como principal marco teórico la Promoción de la Salud, el cual se ha constituido como una política pública en sí misma. El siguiente esquema muestra los principales desafíos del país en esta materia:

**Figura 2 - Desafío de la promoción de salud en Chile**

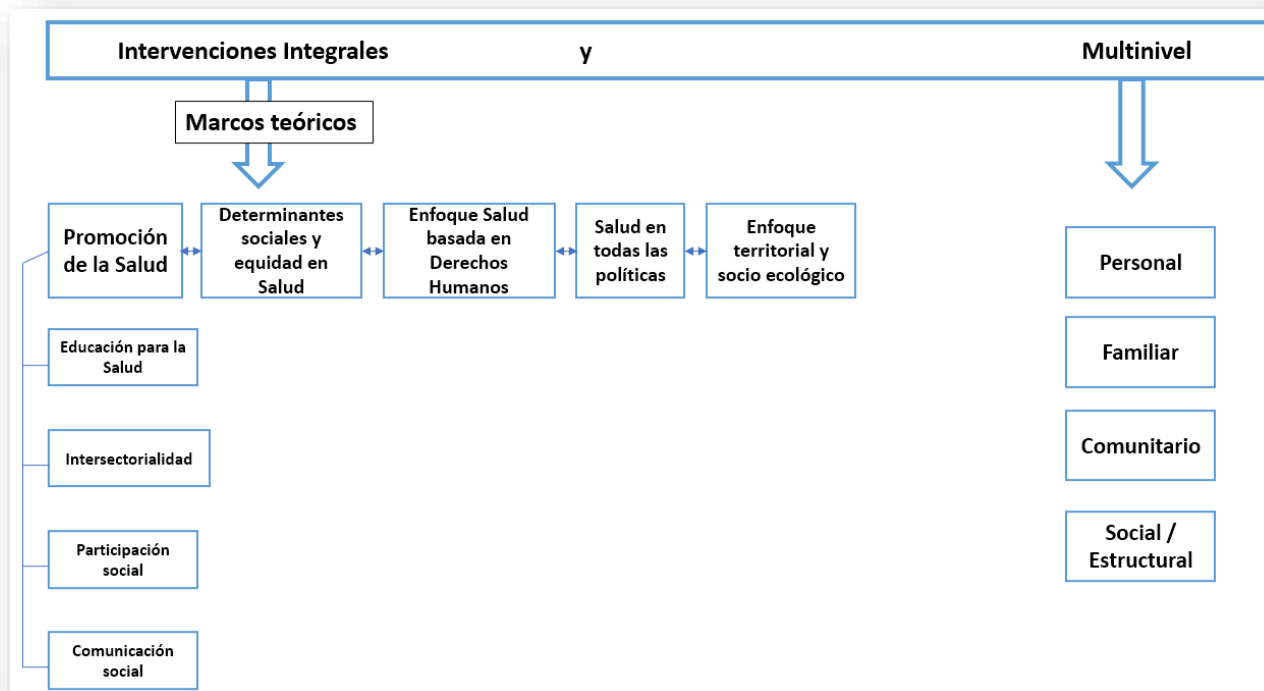


Fuente: MINSAL<sup>16</sup>

El Programa busca, a partir de los marcos teóricos utilizados, intervenciones integrales dirigidas a impactar en distintos niveles de la sociedad (multinivel): persona, familia, comunidad y sociedad (ver esquema siguiente).

<sup>16</sup> MINSAL. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables Orientaciones Técnicas. Junio 2015. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. División de Políticas Públicas Saludables y Participación. Subsecretaría de Salud Pública. 2015.

**Figura 3 - Esquema de acción del Programa**



Fuente: Elaboración propia

### Problema abordado por el Programa

En 1997 el problema que dio origen al programa fue el aumento de la morbilidad y mortalidad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)<sup>17</sup>, cuyas causas fundamentales eran las conductas no saludables (sedentarismo y mala alimentación) en toda la población del país<sup>18</sup>.

El cambio más fundamental del Programa, cuando pasó por la evaluación ex ante el año 2016, se dio en la identificación del problema a abordar, lo que, en consecuencia, repercutió en el propósito, así como en el instrumento de intervención y en el modelo de gestión de éste<sup>19</sup>. Así, para del nuevo trienio iniciado en 2019 el problema que aborda el Programa es **“Aumento de conductas no saludables entendidas como: bajo**

<sup>17</sup> Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), representan actualmente casi la mitad de la carga mundial total de morbilidad (enfermedades cardiovasculares, diabetes o cáncer). La situación epidemiológica de nuestro país no se aleja de esta realidad mundial, lo que se refleja en la Encuesta Nacional de Salud 2009, ¿cuyos resultados reflejan que las ECNT son? responsables de la 1ª causa de muerte en Chile (MINSAL, 2012) (ver anexo 6).

<sup>18</sup> Expresado en altas prevalencias de obesidad en preescolares (10%) y escolares (17%); exceso de peso y sedentarismo en adultos (33%) y (91%) respectivamente (Salinas, 2007).

<sup>19</sup> La decisión de cambio de problema fue producto de una transición dada por el surgimiento de nueva evidencia científica, indicada precedentemente, acuerdos internacionales en promoción de la salud como la Declaración de Adelaida y Helsinki, la historia del programa y evaluaciones realizadas a éste.

***consumo de agua, bajo consumo de frutas y verduras, alto consumo de sal, bajo consumo de legumbres, pescados o mariscos, y sedentarismo”***<sup>20</sup>.

El Programa construyó un árbol del problema nacional, para representar dicha problemática. La construcción del árbol del problema se realizó a partir de la sistematización de los 333 árboles de problemas de los Planes trienales de Promoción 2016-2018, mejorado con aportes de referentes técnicos de la División de Políticas de la Subsecretaría de Salud Pública (DIPOL), encargados regionales de promoción y representantes de las comunas en base a su experiencia local<sup>21</sup>.

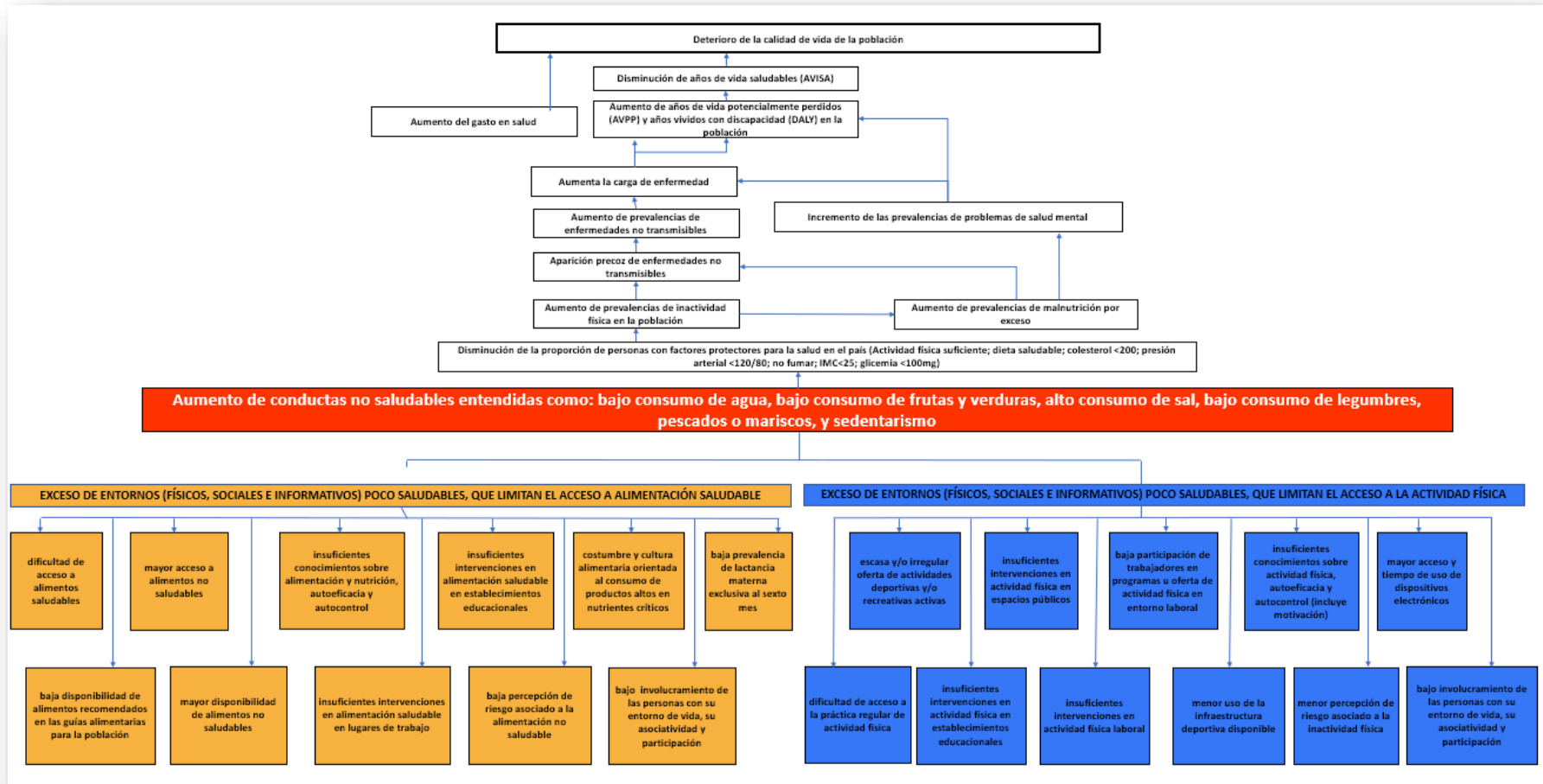
En la figura Figura 4 se muestra el árbol del problema formulado de acuerdo a la Metodología de Marco Lógico.

---

<sup>20</sup> MINSAL. Orientaciones para la elaboración de Planes Trienales de Promoción de la Salud 2019-2021. Municipios Comunas y Comunidades Saludables. Departamento de promoción de la salud y participación ciudadana. 2019.

<sup>21</sup> La mayoría de estos aportes fueron realizados en los talleres de capacitación en planificación trienal efectuados en 13 regiones del país y que contaron con la participación de todas sus comunas.

Figura 4 - Árbol del Problema



Fuente: Programa

La causa del problema que es abordada por el programa PTPS es el exceso de entornos poco saludables, que limitan el acceso a alimentación saludable y a la práctica regular de actividad física. El panel considera que lo anterior se sustenta en sólidas evidencias:

Alimentación (dieta) poco saludable:

- Los entornos poco saludables, la alimentación y hábitos no saludables de la población explican en gran medida la situación sanitaria del país, sólo el 15% de la población consume la cantidad de frutas y verduras recomendadas por la OMS, respecto al Índice de Alimentación Saludable y un 95 % de la población requiere cambios en su dieta<sup>22</sup>.
- Sobre la dieta, en la región, Chile es el segundo país, detrás de México, con mayor consumo de productos y bebidas ultra procesados y se encuentra entre los países con el mayor consumo de sal (12g/día) Más del 85% de la población requiere cambiar conductas alimentarias y un 95% de la población no cumple con las recomendaciones nutricionales<sup>23</sup>.
- La relación entre el entorno alimentario comunitario con la obesidad, evidenciada en Chile, provee argumento para abogar por la promoción de espacios comerciales que aumenten la oferta de alimentos saludables y la regulación en la expansión de los establecimientos con oferta alimentaria procesada, lo que debe pensarse con referencia a las condiciones socioeconómicas del entorno<sup>24</sup>.
- El consumo de 5 porciones de fruta y verdura al día alcanzó el 2016-17 un 15,0% de prevalencia, bajando 2,4 puntos porcentuales de la prevalencia registrada el 2009. Las prevalencias del 2016 -17 en los distintos subgrupos de edad y sexo se mantuvieron entre 13,6% y 16,6%, siendo levemente mayores en mujeres y entre los 45 y los 64 años<sup>25</sup> (ver gráfico más abajo).
- La prevalencia de estado nutricional normal en mayores de 15 años bajó de 33,8% a 23,8%, entre el año 2009 al 2016-17, siendo esta baja observable tanto en hombres como mujeres, quienes alcanzaron para la última medición prevalencias de 24,3% y 23,4% respectivamente<sup>26</sup>.
- La situación es aún más grave en la población de nivel socioeconómico bajo, en población con menos de 8 años de estudio y zonas rurales<sup>27</sup>. Esto se debe a que la población más vulnerable presenta un mayor consumo de alimentos con alto contenido de nutrientes críticos, y un menor consumo de alimentos con nutrientes protectores (lácteos, frutas, verduras y pescados).

---

<sup>22</sup> MINSAL. Informe de Principales Resultados Tercera Versión de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI 2015-2016). Departamento de epidemiología, División de planificación sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. 2017.

<sup>23</sup> Organización Panamericana de la Salud. Municipios y comunidades saludables: Guía de los alcaldes para promover calidad de vida. [http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd63/MCS\\_Guiaesp/MCS\\_Guiaesp.pdf](http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd63/MCS_Guiaesp/MCS_Guiaesp.pdf)

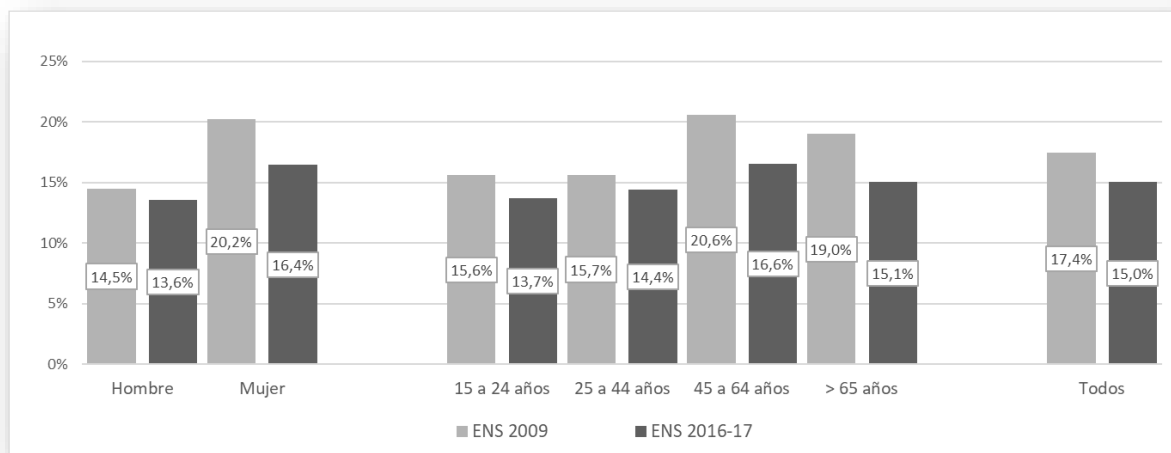
<sup>24</sup> Bravo Zúñiga, Andrea. 2019. Caracterización de la evolución programática de los planes de promoción de la salud a nivel nacional entre los años 2013 – 2016. Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Pública. Universidad de Chile. Cobb, L. K., Appel, L. J., Franco, M., Jones-Smith, J. C., Nur, A., & Anderson, C. A. (2015). The relationship of the local food environment with obesity: a systematic review of methods, study quality, and results. *Obesity*, 23(7), 1331-1344.; Ohri-Vachaspati, P., DeLia, D., DeWeese, R. S., Crespo, N. C., Todd, M., & Yedidia, M. J. (2015). The relative contribution of layers of the Social Ecological Model to childhood obesity. *Public health nutrition*, 18(11), 2055-2066.

<sup>25</sup> MINSAL. Análisis Crítico Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, Factores protectores y actividad física. Departamento Estrategia Nacional de Salud. División de Planificación Sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública. Diciembre de 2020.

<sup>26</sup> La prevalencia de 5 factores protectores para el año 2016-17 fue de 37,5% aumentando 1,3 puntos porcentuales de lo observado el 2009, diferencia que no es estadísticamente significativa. Las mujeres muestran una prevalencia más alta que los hombres alcanzando 42,6%, en tanto los hombres un 32,4%. Para ambos sexos no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambas mediciones. ANÁLISIS CRÍTICO DE TEMAS: FACTORES PROTECTORES Y ACTIVIDAD FISICA. INSUMO PARA LA EVALUACION FINAL DE PERIODO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD 2011-2020. DEPARTAMENTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD. MINSAL. Santiago, Noviembre 2020.

<sup>27</sup> MINSAL. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Segunda entrega de resultados. Departamento de Epidemiología. División de Planificación Sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública. Santiago, enero 2018. [https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2018/02/2-Resultados-ENS\\_MINSAL\\_31\\_01\\_2018-ilovepdf-compressed.pdf](https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2018/02/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018-ilovepdf-compressed.pdf)

**Figura 5 - Prevalencia de consumo de 5 porciones de fruta y verdura en población de 15 años o más según sexo y grupo de edad Chile, 2009 y 2016-17**



Fuente: MINSAL<sup>28</sup>

**Práctica regular de actividad física (Conducta sedentaria):**

- El 2016-17, un 13,3% de la población mayor de 15 años realizaba actividad física en su tiempo libre con una frecuencia de tres veces a la semana por más de 30 minutos, aumentando en 1,9 puntos porcentuales respecto de lo cuantificado el 2009. La población de 15 a 24 años es la que realiza más actividad física, con una prevalencia en torno al 24%, que no varió muchos en ambas mediciones, lo sigue el grupo de 25 a 44 años que, si mostró un aumento entre el 2009 y 2016-17, de 9,3% a 15,6%<sup>29</sup>(ver gráfico más abajo).
- Respecto a las conductas sedentarias, en nuestro país, alcanza un 80,1%. La práctica de actividad física disminuye a medida que desciende el nivel socioeconómico del entorno cercano<sup>30</sup>.
- Hay hallazgos que enfatizan la importancia de los entornos alimentarios locales en la configuración de la salud y la necesidad de promover su igualdad en diferentes áreas segregadas socioeconómicamente para contrarrestar los efectos negativos en la salud de las poblaciones vulnerables<sup>31</sup>.
- Si bien se ha logrado una baja del sedentarismo a 88% en 2009<sup>32</sup> y a 80,1% en 2012<sup>33</sup>, Chile continúa con las tasas mundiales más altas de sedentarismo y mala alimentación y su tendencia es creciente.

<sup>28</sup> MINSAL. Análisis Crítico Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, Factores protectores y actividad física. Departamento Estrategia Nacional de Salud. División de Planificación Sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública. Diciembre de 2020.

<sup>29</sup> Ídem anterior.

<sup>30</sup> Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes 2015 en la población de 18 años y más. Instituto nacional del deporte. Ministerio del Deporte. 2015. <https://deportes.utem.cl/wp-content/uploads/2016/11/04-Encuesta-Nacional-de-H%C3%A1bitos-de-Actividad-F%C3%ADsica-y-Deportes-2015-en-la-Poblaci%C3%B3n-de-18-a%C3%B1os-o-m%C3%A1s-Ministerio-del-Deporte.pdf>

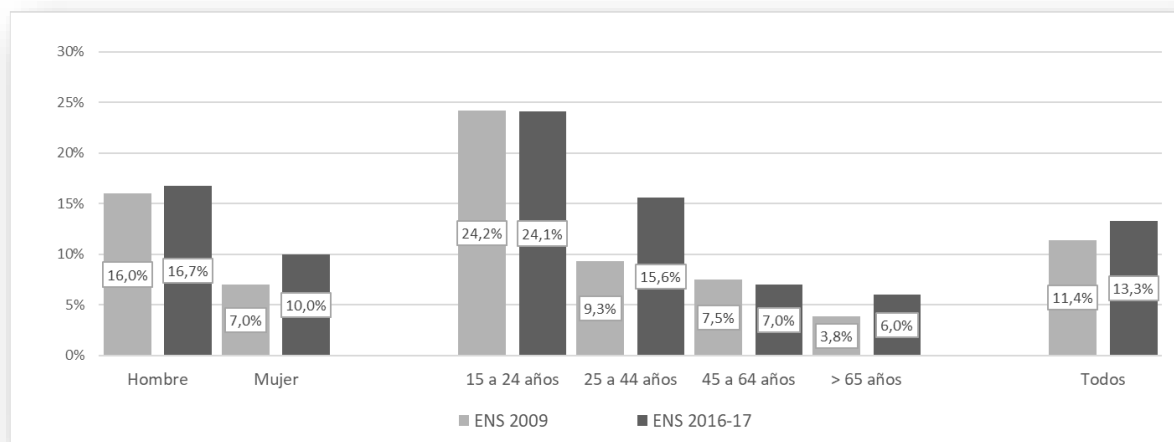
<sup>31</sup> Xavier Garcia, MartaGarcia-Sierra, Elena Domene. Spatial inequality and its relationship with local food environments: The case of Barcelona. Applied Geography. Volume 115, February 2020, 102140. <https://doi.org/10.1016/j.apgeog.2019.102140>

<sup>32</sup> MINSAL, PUC y Universidad Alberto Hurtado. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. 2011.

<sup>33</sup> Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes 2015 en la población de 18 años y más. Instituto nacional del deporte. Ministerio del Deporte. 2015. <https://deportes.utem.cl/wp-content/uploads/2016/11/04-Encuesta-Nacional-de-H%C3%A1bitos-de-Actividad-F%C3%ADsica-y-Deportes-2015-en-la-Poblaci%C3%B3n-de-18-a%C3%B1os-o-m%C3%A1s-Ministerio-del-Deporte.pdf>

En 2012 la obesidad en escolares aumentó a 25,3%<sup>34</sup> y a 42% en niños de 12 a 17 años<sup>35</sup>, además disminuyó en adultos (25,1%) pero creció el sobrepeso (39,3%). Chile contaba con escasos datos de consumo alimentario y sólo hoy es posible saber que sobre un 85% de la población requiere cambiar conductas alimentarias<sup>36</sup>. Esto ha ampliado la carga de enfermedades no transmisibles, diabetes e hipertensión en Chile<sup>37</sup>.

**Figura 6 - Prevalencia de actividad física en tiempo libre en población de 15 años o más según sexo y grupo de edad Chile, 2009 y 2016 17**



Fuente: MINSAL<sup>38</sup>

En efecto, la evidencia actual indica que los entornos físicos, sociales e informativos en los que se desarrollan las personas a diario son los principales responsables de sus conductas alimentarias y de actividad física<sup>39</sup>.

- La relación entre el entorno alimentario y la obesidad se ha estudiado con más frecuencia en países desarrollados (por ejemplo, Estados Unidos) en comparación con los países en desarrollo (por ejemplo, Brasil), donde la investigación es más reciente e incipiente. Un estudio realizado en la capital de un estado de Brasil mostró que la probabilidad de ser obeso disminuye a medida que hay más disponibilidad de tiendas de alimentos saludables y restaurantes. La proximidad a establecimientos que ofrecen alimentos poco saludables se ha considerado un factor de riesgo importante para el estado de exceso de peso en las zonas urbanas. De acuerdo con esto, el estudio mostró que las personas que viven cerca de las tiendas de conveniencia tenían una mayor probabilidad de estar por encima de lo

<sup>34</sup> JUNAEB. Mapa Nutricional 2013. Departamento de Planificación y estudios. Ministerio de Educación. 2013. <https://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2013/03/Informe-Mapa-Nutricional-2013.pdf>

<sup>35</sup> Ministerio de Salud de Chile. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Informe de la Encuesta Mundial de Salud Escolar CHILE 2013. Subsecretaría de Salud Pública, División de Planificación Sanitaria, Departamento de Epidemiología. 2016.

<http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/518/Encuesta-de-salud-escolar-2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<sup>36</sup> MINSAL. Informe de Principales Resultados Tercera Versión de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI 2015-2016). Departamento de epidemiología, División de planificación sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. 2017.

<sup>37</sup> MINSAL, PUC y Universidad Alberto Hurtado. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. 2011.

<sup>38</sup> MINSAL.

<sup>39</sup> Chow CK et al 2009; Hawley, 2011; OMS, 2014



normal y ser obesas, con mayores valores de IMC, lo que también está en línea con los estudios realizados con adultos canadienses y estadounidenses<sup>40</sup>.

- La actual epidemia de obesidad en los EE.UU. es el resultado de cambios en las condiciones ambientales locales, como el entorno alimentario local y los tipos de tiendas de alimentos, que influyen en la elección de alimentos y, a su vez, afectan los resultados de salud. La proximidad a factores ambientales obesogénicos, como la disponibilidad de restaurantes de comida rápida más cerca de las escuelas o áreas residenciales, es un factor de riesgo para la prevalencia de la obesidad<sup>41</sup>
- Los estudios han sugerido que una mayor densidad de supermercados o restaurantes de servicio completo se asocian con un menor peso corporal, mientras que una mayor densidad de tiendas de conveniencia o restaurantes de comida rápida se asocia con un mayor peso corporal<sup>42</sup>.
- El entorno social, que se asocia a las características de las relaciones sociales entre los residentes, la participación en organizaciones, el involucramiento comunitario y el empoderamiento, contribuyen a aumentar las posibilidades de tomar opciones saludables. Los residentes de barrios muy unidos son más propensos a trabajar juntos para lograr objetivos comunes (por ejemplo, espacios públicos limpios y seguros, infraestructura comunitaria)<sup>43</sup>.
- Por su parte, el entorno físico, que corresponde a las características físicas de las veredas, calles, áreas verdes, entre otras, determinan en más de un 10% la salud, particularmente la disposición a realizar actividad física y tener una dieta saludable<sup>44</sup>.
- Las características físicas del vecindario pueden afectar negativamente la salud cardiovascular a nivel individual al aumentar la ingesta de alimentos no saludables y limitar la actividad física. Los vecindarios desfavorecidos económicamente también tienen mayores tasas de violencia y delincuencia que pueden provocar estrés crónico. La magnitud y la dirección de las asociaciones entre la precariedad del vecindario y la obesidad que se observó en la muestra analítica primaria son similares a las encontradas en anteriores. En general, los hallazgos del estudio sugieren que la privación del vecindario contribuye a estos factores de riesgo cardiovascular, incluso en áreas donde la prevalencia de estos factores de riesgo ya es alta. Los principales mecanismos hipotéticos que explican este vínculo son la falta de alimentos saludables y la proliferación de opciones de alimentos no saludables y la falta de infraestructura recreativa como parques y aceras, que promueven comportamientos más nocivos para la salud<sup>45</sup>.
- En nuestro país, un 73% de las personas considera que el tema que más preocupación le genera respecto de su barrio corresponde a la infraestructura comunitaria. En las comunas urbanas un 47% de las personas señala no ocupar nunca o casi nunca las áreas verdes, mientras que un 76% no utiliza los centros deportivos públicos o municipales<sup>46</sup>.
- Desde el entorno informativo, el acceso a la información sobre la oferta y disposición de alimentación saludable y espacios y programas para la actividad física en los entornos cotidianos condicionan las decisiones de consumo y conductas respecto de actividad física<sup>47</sup>.

---

<sup>40</sup> Renata G. Paulitsch, Samuel C. Dumith. Is food environment associated with body mass index, overweight and obesity? A study with adults and elderly subjects from southern Brazil. *Preventive Medicine Reports* 21 (2021) 101313. DOI: 10.1016 / j.pmedr.2021.101313

<sup>41</sup> Bhagyashree Katare and Sanchita Chakrovorty. Association between environmental factors and BMI: evidence from recent immigrants from developing countries. *Journal of Health, Population and Nutrition* (2019) 38:15 <https://doi.org/10.1186/s41043-019-0174-4>

<sup>42</sup> Adam Drewnowski, James Buszkiewicz, Anju Aggarwal, Chelsea Rose, Shilpi Gupta, Annie Bradshaw. Obesity and the Built Environment: A Reappraisal. *Obesity*. Volume 28, Issue 1. January 2020. Pages 22-30 DOI: 10.1002 / oby.22672.

<sup>43</sup> James F Sallis, Ester Cerin, Terry L Conway, Marc A Adams, et al.. Physical activity in relation to urban environments in 14 cities worldwide: a cross-sectional study. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Vol 387 May 28, 2016

<sup>44</sup> Idem anterior.

<sup>45</sup> Michael D. Hu, Kaitlyn G. Lawrence, Mark R. Bodkin, Richard K. Kwok, Lawrence S. Engel, and Dale P. Sandler. Neighborhood Deprivation, Obesity, and Diabetes in Residents of the US Gulf Coast. *American Journal of Epidemiology*. Vol. 190, No. 2. DOI: 10.1093/aje/kwaa206. Advance Access publication: September 30, 2020.

<sup>46</sup> Resultados de la encuesta “entornos 2018”. Excel entregado por Programa.

<sup>47</sup> Santana, P., Santos, R., & Nogueira, H. (2009). The link between local environment and obesity: a multilevel analysis in the Lisbon Metropolitan Area, Portugal. *Social science & medicine*, 68(4), 601-609.

A juicio del panel evaluador el árbol del problema existente muestra solo una línea causal “exceso de entornos no saludables”, lo cual es insuficiente respecto de la propia metodología de marco lógico y poco consistente con los marcos teóricos en que se sustenta su diseño. No se da debida cuenta de la complejidad del problema “aumento de conductas no saludables...”, sobre todo si se utiliza el marco de los determinantes sociales en su análisis: causas estructurales (Políticas Públicas, Políticas Sociales, Discriminación de acuerdo a clases sociales, género y etnia, Valores culturales de la sociedad chilena, segmentación de acuerdo a ingresos económicos) y determinantes intermedios tales como las cohesión social, las condiciones materiales de vida y trabajo, estrés psicosocial, calidad de los servicios sanitarios, etc.). Todo lo anterior hace necesario que se revise este aspecto en el diseño.

## **Estrategia del Programa**

La estrategia del programa se resume en la siguiente observación:

*“El enfoque territorial adquiere importancia a la hora de incidir en los componentes de promoción y prevención, participación social, intersectorialidad e identificación de brechas, y disminución de las inequidades. Es por esto que los esfuerzos se dirigen a que las comunas integren estos componentes en sus planes comunales, los que son realizados en el sustento de la participación ciudadana, permitiendo así llegar a la mayor cantidad posible de habitantes, y hacer de la promoción un proceso inclusivo, participativo y democrático. Los planes comunales tienen por objetivo instalar condiciones estructurales estables en el tiempo, que sustenten el cambio de estilos de vida mediante el desarrollo de entornos saludables para la población. Los componentes a priorizar en ellos son alimentación saludable, actividad física, y vida libre de humo de tabaco”<sup>48</sup>.*

El siguiente esquema muestra gráficamente la estrategia del programa denominada “Municipios, comunas y comunidades saludables – MCCS” la cual se sustenta en el marco teórico principal de la Promoción de la Salud y se operacionaliza a través del programa Planes de Promoción de la Salud para Municipios, Comunas y Comunidades saludables - PTPS.

---

<sup>48</sup> PLAN NACIONAL DE SALUD PARA LOS OBJETIVOS SANITARIOS AL 2020. MINISTERIO DE SALUD. Subsecretaría de Salud Pública / División de Planificación Sanitaria / Departamento de Estrategia Nacional de Salud. 2016.

Figura 7 - Esquema general de justificación y análisis



Fuente: Elaboración propia

### **Estrategia de municipios, comunas y comunidades saludables MCCS-Chile**

La estrategia Municipios, Comunas y Comunidades Saludables<sup>49</sup> busca fortalecer el rol del Municipio como un actor estratégico para mejorar los resultados en salud, utilizando una herramienta de gestión que consiste en un plan de Promoción de la Salud a tres años plazo (PTPS)<sup>50</sup>.

En el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, durante el año 2018 el MINSAL trabajó en una estrategia y plan de acción de promoción de la salud<sup>51</sup>, los cuales se basan en cuatro líneas estratégicas de acción que se refuerzan mutuamente: a) fortalecer los entornos saludables claves; b) facilitar la participación y el empoderamiento de la comunidad, y el compromiso de la sociedad civil; c) fortalecer la gobernanza y el trabajo intersectorial para mejorar la salud y el bienestar, y abordar los determinantes sociales de la salud; d) fortalecer los sistemas y servicios de salud incorporando un enfoque de promoción de la salud.

<sup>49</sup> Ver detalles de la estrategia global en el anexo 6.

<sup>50</sup> El objetivo final de la estrategia descrita es lograr una comuna saludable que, según la definición de OMS, es “aquella que crea y mejora continuamente sus entornos físicos y sociales y amplía aquellos recursos de la comunidad que permiten el apoyo mutuo de las personas para realizar todas las funciones vitales y conseguir el desarrollo máximo de sus potencialidades” (Organización Panamericana de la Salud. Municipios y Comunidades Saludables: Guía para alcaldes y otras autoridades locales: Promoviendo la calidad de vida a través de la Estrategia de Municipios y Comunidades Saludables. 2002. Disponible en: [http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd63/MCS\\_Guiaesp/MCS\\_Presentacion.pdf](http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd63/MCS_Guiaesp/MCS_Presentacion.pdf)).

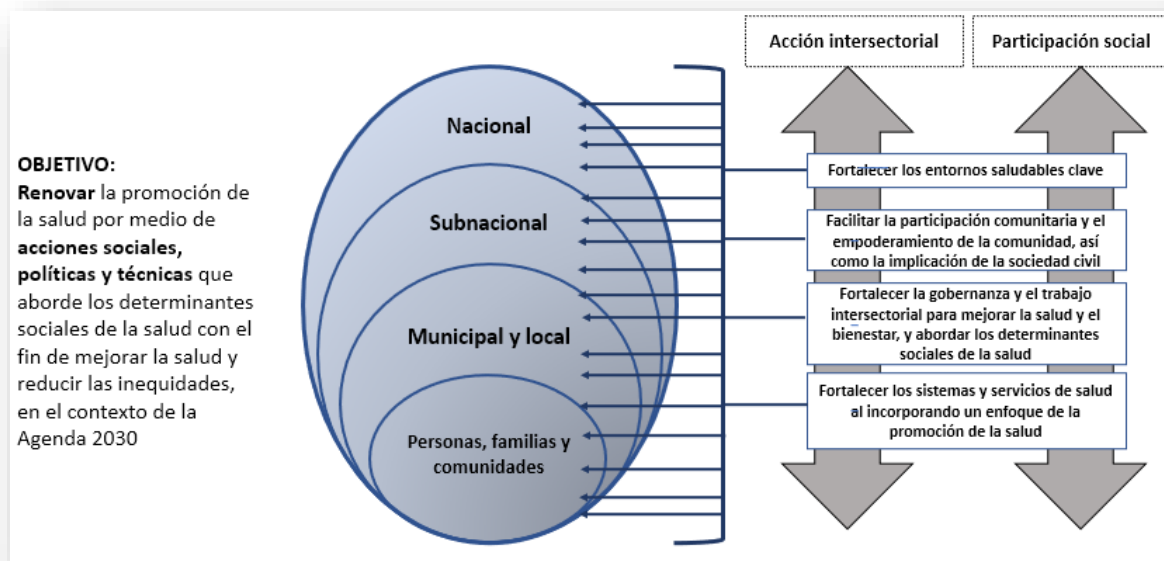
<sup>51</sup> OMS – OPS. Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los objetivos de desarrollo sostenible (señalar en qué consisten). 57.o Consejo Directivo. 71.a sesión del comité regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2019. 2019-2030. [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=4968\\_8-cd57-10-s-promocion-salud&category\\_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=4968_8-cd57-10-s-promocion-salud&category_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es)

En el marco de las políticas y prioridades de salud que reconocen la influencia de los estilos de vida y del entorno en la salud de las comunidades, y considerando que la Promoción de Salud es una política pública<sup>52</sup>, los municipios deben implementar estrategias y actividades para potenciar los factores protectores de la salud en coherencia con las políticas públicas de salud destinadas a construir comunidades saludables<sup>53</sup> y con la estrategia nacional de salud para el cumplimiento de objetivos sanitarios de la década 2011-2020<sup>54</sup>.

La estrategia apunta a actuar sobre las causas de las causas de los problemas de salud en los territorios, con metodologías ajustadas para trabajar sobre las inequidades e instalar un plan en el espacio local, con un modelo de promoción de la salud, con una visión territorial, pertinente, participativa, integral, sectorial e intersectorial.

La estrategia chilena de Municipios, Comunas y Comunidades Saludables (MCCS), se basa en las recomendaciones de la OMS y el movimiento mundial de Municipios Saludables<sup>55</sup> referidas a Promoción de Salud.

**Figura 8 - Esquema de la Estrategia y Plan de Acción de Promoción de la Salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030**



Fuente: OPS<sup>56</sup>

Esta estrategia presente en el marco teórico del Programa, está fundada en el liderazgo de los gobiernos locales que buscan mejores resultados en salud y calidad de vida, lo que requiere de la concertación de

<sup>52</sup> PLAN NACIONAL DE SALUD PARA LOS OBJETIVOS SANITARIOS AL 2020. MINISTERIO DE SALUD.

Subsecretaría de Salud Pública / División de Planificación Sanitaria / Departamento de Estrategia Nacional de Salud. 2016.

<sup>53</sup> En nuestro país, la comuna, es el espacio natural donde las personas nacen, viven, crecen, crean vínculos y redes para su desarrollo. En este sentido, es un ámbito de intervención privilegiado porque contiene recursos personales, familiares, comunitarios e institucionales más cercanos de las comunidades. (Informe de cierre de Planes Trienales de Promoción de la Salud 2016-2018. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables. MINSAL, Febrero de 2019)

<sup>54</sup> MINSAL. Orientaciones para la elaboración de planes trienales de promoción de la salud 2019-2021. Municipios comunas y comunidades saludables. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. Subsecretaría de Salud Pública. 2019.

<sup>55</sup> Si bien el programa existe antes de la adopción de esta estrategia recomendada globalmente, este hecho no implicó cambios en la configuración del programa.

<sup>56</sup> OPS. Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los objetivos de desarrollo sostenible 2019-2030. 57.o Consejo Directivo 71.a Sesión del Comité Regional de La OMS para las Américas Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2019.

voluntades políticas, técnicas y financieras, centrales, regionales y locales. A través de la Estrategia Municipios, Comunas y Comunidades Saludables se propicia alcanzar el reconocimiento formal de la promoción de la salud en los Municipios, en base a la alianza salud y desarrollo local en donde los gobiernos comunales, junto a la comunidad, se empoderen con el fin de generar políticas públicas saludables para la población con pertinencia territorial y cultural, apuntando a lograr la construcción de entornos saludables donde las personas viven, trabajan, crean redes, establecen vínculos con otras personas y con el medio ambiente<sup>57</sup>.

La función de promoción de salud en las comunas está contenida en la Estrategia Nacional de Salud de Salud 2011-2020, en su 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”, específicamente en lo que respecta a los objetivos de impacto de aumentar las personas con Factores protectores, disminuir la prevalencia de obesidad infantil y aumentar la prevalencia de práctica de actividad física en adolescentes y jóvenes.

Frente a este panorama, el sector salud a través de este y otros programas, se plantea objetivos que no solo tienen que ver con reducir el acelerado incremento de la malnutrición por exceso, sino también desde una perspectiva de factores protectores de salud, propiciando entornos más saludables para la vida. Por tanto, el programa busca incidir en las condiciones ambientales, sociales y económicas en que viven las personas y las comunidades con el fin de mitigar su impacto en la salud pública. Las intervenciones abarcan, no sólo las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas de las comunidades.

Las condiciones del ambiente urbano más inmediato, o barrio, pueden limitar las oportunidades para tomar opciones saludables tanto en el ámbito de la alimentación como de la actividad física. De esta forma, los científicos describen un medio ambiente obesogénico como la suma de las influencias de las condiciones de vida y del entorno tienen en la producción de obesidad. Aumentar las conductas saludables requiere de procesos sostenidos en el tiempo (impactos en salud se dan en mediano y largo plazo), de buenas planificaciones, con intervenciones efectivas que modifiquen permanentemente los ambientes, por ejemplo, en ambientes alimentarios, el fácil acceso a alimentación no saludable genera conductas no saludables.

Así, el PTPS se constituye en el instrumento de gestión de la estrategia MCCS, y busca implementar, entre otras medidas, la generación de políticas locales que promuevan la creación de entornos saludables para incentivar la práctica de actividad física y la alimentación saludable. Para este efecto el Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, cumpliendo con su rol rector, formula, monitorea y evalúa el programa, y entre la Seremi y la Municipalidad se establecen los compromisos relacionados con los objetivos establecidos en la estrategia Municipios, Comunas y Comunidades Saludables del Programa de Promoción de la Salud.

La planificación trienal de los planes favorece la eficiencia en el uso de los recursos, contribuye a la continuidad de las intervenciones a nivel local, por lo tanto otorga mayor sostenibilidad a los procesos<sup>58</sup>, reconoce las capacidades de planificación en el territorio con intervenciones estructurales que consideren la creación de entornos que promuevan la salud abordando las determinantes sociales que se manifiestan en los territorios, ayuda a lograr articulación y sintonía con los instrumentos de planificación local, y permite realizar evaluaciones de resultado y proceso en la comuna.

La estrategia del Programa plantea que las intervenciones en Promoción de la Salud requieren de un liderazgo que tenga en cuenta no solamente los puntos críticos del territorio, sino también sus riquezas y potencialidades para que puedan ser utilizadas localmente al servicio de la comunidad. En este sentido, se

---

<sup>57</sup> MINSAL. Orientaciones político-estratégicas para el gobierno local avanzando hacia políticas públicas locales para el bienestar colectivo. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables. Subsecretaría de Salud Pública. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. 2017.

<sup>58</sup> La planificación trienal se comenzó a utilizar desde 2016.

hace necesario que los alcaldes estén convencidos del potencial transformador del binomio promoción de la salud/desarrollo local que la Estrategia propone y de que el Chile de todos sólo es posible si se goza de más y mejores oportunidades para que las personas logren realmente ser protagonistas de sus vidas y de su futuro<sup>59</sup>.

La evidencia científica recomienda que los bienes y servicios que se planifican y prestan a nivel local ofrezcan mejores oportunidades para comprometerse con las comunidades sobre las cuestiones que afectan a su salud, y la forma de abordarlos<sup>60</sup>.

MINSAL ha podido identificar ciertas condiciones base que deben tener las Municipalidades para iniciar el proceso hacia el mejoramiento de la calidad de vida y bienestar de sus habitantes a través de la estrategia Municipios, Comunas y Comunidades Saludables:

- Respaldo Político: La voluntad política consiste en la sensibilidad de las autoridades a la propuesta de intervención, su predisposición a escucharla, a diseminarla e impulsarla<sup>61, 62, 63, 64, 65</sup>.
- Respaldo Técnico / Recurso Humano: “Las personas que trabajan en la municipalidad tienen una gran capacidad para mejorar los procesos de trabajo y aportar con su máximo potencial al logro de los objetivos, en la medida en que estén motivados y comprometidos con éstos, así como con el futuro de la municipalidad y con su propio desarrollo. Está demostrado que las personas motivadas con su trabajo tienen un mejor rendimiento y mayores posibilidades de contribuir a generar mayor satisfacción en usuarios y usuarias que aquellas que no lo están”<sup>66, 67, 68, 69</sup>.
- Capacidad de Gestión: hace referencia al logro de resultados, mediante la utilización eficaz, eficiente y permanente de los recursos de la institución u organización, para dichos objetivos. Actualmente el financiamiento municipal para acciones de promoción de la salud es provisto por los recursos entregados por el Ministerio de Salud, los cuales en muchos casos se complementan con recursos municipales no financieros: en infraestructura, logística, recursos humanos, transporte y comunicaciones. Para lograr lo anterior es fundamental la detección de actores relevantes (individuales, colectivos o institucionales) interesados o afectados por la iniciativa, lo que se logra con un conocimiento acabado de la comunidad en cuanto a sus necesidades, expectativas y grado de satisfacción con los servicios que se les está entregando desde el nivel municipal.

---

<sup>59</sup> MINSAL. Orientaciones político-estratégicas para el gobierno local avanzando hacia políticas públicas locales para el bienestar colectivo. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables. Subsecretaría de Salud Pública. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. 2017.

<sup>60</sup> HSE National Health Promotion Office Ireland. The Health Promotion Strategic Framework. Ireland; 2011. [http://www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HPSF\\_HSE.pdf](http://www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HPSF_HSE.pdf)

<sup>61</sup> Tobar F, & Anigstein C. Hacia una nueva teoría de los Municipios y Comunidades Saludables. 2012. [http://www.federicotobar.com.ar/nf\\_pdf5/Hacia\\_una\\_teoría.pdf](http://www.federicotobar.com.ar/nf_pdf5/Hacia_una_teoría.pdf)

<sup>62</sup> Ministerio de Salud Chile, ASIDES. Informe Final “Servicios Profesionales para Documentación en terreno de Buenas Prácticas de Promoción de Salud”. 2015.

<sup>63</sup> Ministerio de Salud Chile, Subsecretaría de Salud Pública, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, Katalejo Investigaciones Sociales. Diseño y evaluación de promoción de la salud en las comunas. 2013.

<sup>64</sup> Magenta Consultores. Municipio, Comunas y Comunidades Saludables. Orientaciones para la Acción del Gobierno Local y Buenas Prácticas. Informe Resultados Entrevistas. Documento de trabajo no publicado; 2016.

<sup>65</sup> Ministerio de Salud Chile, Subsecretaría de Salud Pública, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, El Agua Consultores. Evaluación sobre las condiciones para instalar la promoción de salud en las comunas del país. 2012.

<sup>66</sup> Departamento Fortalecimiento Municipal. División Municipalidades. SUBDERE. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Programa mejoramiento Progresivo de Calidad de la Gestión Municipal. 3ª Edición. Septiembre 2014. Chile. Disponible en: [http://www.subdere.gov.cl/sites/default/files/documentos/guia\\_progresivo\\_1\\_2\\_3\\_4.pdf](http://www.subdere.gov.cl/sites/default/files/documentos/guia_progresivo_1_2_3_4.pdf)

<sup>67</sup> Magenta Consultores. Municipio, Comunas y Comunidades Saludables. Orientaciones para la Acción del Gobierno Local y Buenas Prácticas. Informe Resultados Entrevistas. Documento de trabajo no publicado; 2016.

<sup>68</sup> Fernández M, Ochsenius C, Cancino A, Donoso B, Salinas J, editores. Buenas Prácticas de Promoción de Salud y Participación Ciudadana. Ministerio de Salud Chile, Universidad de Los Lagos. Santiago de Chile: Gráfica LOM; 2008. 113 p.

<sup>69</sup> Organización Panamericana de la Salud. Municipios y comunidades saludables: Guía de los alcaldes para promover calidad de vida [http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd63/MCS\\_Guiaesp/MCS\\_Guiaesp.pdf](http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd63/MCS_Guiaesp/MCS_Guiaesp.pdf)

Como se ha señalado anteriormente, el Programa contribuye a disminuir el problema de las conductas no saludables que tienen una fuerte relación con las prevalencias de obesidad y sobrepeso, generando efectos, como las ECNT responsables de la 1ª causa de muerte en Chile, a través de los PTPS. Así, el impacto esperado a largo plazo del Programa es el aumento de los factores protectores de enfermedades crónicas no transmisibles ECNT.

La evidencia mundial es contundente al señalar que la acción de los gobiernos es esencial para aumentar la salubridad de los ambientes alimentarios y reducir la obesidad, las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta (ENT), y sus desigualdades relacionadas<sup>70</sup>.

En Chile, la salud es entendida como un derecho fundamental de las personas, amparado en la Constitución, y representa un fin último de política que debe ser protegida y promovida por el Estado. El Ministerio de Salud y, en específico, la Subsecretaría de Salud Pública tiene como misión liderar las estrategias de salud que permitan mejorar la salud de la población ejerciendo las funciones reguladoras, normativas, de vigilancia y fiscalizadoras que al Estado de Chile le competen, en materia de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades<sup>71</sup>.

Además, la Salud Pública es entendida como “las acciones colectivas e individuales del Estado y la sociedad civil, dirigidas a mejorar la salud de la población”<sup>72</sup>. Por lo tanto, el concepto de salud pública, no se refiere al Sistema de Salud Público o a la red de Salud Pública (que por lo demás se diferencia de la red de salud privada), sino a las acciones de vigilancia, epidemiológicas, de promoción de la salud o prevención que apuntan a mejorar la salud de la población. Estas acciones son implementadas por el Estado, en este caso por el Ministerio de Salud.

Adicionalmente, Chile es parte de los países miembros de la Organización Mundial de la Salud y con ello suscribe compromisos que orientan y respaldan la acción del Estado en las áreas mencionadas<sup>73</sup>.

A partir del año 1998, el MINSAL comenzó a desarrollar acciones de Promoción de la Salud. Desde enero del 2005, la Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria, definió la estructura y funciones que debe cumplir la institucionalidad<sup>74</sup>.

---

<sup>70</sup> Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública / División de Planificación Sanitaria / Departamento de Estrategia Nacional de Salud. 2016.

<sup>71</sup> Alineados con las prioridades del programa de gobierno para el sector y a los objetivos sanitarios de la década, contribuyendo a un progreso sostenido en la calidad sanitaria y atención de los habitantes del país, asegurando un acceso oportuno y el respeto a la dignidad de las personas, con enfoque de género e inclusión social de grupos vulnerables, especialmente de personas en situación de discapacidad pueblos indígenas y migrantes. DIPRES. Ficha de definiciones estratégicas años 2019-2022. Formulario A1 2021.

<sup>72</sup> También como una “especialidad o rama de la medicina cuyo interés fundamental es la preocupación por los fenómenos de salud, en una perspectiva colectiva”. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud Pública en las Américas, 2002. OPS/OMS. La Salud Pública en las Américas. Publicación científica y técnica No. 589. Edición 2002. Capítulo 6: Funciones Esenciales de Salud Pública. Pág. 59-71

<sup>73</sup> Los cuales parten en Alma Ata (1978): “Salud para todos en el año 2000”, junto a otros hitos como la Carta de Ottawa (especifica en materia de promoción de salud) (1986) que establece 5 áreas de acción: Establecer políticas públicas favorables a la salud; Crear entornos propicios para la salud; Fortalecer la acción de la comunidad; Promover el desarrollo de aptitudes personales para la salud; Reorientar los servicios de salud. Luego las conferencias, además de ratificar las ideas anteriores, incorporan elementos fundamentales que quedan plasmados en las diferentes cartas: Adelaida, Australia (1988); Sundsvall, Suecia (1991); Yakarta, Indonesia (1997); Ciudad de México, México (2000), Bangkok, Tailandia (2005), Nairobi, Kenya (2009) Helsinki, Finlandia (2013); donde se esboza y encabeza la estrategia “Salud en Todas las Políticas”. Shanghai, China (2016), “salud para todos y todos para la salud”. Para más detalle ver anexo 6.

<sup>74</sup> Lo establecido en el Artículo 12 del D.F.L. N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, relativas a las funciones de la Secretaría Regional Ministerial de Salud sobre Promoción de la Salud, señala en su numeral 4, lo siguiente: “Velar por la debida ejecución de las acciones de salud pública por parte de las entidades que integran la red asistencial de cada servicio de salud y, en su caso, ejecutarlas directamente, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan”.

Es necesario mencionar que crear Políticas Públicas Saludables, a lo que apunta el Programa, es una decisión explícita del Estado para promover la salud y la equidad a través de políticas multisectoriales, para mejorar los determinantes y establecer controles sociales del impacto en salud de las políticas públicas<sup>75</sup>.

Estos énfasis son reforzados por la creación en el año 2013 del Sistema Elige Vivir Sano (SEVS) radicado en el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, en la Subsecretaría de Servicios Sociales; estableciendo una Secretaría Ejecutiva en esta cartera para articular y conducir la acción del Estado en lo definido en la Ley 20.670<sup>76</sup>.

A nivel internacional, Chile además de pertenecer a OMS, se encuentra adscrito a la Declaración de Santiago<sup>77</sup>, en la cual los asistentes declaran su compromiso con un marco integral de municipios saludables que abarca seis esferas de acción: Promover el liderazgo local y la gobernanza intersectorial para la salud; Atender las necesidades de las personas de todas las edades y grupos vulnerables; Crear entornos físicos y sociales propicios para una vida sana: elegir alternativas saludables, opciones fáciles y entornos saludables; Promover y construir entornos físicos saludables; Fortalecer la capacidad de recuperación de la comunidad y la educación en materia de salud; Reforzar los servicios de salud pública y de atención primaria de salud.

En función de todo lo anterior, la intervención del Estado de Chile se encuentra plenamente justificada.

En resumen, a juicio del panel:

- La institución responsable del programa cuenta con la identificación y diagnóstico del problema o necesidad que da origen al programa. La causa del problema que es abordada por el programa PTPS es el exceso de entornos no saludables, que limitan el acceso a alimentación saludable y a la práctica regular de actividad física. A juicio del panel el árbol del problema existente muestra solo una línea causal “exceso de entornos no saludables”, lo cual es insuficiente respecto de la propia metodología de marco lógico y poco consistente con los marcos teóricos en que se sustenta su diseño.
- En función del marco teórico y contextual, se justifica plenamente la intervención del Estado ya que la Política Pública de Promoción de la Salud está en las más altas prioridades.
- La estrategia del Programa está evidentemente dirigida a toda la población del país afectada por el problema. No obstante, existen requisitos para que un municipio acceda al Programa, lo que hace que estemos en presencia de un programa universal con cobertura no total (ver anexo 2c), y además existen algunas potenciales inequidades, como las de género (ver anexo 4), todo lo cual debe ser corregido.
- Existen otras estrategias del Estado para abordar parte del problema identificado y todas ellas forman parte del Sistema Elige Vivir Sano que se encarga de coordinarlas y así abordar la promoción de la salud y la prevención de las ECNT de manera más integrada e integral.
- El programa se coordina con varios programas relacionados al interior del MINSAL y también con otros ministerios a través del SEVS. A juicio del Panel, las coordinaciones establecidas con Programas

---

<sup>75</sup> Esta perspectiva reconoce que las políticas que emanan del sector público (educación, industria, comercio, transporte, incluyendo salud) determinan la salud (positiva o negativamente), y que además afectan las metas y objetivos de salud pública. Involucran condiciones donde la gente vive: seguridad, ingreso digno para vivir, ambientes sanos, vivienda adecuada, educación, alimentación, información, cuidados en la niñez, transporte seguro, condiciones sociales y familiares positivas (sin violencia, abuso, negligencia, pobreza). OPS- OMS. Municipios y Comunidades Saludables. Guía de los alcaldes para promover calidad de vida. Disponible en: <http://www.upv.es/contenidos/CAMUNISO/info/U0560500.pdf> Para más detalle ver anexo 6.

<sup>76</sup> Ley que creó el SEVS en 2013. Ver detalle en anexo 6.

<sup>77</sup> Alcaldes, alcaldesas e intendentes presentes en el Pre-Foro de Alcaldes de las Américas, Camino a Shanghái 2016, de los países de Chile, Ecuador, Perú, Guatemala, Cuba, Brasil, Argentina, México, Haití, Colombia, Guayana y Paraguay; desarrollado los días 25 y 26 de Julio del 2016, en Santiago de Chile. Citada en: MINSAL. Orientaciones político-estratégicas para el gobierno local avanzando hacia políticas públicas locales para el bienestar colectivo. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables. Subsecretaría de Salud Pública. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. 2017.



relacionados de otros ministerios tienen mucho espacio para mejorar, y así alcanzar el mayor impacto potencial del programa.

- No se detectaron duplicidades con otros Programas relacionados.

## 2. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

Una de las funciones esenciales de salud pública es la promoción de la salud, la que se implementa en el país a través de la Subsecretaría de Salud Pública y su Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana (ver anexo3), y uno de sus programas es el de Planes de Promoción de la Salud para Municipios, Comunas y Comunidades Saludables<sup>78</sup>.

Recordemos que el Programa tiene como **propósito “Mejorar el acceso de la población a la promoción de la salud a través de los planes trienales habilitando y optimizando entornos saludables”**<sup>79</sup>. Dicho propósito se alcanza a través del aumento de los entornos (físicos, sociales e informativos) saludables, mejorando el acceso a alimentación saludable, y el acceso a la práctica regular de actividad física, a través de intervenciones locales saludables e instalación de equipamiento e infraestructura y recuperación de espacios públicos para la vida saludable. A juicio del Panel, el Programa opera en concordancia a su diseño y estrategia definida.

Además, en base a los resultados del estudio complementario contratado por DIPRES para esta evaluación<sup>80</sup>, se observa que el Programa es percibido por los/as entrevistados del estudio como un aporte a la comunidad, no solo en la promoción de salud y temáticas habituales de ésta (como alimentación y actividad física), sino también en la prevención de otras problemáticas locales, como violencia en barrios, inseguridad, entre otras. Este es un resultado clave del estudio pues, aun cuando no es generalizable<sup>81</sup> a todo el país, alude a un efecto sobre la salud y el bienestar de las personas entendidos en términos amplios (no solo ausencia de enfermedad), sobre la cual se basa la lógica de intervención en base a entornos.

La integración de los resultados esperados de los componentes se da a partir de la elaboración de una planificación trienal, la cual debe diseñar intervenciones en estos componentes en cada uno de los sectores correspondientes a los diferentes espacios o entornos a intervenir (en base a criterios de población y geográficos)<sup>82</sup>. El Programa declara que trata de proyectar una ruta de trabajo, compuesta no sólo de una sumatoria de actividades, sino que, de intervenciones basadas en evidencia que respalda su efectividad. Así, los componentes del Programa están pensados para intervenir / interactuar en los diferentes niveles: personal, familiar, comunitario, estructural/social.

---

<sup>78</sup> Entre las definiciones trazadoras para la acción en salud pública se encuentran las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) definidas como “el conjunto imprescindible de medidas, bajo la responsabilidad exclusiva del Estado, que resultan fundamentales para alcanzar la meta de la salud pública: de mejorar, promover, proteger y recuperar la salud de la población mediante una acción colectiva”. Organización Mundial de la Salud (OMS). La Salud Pública en las Américas: Instrumento para a medición del desempeño para las funciones esenciales de la salud pública en el departamento de Caldas. Manizales: Centro Editorial Universidad de Caldas. 2003.

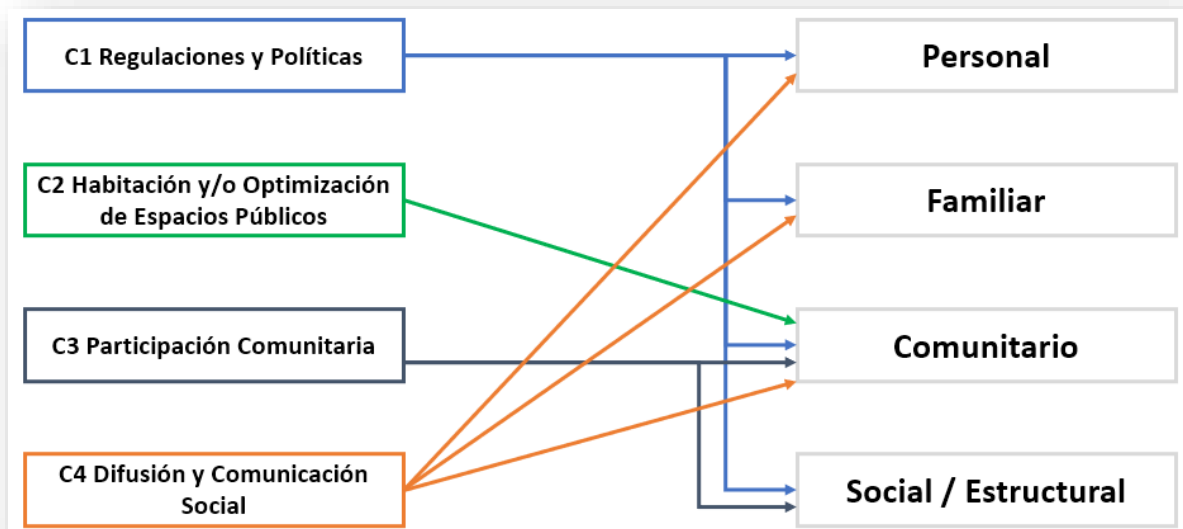
<sup>79</sup> MML del Programa 2020.

<sup>80</sup> El Estudio complementario, encargado por DIPRES en el marco de esta evaluación se denomina “Estudio de percepción de actores relevantes en el proceso de implementación del Programa MCCA” y, tal como su nombre lo indica, tiene como objeto conocer y analizar las percepciones de actores claves en el proceso de implementación del programa en un conjunto de comunas seleccionadas. El Estudio, de carácter cualitativo (análisis de contenidos), es informado a partir de 15 entrevistas realizadas por un investigador experto en formato online (vía Zoom) a un conjunto de actores relevantes seleccionado. La muestra se construye a partir de un muestreo intencionado en 3 etapas, de acuerdo a lo siguiente: i) Se seleccionan aleatoriamente cuatro comunas por macro zona, ii) Para cada macro zona, se selecciona aleatoriamente 1 comuna con PTPS vigente, iii) Para cada comuna, se selecciona un conjunto de actores clave (Directivos; Encargados y Miembros del Equipo gestor o comités intersectoriales), considerando como criterio de selección los roles dentro del proyecto.

<sup>81</sup> La información recolectada en el estudio complementario considera escenarios muy diversos, con características sociales, culturales, políticas, administrativas y económicas que responden a una realidad local heterogénea entre las comunas evaluadas.

<sup>82</sup> Se recomienda a los niveles locales trabajar con las áreas de influencia de los establecimientos de la atención primaria de salud, en los casos dónde existan y obedezca a criterios utilizados por la comuna, en otros casos justificados se deberá utilizar otra sectorización como es el caso de comunas que no cuentan con Atención Primaria Municipalizada.

**Figura 9 - Esquema de Componentes del Programa y Niveles de Interacción**



Fuente: Elaboración propia

El brazo ejecutor del programa es la comuna (Municipios), en donde los equipos locales municipales deben ser capaces de reflexionar sobre el territorio, sobre los determinantes sociales de la salud y sobre la calidad de vida, de analizar las causas de las causas del aumento de conductas no saludables (como bajo consumo agua, bajo consumo de frutas y verduras, bajo consumo de pescados y mariscos, bajo consumo de legumbres, alto consumo de alimentos altos en nutrientes críticos, inactividad física), y de planificar una intervención a tres años, con metodología de Marco Lógico.

En el año 2015 el Programa realizó un proceso preparatorio que sirvió de base para las los PTPS 2016 – 2018 y 2019 – 2021, denominado Fase de Organización, el cual consistió en:

- Revitalización o conformación y formalización de los comités gestores (encargado de promoción más otros profesionales dependiendo de las condiciones del municipio) y mesas intersectoriales (salud, educación, deporte y recreación, viviendas, trabajo, etc.).
- Entrega de competencias técnicas a los encargados nacionales, regionales y comunales de Promoción de la Salud, efectuando diversos procesos de capacitación en los distintos enfoques teóricos, como capacitando en metodología de marco lógico.
- Fortalecimiento de la participación social a través de diagnósticos participativos y de la aplicación de metodologías de priorización de problemas con la comunidad, dando origen a los distintos árboles de problemas de promoción de la salud para el período 2016-2018<sup>83</sup>.
- Se estableció como requisito contar con un encargado/a comunal con dedicación exclusiva al tema, lo que implica institucionalización y mayor importancia del tema por parte de autoridades. El/la encargado/a debe contar con habilidades de coordinación y asociatividad intersectorial (Nivel central, SEREMI, divisiones municipales, organizaciones comunitarias, y otros organismos públicos o privados), conocimiento del territorio, de la administración municipal, del diseño de proyectos y de planificación, sumado a habilidades sociales y comunicacionales.

<sup>83</sup> En este contexto, además, durante el año 2015 se adaptaron los recursos y tiempos administrativos a generar buenas bases para los próximos planes trienales. En dichas orientaciones se recomendó que un 50% del Plan Comunal de Promoción se destinara a acciones de Promoción de la Salud y el otro 50% a la elaboración de diagnósticos participativos y a la instalación de la estructura organizacional que requería el nuevo modelo.

El Programa apunta a desarrollar en cada comuna un plan trienal participativo e intersectorial de promoción de la salud, integrado a otros instrumentos de planificación comunal<sup>84</sup> para el logro de las metas de comuna saludable, en base a un diagnóstico integral de situación de salud y calidad de vida de la población. Así también, se impulsa que el municipio diseñe y ejecute políticas para el abordaje de los determinantes que impactan en la mejora de la salud, calidad de vida y bienestar de la población.

Para esto, se aplica un modelo consensuado entre los actores locales/territoriales de acción intersectorial integrado centrado en resultados, con todos los sectores para mejorar los resultados en salud de las comunidades con enfoque de determinantes sociales y equidad en salud.

### **Consecuencias de la Pandemia en la implementación**

La pandemia de COVID-19 se inicia en marzo del 2020 e implicó un punto de inflexión en la implementación del Programa. El contexto de pandemia continuó complejizando los diferentes procesos de ejecución de actividades y recursos que se habían visto afectados por el “estallido social” iniciado en octubre de 2019.

A nivel comunal, los actores entrevistados en el Estudio Complementario reconocen que el contexto de pandemia ha generado cambios en las comunicaciones, enfriando las relaciones con el intersector (educación, desarrollo social, obras, etc.) y el apoyo con otros programas, percibiéndose actualmente un trabajo desarticulado y enfocado cada uno en sus metas.

Los actores, también, señalan que la crisis socio sanitaria ha impactado en las formas de trabajo y los desempeños, con altos niveles de estrés y dificultades para la adecuada comprensión de las directrices enviadas desde el nivel central y regional. Muchos/as encargados/as comunales han sido redestinados a tareas no vinculadas con promoción de salud, tales como testeo y trazabilidad, pero igual siguen con los PTPS en los pocos tiempos “libres”.

Según los/as entrevistados/as, en pandemia el gasto del recurso financiero ha sido lo más complicado. Se ha producido una necesaria reformulación de los planes, se priorizó el componente 2 para poder cumplir con la rendición de los recursos, se dio la oportunidad, desde el nivel central, de simplificar los planes<sup>85</sup>, se dio *“cambio tras cambio”* y *“jugando al ensayo-error”*.

Un aspecto positivo percibido por los actores es la capacidad de adaptación y flexibilidad de todos los niveles frente a contingencias como las vividas con el estallido social y la pandemia, lo cual les permitió una rápida respuesta para adecuar actividades y continuar con la implementación del programa.

También existe una percepción positiva de los/as entrevistados/as respecto del apoyo comunal, entendido este como el nivel de involucramiento y participación del municipio como facilitador para la implementación del Programa, estableciéndose una relación colaborativa y de apoyo para el desarrollo y difusión de actividades y de manera particular en el manejo de los recursos.

Finalmente, con la pandemia aparecen nuevas necesidades especialmente relacionadas con la salud mental y los niveles de obesidad en todos los grupos etarios, producto del sedentarismo, las restricciones de movilidad por cuarentena y falta de actividad física, por tanto, se considera que deberían ser insertados en los planes de promoción del próximo ciclo:

---

<sup>84</sup> Para una acción territorial coherente y sinérgica, que aumente las probabilidades de éxito en la implementación de la estrategia MCCA, es de gran relevancia que el plan estratégico de Municipios, Comunas y Comunidades Saludables esté articulado al menos con el Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO) y el Plan de Salud Comunal e idealmente, además con el Plan Anual de Desarrollo de la Educación Municipal (PADEM), Plano regulador y otros instrumentos de planificación local.

<sup>85</sup> Con los recursos presupuestados también se compraron canastas de mercaderías para hacer frente a la crisis social secundaria a la pandemia.

*“Con pandemia y con estallido social las orientaciones del próximo trienio van a tener que ser muy repensadas y quizá partiendo con diagnósticos, muchos más comunitarios para poder ver cómo están las condiciones o cómo podemos sacar adelante, porque todo lo que hacemos nosotros es para sacar adelante los problemas de salud, obesidad, sedentarismo, malnutrición por exceso, falta de actividad física, todo eso, como lo podemos abordar” (C2P2, 48).<sup>86</sup>*

## **Producción de componentes**

A continuación, se relatan y analizan los principales elementos asociados a la implementación de los componentes del Programa.

El ciclo completo de ejecución de la estrategia, que tal como se ha señalado anteriormente es una acción permanente sobre los entornos físico, informativo y social (componentes 2,3 y 4) es completado y complementado con el componente 1 de Regulaciones y Políticas municipales para la vida saludable, el cual busca potenciar la elaboración, implementación y seguimiento de regulaciones y políticas locales (ordenanzas, decretos, planes comunales) que buscan mejorar los entornos señalados.

El Programa PTPS estableció la necesidad de realizar diagnósticos participativos en las orientaciones técnicas de 2015, los cuales podían efectuarse en una instancia que incluyera la formulación del Plan Comunal de Promoción de Salud o bien en una instancia exclusiva para elaborar el diagnóstico. Con esta herramienta pudo obtenerse información relativa a la prioridad y pertinencia de las actividades desde la perspectiva de la ciudadanía y la comunidad para la cual estaban destinadas<sup>87</sup>. Actualmente, el componente de participación da sostenibilidad al Plan Trienal de Promoción de la Salud en la medida que aporta pertinencia con las necesidades locales al diseño e implementación del plan, así como también la participación en la etapa de creación de las intervenciones contribuye a la sostenibilidad de éstas una vez implementadas.

La mejora del entorno físico se efectúa a través del componente habilitación y optimización de espacios públicos para la vida saludable, con involucramiento directo de la comunidad.

El entorno social es intervenido a través del componente Participación Comunitaria con la formación de redes locales que busca incidir en cambios culturales y de costumbres asociadas a la alimentación y actividad física, involucrando a las personas con su entorno de vida y asociatividad, lo cual contribuye al desarrollo de factores protectores psicosociales, debido a que un vínculo saludable al interior de la comunidad fortalece la confianza en los otros, la reciprocidad, el liderazgo comunitario y, en definitiva, fortalece el tejido social comunitario que permite a los individuos proteger su salud mental.

Un aspecto relevante se relaciona con el nivel de participación comunitaria y la relevancia que tiene para el Programa, describiéndose por los actores del nivel local como el “sentido o razón de ser” del mismo. Igualmente, su importancia se refleja en su participación en los procesos de diagnóstico, planificación y ejecución de las actividades. El componente de Participación Social resulta esencial en la estrategia MCCS, no sólo porque permite contar con información sobre los problemas de salud que la comunidad percibe y prioriza, sino que también porque permite que la comunidad explore y reflexione sobre los determinantes sociales y sobre su propia calidad de vida, y vaya adquiriendo poder para la transformación de la realidad socio sanitaria.

A través del componente 4, se facilita información a la población de forma sistemática, con mensajes de promoción de salud, información sobre la oferta de actividad física y alimentación saludable. También se educa para aumentar la percepción de riesgo de ECNT asociado a las conductas no saludables. Se

---

<sup>86</sup> Ver anexo de estudio complementario.

<sup>87</sup> Ejemplos de temas que se consultaron fueron: prioridad y/o pertinencia de actividades a realizar, pertinencia de infraestructura a instalar, sectores de la comuna prioritarios para focalizar alguna inversión, grupos etarios prioritarios según sector, identificación de otros grupos poblacionales a priorizar

desarrolla una estrategia comunicacional con la participación de la comunidad, en la cual se expresen mensajes de salud positivos.

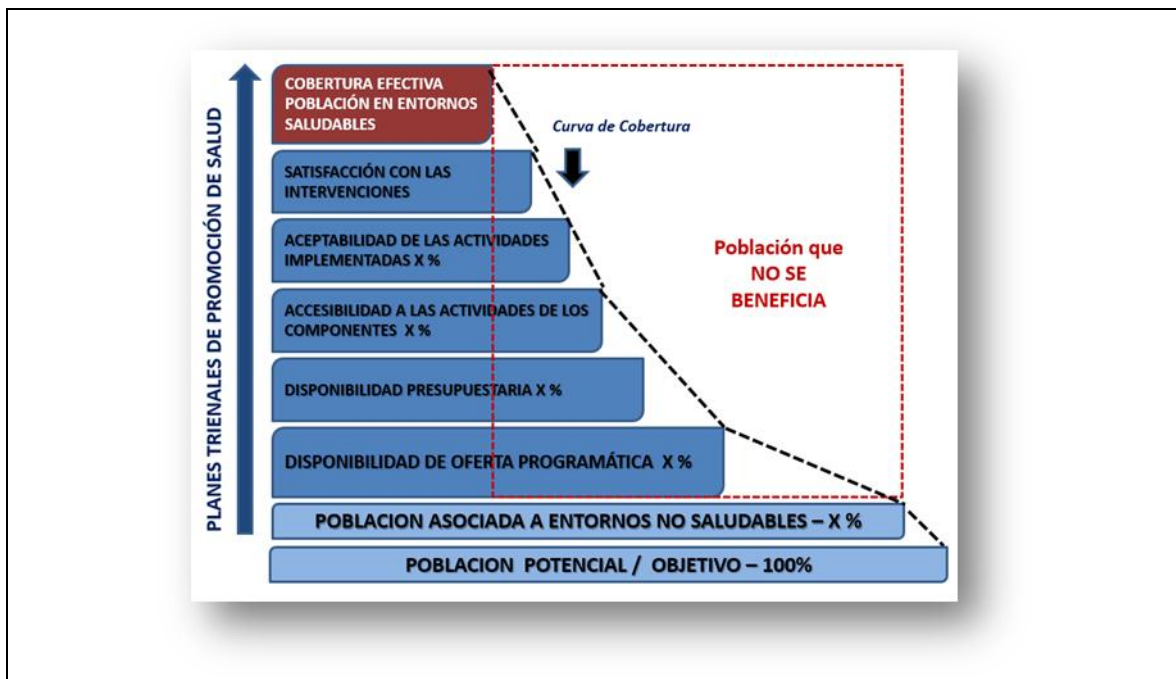
La planificación del Programa se hace de acuerdo a un presupuesto conocido y asignado, y no necesariamente en base a los resultados de los diagnósticos y prioridades participativas, ya que más bien se seleccionan actividades desde el pool existente, que son financiables con los marcos presupuestarios asignados y los recursos de programas relacionados (sinergias). Dado lo anterior, no existen brechas identificadas/definidas que puedan/deban ser cerradas por los PTPS, sin poder, por lo tanto, tener un dimensionamiento de la cobertura efectiva del Programa.

No obstante que el programa tiene dentro de sus marcos orientadores el de los Determinantes Sociales de la Salud y de Equidad, y que se han realizado permanentes esfuerzos para la realización de progresos en torno a la equidad de la implementación de este, la situación observada plantea áreas de posibles déficits de equidad en el desarrollo del Programa, ya que existe una gran brecha entre la población que requiere la intervención promocional y la que finalmente la obtiene.

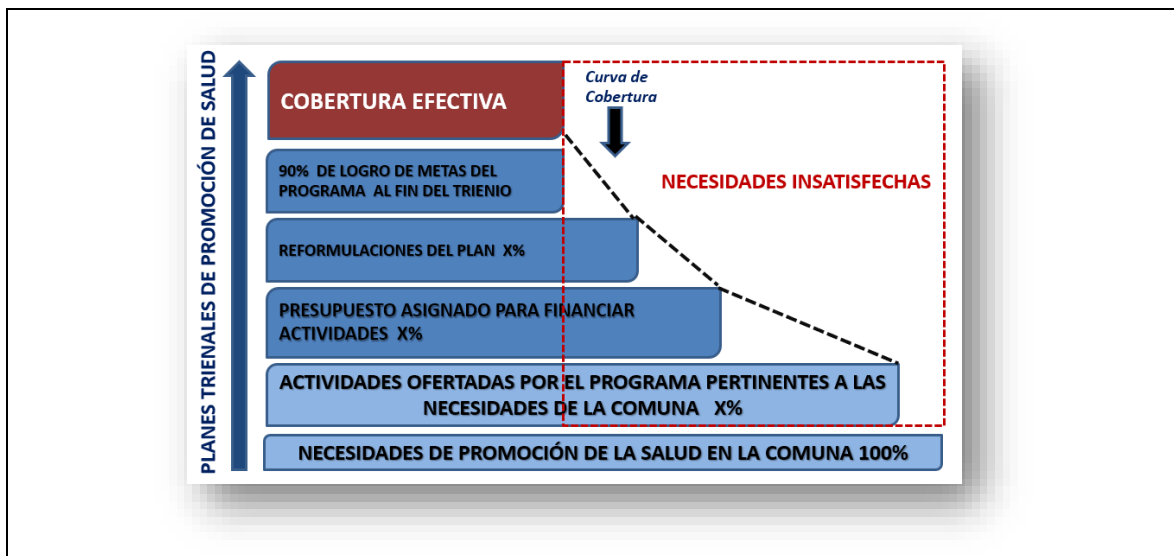
El Modelo de evaluación de Equidad de acceso y barreras a servicios de salud<sup>88</sup>, plantea que se presentan situaciones que se transforman en barreras para que la población que debe beneficiarse de las intervenciones planificadas lo hagan de manera real o efectiva. Las intervenciones no solo deben estar disponibles, también deben ser aceptadas por la población objetivo, deben ser utilizadas por las personas, deben resultar satisfactorias para los/as usuarios/os. Por otra parte, los aspectos de gestión deben procurar señalar las metas más altas para que las propias planificaciones potencien el logro de la cobertura efectiva.

Dicho modelo sirve para esquematizar una curva de cobertura que permite visualizar las barreras para el logro de la equidad teórica del Programa.

**Figura 10 - Esquemas teóricos para el dimensionamiento de la cobertura efectiva del programa**



<sup>88</sup> Enfoque Innov8 para examinar los programas nacionales de salud para que nadie se quede atrás. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



Fuente: Elaboración Propia<sup>89</sup>

Respecto a la producción de actividades del programa, no se identifican actividades prescindibles o posibles de sustituir por otras más eficaces, pero sí es necesario un ordenamiento y jerarquización de las actividades, que permitan al programa dimensionar el peso de cada línea de acción respecto a las otras, y su coherencia con el objetivo a cumplir por el componente. En relación con el proceso de producción de componentes, el Programa tiene mecanismos para asegurar la atingencia de las intervenciones (actividades asociadas a resultados), sin embargo no existen mecanismos que aseguren la total vinculación entre ellos tanto en la planificación y la ejecución, que otorguen coherencia a las intervenciones locales, entendida esta coherencia como la búsqueda de que las actividades incluidas se potencien entre ellas, que los resultados esperados en los componentes estén o se vean potenciados por la sintonía / sincronía entre las actividades planificadas y ejecutadas.

Respecto al monitoreo y evaluación del programa, se observa que el Programa tiene un bajo nivel de control sobre el uso de los recursos en el territorio debido, entre otras cosas, a debilidades en el sistema de sistematización y reporte de los montos de planificación y gasto de los planes comunales. El Programa cuenta con abundantes datos para el período de evaluación (sistematizados en planillas Excel y en la plataforma MIDAS), pero de difícil procesamiento y/o agregación a nivel regional o nacional, limitando la capacidad del Programa para tener una mirada macro de la gestión de recursos (más detalles en secciones de Economía y Eficiencia). Estas limitaciones quedarían en gran parte abordadas gracias a los nuevos esquemas de reportabilidad en la plataforma MIDAS que el Programa habilita hacia el término de esta evaluación.

Un fenómeno similar ocurre a nivel del seguimiento de los resultados del programa, ya que se generan abundantes y pertinentes datos que permiten levantar información para medir desempeño del programa y retroalimentar su gestión, pero es poco oportuna, insuficiente<sup>90</sup>, de regular calidad y de difícil procesamiento (es decir, información que resulta muy compleja de ser agregada para lograr una mirada macro de cómo se está implementando el Programa en todo el país) (más detalles en Anexo 3, sección D).

El Programa posee una clara definición/asignación de funciones en todos los niveles involucrados, y con adecuada documentación que describe claramente las etapas, actividades y productos: Orientaciones

<sup>89</sup> Tomado desde el marco que propusiera Tanahashi en 1978 que examina la cobertura de un programa como una serie de dimensiones que la población beneficiaria debe recorrer para lograr una cobertura efectiva y obtener las prestaciones y beneficios esperados. Tanahashi T. (1978). Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 1978;56(2):295– 303.

<sup>90</sup> El programa indica: Ya se encuentra implementada el nuevo desarrollo que permite sistematizar mayor información de los planes, por ejemplo, el tipo de gastos. Se pueden entregar los antecedentes al Panel de ser requeridos.

Técnicas (OOTT), Manuales para el desarrollo técnico de las actividades, Resoluciones que aprueban anualmente la ejecución del Programa.

Dada la cantidad de funciones que deben ser desarrolladas por el nivel central, se aprecia como suficiente la dotación de personal ya que se cuenta con seis profesionales para realizar la gestión global nacional del Programa (2,5 JCE). No obstante, el panel estima que esta dotación deberá ser aumentada si se emprenden las recomendaciones realizadas en la presente evaluación.

Respecto a los encargados regionales, del Estudio Complementario se observa que éste es uno de los elementos mejor evaluados por actores entrevistados en el estudio. Ellos/as relevan la cercanía y apoyo recibida desde las SEREMI, la comprensión por parte de los actores regionales frente a los procesos municipales, la comunicación y difusión de actividades, la flexibilidad y mediación que juegan a nivel central brindando acompañamiento a los Encargados de Programa, lo cual es valorado como muy positivo<sup>91</sup>. A juicio del panel, lo anterior es relevante y se debe potenciar.

Al mismo tiempo, el Panel detectó que existe una distribución inequitativa de los recursos humanos regionales destinados al programa que debe ser corregida ya que es una fuente teórica de inequidad en los resultados del Programa<sup>92</sup>. Según el Programa, existen muchos factores para explicar las diferencias en la dotación y horas asignadas entre una región y otra, entre los cuales se mencionan:

- La dependencia administrativa del personal de cada SEREMI es independiente del Nivel Central, por lo que la distribución del RRHH y sus funciones dentro de cada SEREMI, depende de las prioridades que cada autoridad regional defina para su territorio en un momento dado.
- Existencia de una estructura histórica de cada SEREMI que, en la mayoría de las regiones, se ha mantenido en el tiempo, sin tener la posibilidad de aumentar la dotación de cada Secretaría a pesar del aumento en las funciones y/o programas que se ejecutan<sup>93</sup>.
- Dentro de la estructura orgánica, podemos encontrar algunas SEREMI que cuentan con un Departamento de Promoción de la Salud, los cuales tienen funcionarios/as con dedicación exclusiva para el programa, y otras SEREMI en donde Promoción de la Salud es una Unidad dependiente del Departamento de Salud Pública, lo que implica que el personal deban llevar a cabo varias funciones y estar a cargo de diferentes programas, además de estar supeditados a las decisiones de cambios de funciones que pueda entregar la jefatura de dicho Departamento, en desmedro de horas para Promoción de la Salud.

A nivel comunal, se establece un convenio entre las SEREMI y las municipalidades que estipula claramente que la Municipalidad debe disponer de 22 horas semanales efectivas de un funcionario encargado de Promoción de la Salud, como costo para esta. Llama la atención que en el convenio no se plantee una medida de vinculación entre este requisito y la continuidad del plan (por ejemplo, que su potencial incumplimiento condujera a un costo concreto para el Municipio). En efecto, existen en la actualidad múltiples Municipalidades con PTPS vigentes que no cumplen con la dotación de 22 horas semanales exigidas, de acuerdo a una base de datos comunal construida por MINSAL (Nivel Central y SEREMI) para efectos de esta evaluación<sup>94</sup> y entrevistas realizadas por el Panel en regiones.

---

<sup>91</sup> Ver anexo de Estudio Complementario.

<sup>92</sup> Existen grandes diferencias en la dotación del programa, medida en JCE: rango 5,0 (Valparaíso) – 0,11 (Atacama); Promedio 2,08. Dado la pandemia el promedio descendió a 1,57 JCE (24,62 % de disminución). En la disminución de horas para el trabajo efectivo en el programa también tiene una gran dispersión nacional: Siete SEREMI y el MINSAL no vieron disminuida su dotación por la pandemia; en cambio el resto de las regiones se vieron afectadas: Rango 13 (Tarapacá) a 82% (Antofagasta) de disminución, con promedio de 24,3%. Se observa una tendencia a que en aquellas regiones en donde existen oficinas/unidades de gestión descentralizadas o provinciales, la dotación de personal es mayor.

<sup>93</sup> El origen y análisis de esta configuración histórica escapan al propósito de la presente evaluación.

<sup>94</sup> Esta base de datos es elaborada por el Programa para obtener cifras sobre las remuneraciones mensuales entregadas en las comunas (información base utilizada por el Panel para los cálculos de economía de este documento)



Se constató también, a partir de la base de datos y entrevistas regionales, que el esquema de contratación de los encargados de promoción de la salud es altamente heterogéneo (contrata, honorarios, etc). Esta conclusión se encuentra también respaldada por los resultados del estudio complementario, en el que se identifica una alta variabilidad por tipo de contratación, distribución de carga y funciones asociadas en las comunas consideradas en el estudio.

Por último, a partir de las 3 fuentes de información señaladas, que los funcionarios en general permanecieron en sus cargos durante la pandemia, pero una parte importante de su dedicación fue redestinada a tareas no asociadas con promoción, sino con respuesta a la crisis sanitaria.

El Panel considera que esta falencia no solo atenta contra la equidad del Programa, sino que revela una falta de seguimiento y control respecto a los compromisos adquiridos por las comunas. Además de las horas dedicadas al programa, la dotación de recursos humanos comunales presenta una gran diversidad en cuanto a:

- Profesiones (nutricionistas, profesores/as de educación física, trabajadores/as sociales, enfermeras/os, etc.
- Ubicación en la organización comunal: municipio o corporación municipal o en CESFAM.
- Competencias profesionales para el trabajo intersectorial

A juicio del panel estos elementos de heterogeneidad resultan en:

- Elección y/o priorización de actividades de acuerdo a la profesión del encargado/a (por ejemplo, implementar más actividades relacionadas con alimentación saludable cuando se es nutricionista).
- Sesgo de vinculación con programas relacionados de las diferentes subsecretarías dado por la ubicación en CESFAM o en otras locaciones.
- Posible inequidad en el acceso/oportunidad/calidad de las poblaciones a las intervenciones.

Para la coordinación interna y externa del Programa se aplican diversos mecanismos formales para mantener una comunicación y coordinación efectiva entre los diferentes niveles de ejecución de éste. No obstante lo anterior, algunos/as de los/as entrevistados/as de los niveles regionales y del Estudio Complementario expresaron una percepción de que el tipo de relacionamiento y coordinación que se establece entre el nivel central y el regional, es de tipo jerárquico, dejando pocos espacios para la colaboración y para dar a conocer particularidades regionales y locales que ayudarían a la implementación del Programa. El Panel reconoce que, aun cuando estos resultados no son generalizables (están informados, en el caso del estudio complementario, por entrevistas realizadas a 15 actores claves en el ámbito local), permiten visibilizar que en este ámbito de la implementación del Programa existe una distancia entre la forma como el Programa se percibe así mismo en su diseño e intención, y cómo esto llega finalmente a los territorios<sup>95</sup>.

En cuanto a los mecanismos de coordinación con el resto de la Subsecretaría de Salud Pública, éstos son liderados técnicamente desde el Departamento Promoción de Salud y Participación Comunitaria, con una línea de carácter financiero apoyada por el Departamento de Gestión Financiera, ambos de la Subsecretaría de Salud Pública. Con la Subsecretaría de Redes Asistenciales son múltiples las instancias de coordinación ejecutadas (elaboración de las orientaciones para la programación en red, que la APS debe llevar a cabo durante septiembre - noviembre de cada año), las cuales el Panel evalúa positivamente. Otro mecanismo de coordinación formal es la planificación de acciones anuales (Planificación Anual Operativa - POA) en el

---

<sup>95</sup> El proceso frustrado de postulación a fondos para el trienio 2019-2021, en donde el Ministerio de Salud se retractó frente a un proceso que ya había sido iniciado, el cual había exigido un gran esfuerzo y trabajo, generó en algunos/as entrevistados/as inconformidad y sensación de inconsistencia, afectando la imagen que se tiene del nivel central en cuanto a las coordinaciones y orientaciones emitidas.

marco de la Estrategia Nacional de Salud. Desde el Nivel central se recomienda a Servicios de Salud y SEREMI de Salud planificar acciones en el Eje Estratégico de Hábitos de vida (ver detalle en anexo 3).

Finalmente, respecto a la coordinación con actores externos a MINSAL, se observa que el programa se coordina con varios programas relacionados al interior de éste, y también con otros ministerios a través del Sistema Elige Vivir Sano. En general, en el territorio se resalta el sentido de la intervención en términos de aporte complementario con el intersector (salud y principalmente deporte), beneficiando a toda la comunidad y aportando particularmente al fomento de la actividad física y la alimentación saludable. La existencia de comités intersectoriales y su cooperación para el desarrollo de las actividades se reconoce como una fortaleza. A pesar de lo anterior, y a juicio del Panel, las coordinaciones establecidas con Programas relacionados de otros ministerios tienen mucho espacio para mejorar, y así alcanzar el mayor impacto potencial del programa (más detalles en Anexo 3). Desde la mirada del Panel, los mecanismos de coordinación, complementación y acción sinérgica para la promoción de la salud en el país, podría verse fortalecida a través de una evaluación sectorial que clarifique de manera precisa todas las acciones vigentes del sector público en promoción en todas sus esferas de acción (individual, familiar, comunitaria, entornos) e identifique brechas de mejora existentes.

### 3. DESEMPEÑO DEL PROGRAMA: EFICACIA Y CALIDAD

#### 3.1. Eficacia a nivel de Componentes (producción de bienes o servicios) <sup>96</sup>

Para realizar el análisis de este apartado es importante recordar que los componentes definidos por el programa son: 1. Regulaciones municipales sobre entornos saludables implementadas, 2. Habilitación y optimización de espacios públicos para la vida saludable, 3. Participación Comunitaria para el Empoderamiento y 4. Difusión y comunicación social

En relación al componente 1, Regulaciones municipales sobre entornos saludables implementadas, se han cuantificado los siguientes indicadores:

Enunciado	Fórmula de Cálculo	2017	2018	2019	2020	Meta
Porcentaje de comunas que vinculan los PTPS con sus instrumentos de planificación local (PLADECO, PADEM, Planos reguladores, etc.)	N° de comunas que vinculan los PTPS con sus instrumentos de planificación local/ N° total de comunas *100	66,38%	82,32%	82,32%	n/a <sup>97</sup>	s/d
Porcentaje de regulaciones municipales saludables publicadas	N.º de regulaciones municipales de vida saludable publicadas (instrumentos que forman parte de la planificación) / N.º total de comunas con Planes trienales *100	64/336= 19%	80/334= 24%	109/340= 32%	130/340= 38%	s/d

Para el primer indicador cuantificado *Comunas que vinculan los PTPS con sus instrumentos de planificación local*, los porcentajes exhibidos en el periodo van de 66,38% al 82,32% (por el carácter trienal del programa no se cuenta con el dato 2020). Considerando la complejidad que involucra la elaboración y vigencia de un PLADECO<sup>98</sup> o Plan regulador (3 a 5 años), el programa muestra un significativo avance en la materia. Para este indicador no es posible exigir un 100% porque las orientaciones para elaborar estos instrumentos son de otros organismos del Estado como la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo (SUBDERE) y el Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU). Además, en el nivel local se deben tomar en cuenta otros elementos contextuales como es la organización municipal, los diagnósticos participativos comunales y las voluntades políticas de cada Municipalidad. Esto cobra especial importancia en el contexto de los resultados obtenidos en el Estudio Complementario, en el que se señala que, en los actores clave entrevistados, existe una percepción de que la voluntad política y sensibilidad del alcalde de la comuna puede tener impacto directo sobre la ejecución de los Planes.

En cuanto a las *Regulaciones municipales saludables publicadas*, los porcentajes fluctúan entre el 19% y 38% entre el 2017 y el 2020. Al respecto, el panel evalúa positivamente el aumento progresivo, pues señala una paulatina consolidación de este proceso en la producción del componente. Lo anterior se basa en la observación que ha hecho el levantamiento de buenas prácticas en Promoción de la Salud (Minsal), donde se constata que el proceso de elaboración de una Regulación local saludable puede tomar cerca de 3 años dada la necesidad de confluencia de diversos factores. Atendiendo a lo anterior, a juicio del panel, el componente exhibe un desempeño satisfactorio.

<sup>96</sup> El análisis de los indicadores de economía y eficiencia se realiza en los apartados correspondientes

<sup>97</sup> El dato se levanta en la evaluación trienal año 2021

<sup>98</sup> El PLADECO es un instrumento que corresponde al plan regulador de la comuna

Para el componente 2, *Habilitación y optimización de espacios públicos para la vida saludable*, se han cuantificado los siguientes indicadores:

Enunciado	Fórmula de Cálculo	2017	2018	2019	2020	Meta
Porcentaje de comunas que instala infraestructura en espacios públicos para la actividad física y alimentación saludable respecto del total de comunas con PTPS. (Eficacia/Producto)	$N.^{\circ}$ de comunas que instala infraestructura en espacios públicos para la actividad física y alimentación saludable en año t / $N.^{\circ}$ total de comunas con PTPS en año t *100	84,2% (283/336)	67,0% (224/334)	43,2% (147/340)	80,0% (271/340)	s/d
Porcentaje de personas que percibe una mejora en los entornos respecto del total de personas que responden la encuesta (Calidad/Resultado intermedio)	$N.^{\circ}$ personas que percibe una mejora en los entornos en año t / $N.^{\circ}$ total de personas que responden la encuesta en año t *100	n/a	29,4% (531/1809)	s/i	76,0%* (3517/4632)	s/d

\* Se aplica versión abreviada de encuesta de auto-reporte con limitaciones metodológicas dada la imposibilidad de aplicación cara a cara producto de la pandemia.

Para el primer indicador cuantificado *Comunas que instala infraestructura en espacios públicos para la actividad física y alimentación saludable*, los porcentajes fluctúan entre el 84,2% y el 80,0%. Para este componente, se considera, tanto el mejoramiento de espacios como la instalación de infraestructura, por ejemplo, instalación máquinas de ejercicios. El mejoramiento por su parte implica, por ejemplo, la instalación de techumbres, luminarias u otros que permitan aumentar el acceso a dichos espacios para la vida saludable. Por tanto, no se espera un descenso progresivo considerando la magnitud del problema, la extensión del territorio y la población afectada, y en ese sentido, *optimizar* no implica que se genere una saturación respecto a la mejora que se puede ir dando dentro de un mismo espacio.

Respecto al *Porcentaje de personas que percibe una mejora en los entornos respecto del total de personas que responden la encuesta*<sup>99</sup>, el programa cuenta con dos mediciones 29% el 2018 y 76,0% el 2020. Sin embargo, estos resultados no son comparables debido a que se utilizó otra metodología en el contexto de la pandemia.

A juicio del panel, no es posible evaluar el componente pues es necesario tener una estimación de la habilitación e implementación realizada respecto a la necesitada, según un diagnóstico inicial, y a la planificada. Al momento de elaborar el presente texto el panel no cuenta con la información sobre un diagnóstico inicial respecto a este componente lo que afecta negativamente la evaluación del mismo<sup>100</sup>.

<sup>99</sup> Ver siguiente pie de página

<sup>100</sup> El Programa indica: Respecto de la construcción de indicadores relacionados con los entornos cabe señalar que para 2017 se definió que el número de entornos igual al número de centros de salud (APS) del país, pero el año 2018 se cambió la definición en cuanto al tipo de entornos y en consecuencia el número. Para contar con el número de entornos se realizó un levantamiento de éstos en 15 comunas del país, momento en el que se definieron los siguientes tipos: Juntas de vecinos, juegos infantiles, máquinas de ejercicio, clubes deportivos, centro de madres, clubes de adulto mayor, organizaciones comunitarias, plazas, multicanchas, gimnasios, estadios, polideportivos, parques, skateparks, canchas, áreas verdes, quioscos saludables, piscinas, centros comunitarios, centros de entretenimiento, agrupaciones de mujeres. Durante el 2018 y 2019 se realizó el levantamiento de información en 200 comunas a través de reportes comunales y bases de datos de acceso público. Por otro lado, se avanzó en la creación de un sistema que permitiera la georreferenciación de los entornos (MIDAS), pero hubo limitaciones en el levantamiento de información desde las comunas y en el propio desarrollo de ciertas funcionalidades del sistema que retrasaron la implementación de estas mediciones, motivo por el cual se optó por contabilizar la mejora de entornos a través de la encuesta de percepción (Encuesta de Entornos). Dicha encuesta fue aplicada el 2018 y dados los motivos de fuerza mayor como fue el conflicto social de 2019 y pandemia 2020 no pudo ser aplicada en su diseño original. Sin embargo, se realizó una encuesta de entornos abreviada, no probabilística a casi 5000 personas en modalidad de auto reporte. Los tipos de entornos consultados corresponden a: Gimnasios municipales, canchas o espacios cerrados municipales para realizar en

Respecto al *Porcentaje de personas que percibe una mejora en los entornos respecto del total de personas que responden la encuesta*, el programa cuenta con dos mediciones 29% el 2018 y 76,0% el 2020. Sin embargo, estos resultados no son comparables dado que el instrumento debió adaptarse en el contexto de las dificultades para su aplicación durante el conflicto social y posteriormente durante la pandemia en 2020.

A juicio del panel, no es posible evaluar el componente pues es necesario tener una estimación de la habilitación e implementación realizada respecto a la necesitada, según un diagnóstico inicial, y a la planificada. Al momento de elaborar el presente texto el panel no cuenta con la información sobre un diagnóstico inicial respecto a este componente lo que afecta negativamente la evaluación del mismo<sup>101</sup>.

Para el componente 3, *Participación Comunitaria para el Empoderamiento*, se ha cuantificado el siguiente indicador:

Enunciado	Fórmula de Cálculo	2017	2018	2019	2020	meta
Porcentaje de comunas con PTPS que desarrollan mecanismos de participación para la vida Saludable	$\frac{\text{N.º de comunas que desarrollan mecanismos de participación sobre vida saludable}}{\text{N.º total de comunas con Planes trienales}} \times 100$	85,0% (284/336)	75,0% (250/334)	22,4% (76/340)	44,0% (148/340)	s/d

Para el indicador *Comunas con PTPS con Mecanismos de participación desarrollados para la vida Saludable*, los porcentajes fluctúan entre el 85,0% y el 44,0% en el período de evaluación. Es importante tener en cuenta que en el año 2019 el cumplimiento de las actividades de participación se vio muy afectado por el estallido social, así como también en el 2020 por la pandemia, pero dadas las modificaciones y adaptaciones realizadas a los PTPS más el acompañamiento técnico a los equipos locales, se pudo retomar la ejecución de este tipo de actividades. A lo anterior se debe sumar un retraso en la puesta en marcha de los PTPS ese año, debido a los cambios de las definiciones técnicas de nivel central, lo cual produjo que las transferencias del año 2019 se hicieran en el mes de septiembre, quedando muy poco tiempo para cumplir las metas por parte de las comunas, dada la estacionalidad de las actividades.

También debe considerarse que la formulación de un PTPS se realiza con metodología participativa, por lo tanto, la participación está implícita en las actividades planificadas. Considerando lo anterior, el desempeño de este componente no se puede concluir. Sin embargo el programa ha hecho adaptaciones.

Finalmente, para el componente 4, se ha cuantificado el siguiente indicador:

Enunciado	Fórmula de Cálculo	2017	2018	2019	2020	meta
-----------	--------------------	------	------	------	------	------

actividad física, Espacios públicos abiertos para realizar actividad física (máquinas de ejercicio al aire libre, talleres deportivos, recreativos y/o baile, ciclovías, ciclorecreovías o calles cerradas para dicho efecto, juegos infantiles u otros), Huertos o invernaderos comunitarios en espacio públicos, Ferias libres o mercados de abastos en la comuna, Bebederos de agua potable en espacios públicos, Salas de lactancia materna en espacios públicos, entorno informativo que considera talleres, cursos, capacitaciones y/o conversatorios en temas de promoción de la salud. Finalmente, cuando las funcionalidades de MIDAS estén desarrolladas y operativas, se espera que los equipos locales puedan identificar los entornos intervenidos.

<sup>101</sup> Al respecto el programa precisa: "Cabe señalar que las comunas cuentan con un diagnóstico inicial el cual es el punto de origen de los planes trienales. Este diagnóstico se ve plasmado en los resultados esperados programados por cada comuna. Por ejemplo, adecuada infraestructura para la venta de alimentos saludables (Puntos feria, carritos, ferias libres, kioscos, huertos comunitarios y escolares, verdulerías, otros mercados, etc.). En el marco de estos resultados esperados, planifican actividades. Por tanto, existe diagnóstico inicial por comuna de infraestructura en espacios públicos para la actividad física y alimentación saludable y una planificación. En este contexto, se tiene el conocimiento de que a partir de la ejecución financiera del componente se puede extrapolar que las actividades planificadas en el componente se ejecutan. En el futuro, se podría evaluar el cumplimiento en la ejecución de la planificación del componente. Respecto del indicador de propósito sobre la habilitación de entornos, se esperaba desarrollar una herramienta informática durante 2020 denominada mantenedor de entornos dónde se cargaría esta información de entornos detectados, entornos habilitados y entornos mejorados. Sin embargo, dichos desarrollos debieron detenerse producto de las prioridades establecidas por la Subsecretaría de Salud Pública en el contexto del Brote por COVID 19. Actualmente se encuentra en desarrollo informático dicho mantenedor, por lo que se espera pueda comenzar su operación el mes de mayo. Cabe señalar que la plataforma será poblada de datos por las comunas del país que cuentan con PTPS durante el segundo semestre de 2021 dada la multiplicidad de tareas que han debido asumir los referentes de Promoción de la Salud de nivel regional y comunal".

Porcentaje de comunas con PTPS que desarrollan acciones de difusión y comunicación social para la vida saludable	N.º de comunas que desarrollan acciones de difusión y comunicación social para la vida saludable / N.º total de comunas con Planes trienales*100	90,0% (302/336)	78,4% (262/334)	49,0% (165/340)	74,0% (251/340)	s/d
Peso relativo de las actividades de Educación para la salud en el Plan Trienal	Nº de Actividades de Educación para la salud ejecutadas en el año / Nº Total de Actividades ejecutadas en el año en las comunas que tienen PTPS * 100	47,4% (3332/7023)		54,4% (2396/4405)	42,1% (3689/8753)	s/d

Para el indicador Comunas con PTPS con *Acciones de difusión y comunicación social para la vida saludable*, los porcentajes fluctúan entre el 90% y el 74% en el período de evaluación. En este caso, tal como ya ha sido señalado en el 2019 el conflicto social afectó la producción general de los componentes, y para este caso en particular, existieron múltiples dificultades para acceder a las actividades por problemas de transporte, manifestaciones e incidentes que no permitieron que las personas pudiesen asistir a un taller o una convocatoria de participación social. En el 2020 debido a la pandemia, se ajustaron las metodologías de trabajo lo que ayudó a recuperar coberturas históricas de producción del componente. El indicador *Peso relativo de las actividades de Educación para la salud en el Plan Trienal*, se mantiene relativamente estable en el periodo observado ocupando prácticamente el 50% de las actividades del componente las que corresponde una acción fundamental de la estrategia de Promoción tal como lo señala la literatura científica<sup>102</sup>. A partir de lo anterior, se evalúa positivamente el desempeño de este componente.

### 3.2. Cobertura del programa

Tal como se ha señalado y explicado en el capítulo anterior, la población potencial y objetivo es equivalente, compuesta por toda la población del territorio nacional

La población beneficiaria corresponde al total nacional menos la población de 10 y 12 comunas para los años 2017 y 2018, respectivamente, que no tuvieron PTPS y, para 2019-2020 menos 6 comunas que no tienen PTPS (Arica, Andacollo, La Cruz, Primavera, Timaukel y Antártica) las que son administradas por cinco municipios (el territorio de la Antártica es administrado por la Municipalidad de Cabo de Hornos). En el siguiente cuadro se muestra la cuantificación de la población beneficiaria:

**Cuadro 3 - N° de Beneficiarios Efectivos Años 2017-2020**

Componentes	2017	2018	2019	2020	% Variación 2017-2020
Regulaciones municipales para la vida saludable	18.276.761	18.605.757	18.620.542	19.172.533	4,90%
Habilitación y optimización de espacios públicos para la vida saludable	18.276.761	18.605.757	18.620.542	19.172.533	4,90%
Participación Comunitaria para el Empoderamiento	18.276.761	18.605.757	18.620.542	19.172.533	4,90%
Difusión y Comunicación Social	18.276.761	18.605.757	18.620.542	19.172.533	4,90%

<sup>102</sup> Díaz Brito, Y., Pérez Rivero, J. L., Báez Pupo, F., & Conde Martín, M. (2012). Generalidades sobre promoción y educación para la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(3), 299-308.

<b>Total</b>	18.276.761	18.605.757	18.620.542	19.172.533	4,90%
--------------	------------	------------	------------	------------	-------

Fuente: INE (Proyecciones de Población 2017, 2018, 2019, 2020 en base a CENSO 2017) y base de datos del programa con comunas con PTPS por año.

La cobertura que fluctúa entre el 99,23% y el 98,53% durante los años 2017 y 2020, ha sido calculada en base a los datos mostrados en el cuadro anterior, la que corresponde a la población de las comunas en donde se implementa el programa y, a la población potencial y objetivo ya señalada. Las cifras se exhiben en el siguiente cuadro:

**Cuadro 4 - Cobertura Años 2017-2020**

<i>Año</i>	<i>Población Potencial (a)</i>	<i>Población Objetivo (b)</i>	<i>Beneficiarios Efectivos (c)</i>	<i>% Beneficiarios respecto a Población Potencial (c)/(a)</i>	<i>% Beneficiarios respecto a Población Objetivo (c)/(b)</i>
2017	18.419.192	18.419.192	18.276.761	99,23%	99,23%
2018	18.751.405	18.751.405	18.605.757	99,22%	99,22%
2019	19.107.216	19.107.216	18.620.542	97,45%	97,45%
2020	19.458.310	19.458.310	19.172.533	98,53%	98,53%
<i>%Variación 2017-2020</i>	5,64%	5,64%	4,90%	-0,70%	-0,70%

Fuente: INE (Proyecciones de Población 2017, 2018, 2019, 2020 en base a CENSO 2017) y base de datos de comunas con PTPS por año.

Entre los motivos por los que no está operando en seis comunas están: no aceptación de los términos del convenio (especialmente por el riesgo a ser auditado) o porque son comunas con escasa y dispersa población dispersa, a las que se les envió toda la información pero sus autoridades decidieron no adherirse porque el presupuesto está asociado al volumen poblacional y es el municipio el que tiene que financiar el recurso humano a cargo de los planes, además de las particularidades culturales y geográficas.

A juicio del panel es adecuado el carácter universal del programa, por lo que el programa coherentemente no formula metas para la cobertura nacional.

### 3.3. Eficacia a nivel de resultados intermedios y finales (cumplimiento de objetivos de propósito y fin).

Teniendo en cuenta que el propósito del programa es:

Mejorar el acceso de la población a la promoción de la salud a través de los planes trienales, habilitando y optimizando entornos saludables
--

A continuación, se presentan los indicadores cuantificados:

Enunciado	Fórmula de Cálculo	2017	2018	2019	2020
Porcentaje de personas que acceden al menos dos veces a la semana a entornos saludables (alimentarios y para la práctica de actividad física) habilitados u optimizados (Eficacia/ Resultado final)	$N^{\circ}$ de personas que acceden al menos dos veces a la semana a entornos saludables habilitados u optimizados en año t / $N^{\circ}$ total personas en año t *100	n/a	9% (68/750)	n/a	30,2% 1401/4632

Porcentaje anual de comunas que incorporan ambos ejes, actividad física y alimentación saludable, en sus PTPS (Eficacia/ Producto)	N° de comunas que incorporan ambos ejes en sus PTPS en año t/ N° total de comunas con PTPS en año t *100	89,1% (262/294)	89,1% (262/294)	100% (340/340)	100% (340/340)
Porcentaje de PTPS con cumplimiento de metas mayor al 90% respecto del total de PTPS (Eficacia/ Producto)	N° PTPS con cumplimiento de cumplimientos técnico de metas mayor al 90% en año t/ N° Total de PTPS Formulados en año t *100	55,7% (187/336)	59,6% (199/334)	4,11% (14/340)	18,2% (62/340)
		274 comunas informadas		240 comunas informadas	301 comunas informadas
Porcentaje de población de las comunas con PTPS que ejecutan actividades en los 4 componentes respecto del total de población de comunas con PTPS (Eficacia/ Proceso)	Población de las comunas con PTPS que ejecuten actividades en los 4 componentes en el año t/ Total de Población de comunas con PTPS en año t *100	22,8%	22,7%	17,4%	34,9%
Porcentaje de ejecución presupuestaria del Programa (Eficiencia/producto)	Gasto devengado en año t/ Monto total del presupuesto inicial del Programa en año t *100	98,15%	89,91%	81,39%	91,17%
Porcentaje de gasto de administración (Eficiencia/producto)	Gasto de administración del Programa en año t <sup>103</sup> / Gasto total del Programa en año t*100 <sup>104</sup>	99,59%	94,89%	172,07%	91,17%

En relación al primer indicador *Porcentaje de personas que acceden al menos dos veces a la semana a entornos saludables (alimentarios y para la práctica de actividad física) habilitados u optimizados*, las mediciones con las que se cuenta son del 2018 (9%) y del 2020 (23,63%). De acuerdo a lo informado por el programa, las cifras de 2018 y 2020 no son comparables ya que las metodologías fueron distintas, debido a la adaptación que se debió hacer el 2020 producto de la situación provocada por el brote de COVID-19. En el 2020 se realizó la encuesta a través de un cuestionario online auto aplicado abreviado con el objetivo de obtener información descriptiva del 2020 pero no comparable dada la imposibilidad de aplicar cuestionarios en hogares con muestreos probabilísticos por el riesgo de contagio por COVID 19 y las medidas sanitarias implementadas<sup>105</sup>. Dado lo anterior el panel no puede emitir un juicio evaluativo.

Respecto al segundo indicador cuantificado, *Comunas que incorporan ambos ejes actividad física y alimentación saludable en sus PTPS*, los porcentajes fluctúan ente el 89,12% y el 100%, los que están dentro de lo esperado a juicio del panel.

Un tercer indicador cuantificado es *Porcentaje de PTPS con cumplimiento de metas mayor al 90%*, para el 2017 y el 2018 el cumplimiento está por sobre el 55%, lo que es óptimo teniendo en cuenta que las no todas las comunas informan (274, al momento de realizar el informe el panel desconoce la razón), sin embargo, esto baja sustancialmente en los años siguientes, al 4,11% (2019) y al 18,2% (2020), lo que se evalúa negativamente (aquí también no todas las comunas informaron, 240 para el 2018 y 301 para el 2019). Tal

<sup>103</sup> El programa indica: No se calculaba. Desde el 2018 el Ministerio de Desarrollo Social y Familia lo comienza a solicitar, motivo por el cual, la información que levantó el programa consistió en gastos en actividades que dan soporte a los Planes Trienales identificadas como "Gestión local". En reuniones con el Panel, se propuso usar los porcentajes de gastos administrativos de los años 2019 y 2020 para ser aplicados en los años 2017 y 2018, pero para ello es importante definir con el Panel las actividades que se considerarán como gasto administrativo.

<sup>104</sup> El gasto total del programa corresponde a la suma de los gastos por componentes, gastos administrativos, RRHH.

<sup>105</sup> Para el 2021 se ha mejorado el instrumento y la metodología. Ahora es una encuesta probabilística, lo que permitirá tener datos más robustos. Se estima un tamaño muestral de cerca de 150.000 personas para el 2021. Por tanto, sería representativo de la población beneficiada por el programa. Cabe señalar que el instrumento mide percepción.



como se comentó anteriormente en el informe, el estallido social es determinante en el bajo cumplimiento de las metas, así como el retraso en la puesta en marcha de los PTPS ese año, de allí que, para el primer año, el Programa exigió un 30% del cumplimiento. Para el año 2020 es la pandemia la que determina el bajo cumplimiento de las metas.

El cuarto indicador corresponde a *Porcentaje de población de las comunas con PTPS que ejecutan actividades en los 4 componentes*, los porcentajes fluctúan entre 22,8% y 34,9% en el periodo observado, lo que se evalúa negativamente si se tiene en cuenta que los cuatro componentes a la vez dan cuenta del producto esperado.

Un quinto indicador analizado *Porcentaje de ejecución presupuestaria del Programa*, tiene un rendimiento óptimo, fluctuando entre el 97,9% y el 90,1% (la ejecución presupuestaria es solo la transferencia de recursos y no la ejecución local)

Por último, el gasto administrativo será analizado en el apartado de Eficiencia.

El análisis de los indicadores en su conjunto, dan cuenta de un desempeño regular del programa a nivel de propósito.

### 3.4. Calidad (satisfacción de los beneficiarios efectivos, oportunidad, comparación respecto a un estándar)

Un indicador de calidad del programa corresponde al *Porcentaje de personas que percibe una mejora en los entornos respecto del total de personas que responden la encuesta*.

Enunciado	Fórmula de Cálculo	2017	2018	2019	2020	Meta
Porcentaje de personas que percibe una mejora en los entornos respecto del total de personas que responden la encuesta (Calidad/Resultado intermedio)	$N.^{\circ}$ personas que percibe una mejora en los entornos en año t / $N.^{\circ}$ total de total de personas que responden la encuesta en año t *100	n/a	29,4% (531/1809)	s/i	76,0%* (3517/4632)	s/d

\* Se aplica versión abreviada de encuesta de auto-reporte con limitaciones metodológicas dada la imposibilidad de aplicación cara a cara producto de la pandemia.

La encuesta utilizada corresponde a un instrumento preliminar que su aplicación tiene carácter de “piloto” para los años de aplicación. En la actualidad, el programa ha contratado servicios externos para la elaboración de un instrumento sofisticado que asegure la confiabilidad de los resultados tanto por su diseño como por su aplicación.

Tal como fue ya señalado en apartado anterior, los resultados no son comparables debido a que se utilizó otra metodología en el contexto de la pandemia. En tanto el porcentaje alcanzado en el 2018 (29,4%) es deficiente el del 2020 (76%) es satisfactorio.

## 4. ECONOMÍA

### 4.1. Antecedentes presupuestarios

El programa Planes de Promoción de la Salud para Municipios, Comunas y Comunidades Saludables (MCCS) tiene un presupuesto anual promedio de M\$9.230.496 en el período 2017-2021 (incluyendo todas las fuentes de financiamiento: Asignación en la ley de presupuestos, Aportes de la Institución responsable y Aportes extrapresupuestarios de los Municipios con planes. Como se muestra en el cuadro siguiente, esto representa una variación del -5% entre los años 2017 y 2021. El presupuesto del programa está compuesto, formalmente, por recursos asignados específicamente al Programa. Sin embargo, se identifican también

aportes adicionales que realiza la institución responsable con cargo a los Subtítulos 21, 22 y 29, y los aportes de las entidades ejecutoras del Programa en el territorio– las Municipalidades (más detalles respecto a estos aportes en las siguientes secciones).

**Cuadro 5 - Presupuesto total del programa 2017-2021 (miles de \$2021)**

<i>Año</i>	<i>Presupuesto total del programa (incluye todas las fuentes de financiamiento)*</i>	<i>Presupuesto inicial del Programa proveniente de la Institución Responsable** (a)</i>	<i>Presupuesto vigente del Programa proveniente de la Institución Responsable (b)</i>	<i>Planificación presupuestaria (%) (b/a)</i>
2017	9.305.020	5.042.013	5.042.013	100,0%
2018	9.325.199	5.057.970	5.057.970	100,0%
2019	9.610.422	5.086.664	8.767.264	172,4%
2020	9.106.252	5.053.252	5.053.252	100,0%
2021	8.805.588	4.577.799		
<i>% Variación 2017-2021</i>	-5%	-9%	0,2%	0%

\* El presupuesto total del programa proviene de la asignación específica al Programa, los aportes de la SSP y aportes extrapresupuestarios de los ejecutores (Municipalidades). Se incluyen estimaciones realizadas por el Panel respecto a los 2 últimos aportes.

\*\* La entidad responsable corresponde a la Subsecretaría de Salud Pública (SSP) del Ministerio de Salud. El presupuesto detallado excluye aportes extraordinarios planificados el año 2021 en el contexto de Pandemia, para la estrategia nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamientos (TTA), bajo el mismo programa presupuestario del MCCS (más información en Anexo 3, punto C)

Fuente: Elaboración en base a antecedentes entregados por Programa en Anexo 5 y estimaciones propias

Respecto a la planificación presupuestaria del Programa (razón entre su presupuesto vigente y presupuesto inicial), ésta es del 100% en los años 2017, 2018 y 2020, mientras que en el año 2019 es de un 172,4%.

Esto es indicativo de que, en la mayoría de los casos, se han estimado adecuadamente los recursos requeridos para ejecutar sus actividades del Programa al inicio de cada año presupuestario. La situación es muy diferente en el año 2019, año en el que el Programa habría ampliado sus requerimientos presupuestarios en un 72,4%, por un total de M\$3.680.600 (M \$2021). El Programa indica que esto se debe a una inyección extraordinaria de recursos reasignados desde el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)<sup>106</sup>. Esta reasignación, según se indica, fue un caso especial aprobado por la Subsecretaría, ante la solicitud del Programa.

Esta solicitud surge en un contexto, en que el Programa se encontraba reconfigurándose bajo un esquema de Fondos Concursables, una estrategia que finalmente no fue llevada a cabo, pero que abrió la oportunidad de preguntarse respecto a otros mecanismos de asignación de recursos a las comunas, no basado en el presupuesto histórico regional (sistema que se utiliza actualmente<sup>107</sup>), sino que en un esquema que mejor atendiera las necesidades vigentes de las comunas. Así, el Programa propuso a las comunas valorizar sus planes “ideales” para el cambio de trienio, no condicionados por los montos pre-asignados que actualmente se comprometen a las comunas. En base a estas “planificaciones ideales” el Programa identificó una “brecha de financiamiento” para el Componente 2 (Instalación y Habilitación de espacios públicos para la vida

<sup>106</sup> El Programa desconoce por qué se traspasaron recursos específicamente del PNAC, ya que solo elaboraron el argumento técnico para solicitar los recursos, pero la hipótesis es que este programa tenía saldos sin ejecutar que fueron redestinados al MCCS ante su solicitud.

<sup>107</sup> Más información al respecto en la sección C del Anexo 3.

saludable) que fue parcialmente cubierta para generar “mejoras sustanciales en el entorno físico de las comunas, otorgando condiciones que faciliten mejores opciones de vida”.

De acuerdo con el Ordinario N°3951 del 2019 de la SSP que complementa la distribución de recursos regionales con cargo al Subtítulo 24<sup>108</sup>, se aprobó un incremento de recursos por M\$3.500.000 (M\$2019) para cubrir la brecha entre el monto pre-asignado y el monto asociado a la planificación ideal de los PTPS.

También se indica que para calcular dichas brechas se utilizó información de la planificación inicial realizada por 326 comunas con planes validados en Mayo y Junio 2019. Así, se consideraron comunas que no cubrían el plan inicial con el monto pre-asignado y que habían programado el uso de recursos en la instalación de espacios públicos (Componente 2) en 3 tipos de actividades particulares:

#### Tipo 1 – Mejoramiento de espacios públicos

- Mejoramiento de espacios públicos que cuentan con infraestructura básica para realizar actividad física (techumbres, lockers, iluminación, entre otros)
- Instalación de estacionamientos de bicicletas en plazas saludables, en edificios públicos y establecimientos educacionales de las ciudades
- Bicicleteros en escuelas

#### Tipo 2- Instalación de infraestructura para lactancia materna

- Instalación de salas de cuna de lactancia materna

#### Tipo 3 – Construcción de espacios para facilitar el acceso a la práctica de actividad física y alimentación saludable

- Circuitos de máquinas para plazas saludables
- Bebederos en plazas saludables y patios de establecimientos educacionales
- Instalación de juegos infantiles en plazas o parques para la actividad física y recreación (Skate park, muros de escalar, otros)
- Adquisición de juegos para instalar en los patios de los establecimientos educacionales

El Programa indica que solo se priorizaron estas actividades en particular para aportar a través de ellas a los objetivos de un Plan de Obesidad Ministerial con el cual el M CCS se encontraba también alineado. A juicio del Panel, y atendiendo que el ejercicio de estimación de brechas fue realizado en un marco muy particular, que no se seguirá implementando, es importante reforzar el valor de que el Programa pueda reflexionar sobre mecanismos de asignación alternativos de recursos a las comunas, y proponer un sistema que no se encuentre rigidizado por criterios de asignación histórica<sup>109 110</sup>, y que ayude a acortar las brechas de equidad identificadas entre comunas.

Al mismo tiempo, el Panel reconoce la inviabilidad de plantear un mecanismo de asignación en base a programaciones ideales, dado que no se cuenta en el país con estimaciones de brechas efectivas en promoción en salud, ni estándares de promoción mínimos establecidos (por ejemplo, número de entornos para la vida saludable per cápita ideales). Este tipo de información permitiría, entre otras cosas, transparentar y estandarizar la forma como los diagnósticos comunales son traducidos en actividades, basándose en brechas de infraestructura e instancias de promoción efectivas (una discusión más detallada respecto a los mecanismos de asignación de recursos del Programa se presenta en el Anexo 3, punto c).

---

<sup>108</sup> (ORD. B31/ No. 3951, 2019) Complementa distribución de recursos regionales Subt 24. Promoción de la salud. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.

<sup>109</sup> De hecho, el Programa se encuentra actualmente trabajando en unas bases de licitación para diseñar un nuevo mecanismo de asignación

<sup>110</sup> En efecto, los sistemas de asignación de recursos basados en el perfil histórico de un territorio han traído desafíos también en otros contextos programáticos, como por ejemplo la Atención Primaria de Salud, que asigna presupuesto a partir de promedios históricos, corregidos por una serie de criterios de equidad geográfica, pobreza, etc. (modelo per-cápita ajustado)

En el siguiente cuadro se resume la distribución de los ingresos adicionales señalados a las regiones, que fue posteriormente distribuido en las comunas, según las brechas estimadas en cada caso:

**Cuadro 6 - Distribución regional de recursos año 2019 (valores nominales)**

REGION	Monto Pre- asignado (a)	Distribución Adicional (b)	% Incremento (a/b)	Total 2019
Arica y Parinacota	50.319.119	17.402.288	35%	67.721.407
Tarapacá	86.342.660	61.915.934	72%	148.258.594
Antofagasta	145.305.974	43.566.398	30%	188.872.372
Atacama	116.053.069	136.320.958	117%	252.374.027
Coquimbo	215.044.822	214.872.630	100%	429.917.452
Valparaíso	293.728.630	471.002.253	160%	764.730.883
Libertador Bernardo O'Higgins	235.402.334	452.794.844	192%	688.197.178
Maule	312.975.395	266.543.227	85%	579.518.622
Ñuble	278.815.164	313.008.186	112%	591.823.350
Biobío	450.735.920	405.052.401	90%	855.788.321
La Araucanía	354.871.834	265.448.404	75%	620.320.238
Los Ríos	169.682.420	153.246.669	90%	322.929.089
Los Lagos	292.508.019	289.932.917	99%	582.440.936
Aysén	66.006.873	37.808.413	57%	103.815.286
Magallanes	96.309.484	0	0%	96.309.484
Metropolitana	880.458.151	371.084.477	42%	1.251.542.628
Nivel Central	232.190.132	0	0%	232.190.132
<b>TOTAL/ Promedio</b>	<b>4.276.750.000</b>	<b>3.500.000.000</b>	<b>80%</b>	<b>7.776.749.999</b>

Fuente: Elaboración propia en base a Ordinario 3951 del 2019 de la SSP

En el cuadro anterior se observa que, en promedio, las regiones experimentaron un alza del 80% de su presupuesto producto de la distribución adicional. Sin embargo, se observa una alta dispersión entre regiones. Por ejemplo, la comuna de Magallanes no incrementa su presupuesto en absoluto, mientras que la región de O'Higgins lo hace en un 192%. Esto implicaría, en este ejemplo, que mientras en una región no se encuentran brechas de planificación, en otra se estiman brechas por casi tres veces el presupuesto original. Esto levanta preguntas respecto a las causas que pueden estar detrás de estas diferencias, entendiendo que en todas las regiones se planificaron actividades asociadas al Componente 2, en algunos de los tipos mencionados. A juicio del Panel, esto podría explicarse, entre otras cosas, por la dotación y capacidad dispar que los recursos humanos a cargo de la implementación del Programa en las regiones poseen para la estimación detallada y oportuna de brechas.

En efecto, y tal como se profundiza en el Anexo 3, sección C del documento, el mecanismo de asignación actual se encuentra limitado, por un lado, por el comportamiento histórico de los presupuestos regionales, que no necesariamente conviven con las necesidades que actualmente se manifiestan en las regiones y sus comunas. Por otro, ofrece un sistema de asignación comunal excesivamente dúctil dentro de las regiones, limitando cualquier posibilidad de realizar análisis comparados entre regiones y dejando un espacio abierto para el surgimiento de inequidades interregionales (toda vez que cada región puede definir su propio índice comunal). Por último, respecto a la distribución de remanentes, preocupa que algunos

critérios de distribución empleados puedan conducir a un empeoramiento de las brechas de desigualdad entre comunas, resaltando una vez más la importancia de poner la Equidad en el centro de todas las decisiones estratégicas y presupuestarias del Programa.

#### 4.2. Fuentes y uso de recursos financieros

Formalmente, el presupuesto del Programa está constituido por la asignación específica que recibe en la Ley de Presupuestos. Pero también se reconoce la existencia de otras fuentes de financiamiento requeridas para su correcta ejecución, aportados por la Subsecretaría de Salud Pública y las Municipalidades:

- Aportes de la Institución responsable

El Programa dispone de profesionales tanto a nivel central como a nivel regional para para realizar labores de dirección, monitoreo, coordinación y apoyo (según se indica en el Anexo 3).

A nivel central, estas labores son asumidas por un equipo de 6 profesionales del Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana (PSPC) y 10 profesionales de la División de Políticas públicas saludables y promoción (DIPOL) y División de Finanzas y Administración Interna (DIFAI) que contribuyen al Programa desde las áreas de presupuesto, contabilidad, tesorería e informática y control de gestión del Ministerio (año 2021<sup>111</sup>). Según estimaciones del Programa, la dedicación semanal del equipo del Depto. PSPC varía entre un 18 y 91% (8 a 40 horas semanales efectivas), mientras la dedicación de los profesionales de apoyo ha sido estimada en un 9% (4 horas efectivas semanales para cada profesional). Así, utilizando las escalas de remuneraciones de la Subsecretaría de Salud Pública para los años 2017-2021, de cargos profesionales, en los grados correspondientes, se estiman los siguientes aportes de la institución responsable:

**Cuadro 7 - Aportes institución responsable Subtítulo 21, Nivel central, período 2017-2021 (valores nominales)**

Grado	N° horas semanales efectivas	REMUNERACION MENSUAL				
		2017	2018	2019	2020	2021
5	19	2.620.297	2.685.804	2.779.808	2.857.641	2.934.798
6	8	2.469.298	2.531.030	2.619.616	2.692.964	2.765.674
7	48	2.275.779	2.332.674	2.414.319	2.481.918	2.548.931
8	73	2.081.409	2.133.444	2.208.116	2.269.943	2.331.231
<b>Total</b>		2.361.695	2.420.738	2.505.465	2.575.617	2.645.159
<b>Variación [(t-t-1)/t-1]</b>		2,5%	3,5%	2,8%	2,7%	

Grado	APORTE TOTAL ESTIMADO				
	2017	2018	2019	2020	2021
5	13.577.901	13.917.348	14.404.460	14.807.776	15.207.590
6	5.387.558	5.522.247	5.715.526	5.875.558	6.034.198
7	29.792.009	30.536.823	31.605.631	32.490.563	33.367.824
8	41.438.967	42.474.931	43.961.582	45.192.502	46.412.690

<sup>111</sup> El Programa indica que, para el periodo de evaluación, no existen variaciones significativas en la dotación de RRHH a nivel central y regional, por lo que se consideran como constantes para los cálculos de esta sección

<b>TOTAL</b>	90.196.435	92.451.349	95.687.198	98.366.398	101.022.301
--------------	------------	------------	------------	------------	-------------

Fuente: Elaboración propia

A nivel regional, el Programa requiere la conformación de equipos que representan la contraparte principal de éste en el territorio, guiando y monitorizando su ejecución por parte de las Municipios. Los equipos que cooperan con la implementación del Programa no tienen dedicación exclusiva a éste, sino que están también a cargo de la ejecución de otras actividades del MINSAL en las regiones. Esto, porque no existe una designación formal de las horas que los equipos regionales dedican al programa, recayendo sobre éstos la responsabilidad de distribuir su jornada laboral entre el MCCS y otros programas que se encuentren bajo su cargo, según se constató en entrevistas realizadas por el Panel a representantes regionales.

Organizacionalmente, los equipos actúan en contextos muy heterogéneos. Por ejemplo, hay SEREMIs que cuentan con sus propios Departamentos de Promoción de la Salud (donde los equipos logran mayor apoyo, autonomía y efectividad en las tareas vinculadas por los PTPS, así como mayor dotación de recursos humanos), mientras otras regiones poseen áreas o unidades de promoción de la salud de menor escala, en las cuales se comparten un sinnúmero de tareas vinculadas a promoción y los PTPS, pero también otras temáticas (pueblos originarios y migrantes, TTA, conformación de cuadrillas sanitarias en el contexto COVID, entre otros). Esta heterogeneidad no solo dificulta enormemente la estimación de los recursos que se aportan al Programa por este concepto, sino que también permite el surgimiento de inequidades entre las regiones resultantes de capacidades de gestión y organización dispares.

Así y todo, el Programa mantiene un registro (planilla Excel) de los profesionales que aportan al programa, indicando su dependencia administrativa (Departamento de Salud Pública, SEREMIs u otro), calidad de contratación, profesión, estamento, grado, y número de horas asignadas y efectivas semanales. El Panel valora positivamente la sistematización oportuna y organizada de esta información (aunque solo disponible para el año 2021/ finales 2020) que, en programas de ejecución local (con mediación regional), suele ser incompleta o inexistente, impidiendo la estimación confiable de aportes adicionales a la asignación específica de los programas.

El Programa ha indicado que tiene pocos espacios para incidir, al menos en su esquema de funcionamiento actual, en cómo son distribuidas las jornadas laborales en las regiones, quedando estas sujetas a la voluntad y recursos (humanos y financieros) existentes en cada SEREMI para priorizar los objetivos y acciones que el programa promueve. Por esto el Panel recomienda establecer mecanismos de compromiso oficiales de las regiones con el Programa y plantear, tal como se hace con los convenios municipales, estándares de participación/ dedicación mínimos de los referentes y equipos regionales.

El cuadro que se presenta a continuación da cuenta de esta heterogeneidad en la dotación y dedicación laboral mencionada.

**Cuadro 8 - Dotación y dedicación laboral de equipos regionales al Programa, 2021**

Región	No. personas	Total horas		Horas efectivas semanales/ persona
		Asignadas	Efectivas	
Arica y Parinacota	4	56	40	10
Tarapacá	4	129	112	28
Antofagasta	3	68	12	4

Atacama	1	5	4	4
Coquimbo	1	44	44	44
Valparaíso	10	220	220	22
Metropolitana	2	80	80	40
O'Higgins	3	132	132	44
Maule	4	40	40	10
Bío-Bío	5	110	110	22
Ñuble	2	88	22	11
Los Ríos	4	176	90	23
Araucanía	3	132	81	27
Los Lagos	6	107	67	11
Aysén	2	30	30	15
Magallanes	1	44	22	22
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>1461</b>	<b>1106</b>	<b>21</b>

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por el Programa

Así, para un total de 55 funcionarios, con una dedicación semanal promedio de 21 horas (48%), y un grado promedio 14 (con su respectiva remuneración bruta), se estiman los siguientes aportes a nivel regional:

**Cuadro 9 - Aportes institución responsable Subtítulo 21, Nivel regional, período 2017-2021 (valores nominales)**

	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Remuneración bruta Grado 14 <sup>112</sup>	1.279.225	1.311.206	1.357.099	1.395.097	1.432.765
<b>TOTAL</b>	<b>403.755.544</b>	<b>413.849.457</b>	<b>428.334.345</b>	<b>440.327.491</b>	<b>452.216.393</b>

Fuente: Escala de remuneraciones Subsecretaría de Salud Pública

El total de aportes de la Institución responsable al Programa, por concepto de RRHH (SEREMI y Nivel Central), se presenta a continuación:

**Cuadro 10 - Total aportes institución responsable Subtítulo 21, período 2017-2021 (valores nominales)**

<b>Nivel</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Nivel central	90.196.435	92.451.349	95.687.198	98.366.398	101.022.301
SEREMIS	403.755.544	413.849.457	428.334.345	440.327.491	452.216.393
<b>TOTAL</b>	<b>493.951.980</b>	<b>506.300.806</b>	<b>524.021.543</b>	<b>538.693.889</b>	<b>553.238.695</b>

Fuente: Elaboración propia

- Aportes extrapresupuestarios

<sup>112</sup> Corresponde a la remuneración mensual de cargos profesionales Grado 14 sujetos a la Ley N°18.834, definida para cada año

Se identifican aportes de otras instituciones del sector público que también apoyan con recursos humanos en la ejecución de actividades requeridas. Específicamente, se realizó una estimación de los aportes realizados por las Municipalidades (entidades ejecutoras del Programa en el territorio), basándose en: i) Los aportes de RRHH teóricos que los municipios comprometen al elaborar sus PTPS (22 horas semanales/comuna) y ii) Los aportes municipales planificados en los PTPS para la ejecución de actividades (en base a registros SIGFE).

Respecto al primer punto, se utilizó una base de datos elaborada por el Programa, con datos solicitados a los encargados de promoción de la salud municipales. El Programa obtuvo respuesta de 9 regiones del país<sup>113</sup>, indicando: profesión de la persona contratada, Ley de contratación (ley N°19.378, N°18.883, Honorarios), grado, calidad jurídica (contrata, plazo fijo, planta, etc.), Categoría funcionaria (sólo para ley 19378), remuneración bruta, No. de horas asignadas y No. de horas efectivas.

Con esta, y aun cuando la información recopilada muestra una gran heterogeneidad entre las comunas (especialmente en las remuneraciones percibidas por los profesionales contratados y dedicación efectiva al Programa), se estimó una remuneración municipal promedio para una muestra de 270 observaciones<sup>114</sup>:

**Cuadro 11 - Remuneración municipal promedio, por región, año 2021**

Región	Remuneración bruta	No. comunas	No. Observaciones
Arica y Parinacota	1.330.000	2	2
Bio Bio	1.207.332	13	27
Los Lagos	1.250.768	13	13
Maule	699.133	18	18
Metropolitana	1.150.649	40	163
Ñuble	911.465	19	19
Tarapacá	1.699.122	5	5
Valparaíso	1.648.750	23	23
<b>Promedio/ total</b>	<b>1.237.152</b>	<b>133</b>	<b>270</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos construida por el Programa

Así, para un total de 133 comunas encuestadas, se calculó una remuneración mensual bruta de \$1.237.152 (año 2021<sup>115</sup>). Esta cifra fue multiplicada por la dedicación laboral esperada en los municipios (22 horas semanales) y por el total de comunas con PTPS, obteniendo los resultados que se muestran en el siguiente cuadro.

**Cuadro 12 - Aporte comunal de RRHH, período 2017 – 2021 (valores nominales)**

Variable	2017	2018	2019	2020	2021
----------	------	------	------	------	------

<sup>113</sup> A propósito de la gran sobrecarga de trabajo con la que se encuentran las SEREMIs debido a la crisis sanitaria actual, el Programa decide no insistir con la solicitud de datos a las regiones que no contestaron la encuesta.

<sup>114</sup> La base de datos original contaba con un mayor número de observaciones, sin embargo, las estimaciones se realizaron con una sub-muestra que representara de la mejor manera la realidad de la mayoría de las comunas encuestadas. Para esto: se consideraron solo las personas contratadas bajo la Ley 19.378 (82,9% de la muestra original), categoría B; se descartaron observaciones con cifras presumiblemente mal computadas (3), sin información sobre remuneraciones (13) y outliers en la variable remuneraciones (2).

<sup>115</sup> Las remuneraciones de los otros años fueron estimadas aplicando sobre el salario promedio 2021 los factores de variación salarial calculados para el período 2017-2021 en el Cuadro 7



Remuneración bruta	1.134.399	1.162.759	1.203.456	1.237.152	1.270.556
Aportes RRHH/ comuna	6.806.395	6.976.555	7.220.737	7.422.914	7.623.334
<b>Total de aportes RRHH</b>	<b>2.314.174.304</b>	<b>2.372.028.797</b>	<b>2.455.050.707</b>	<b>2.523.790.889</b>	<b>2.591.933.590</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos construida por el Programa

Es importante notar que, aun cuando en promedio la dedicación laboral al Programa se condice con esta expectativa, al revisar la asignación efectiva de horas entre las comunas, los resultados son muy heterogéneos. Mientras hay comunas que tienen una asignación efectiva de 2 horas semanales, otras cuentan con más de 200 horas dedicadas al Programa (en múltiples dependencias administrativas). A juicio del Panel esto revela una falta de conocimiento y/o seguimiento adecuado respecto a las dotaciones de recursos humanos a nivel local, aun cuando existen compromisos de dedicación explícitos (por convenio) por parte de las comunas con el Programa. Además, producto de esta alta de heterogeneidad es que el ejercicio que aquí se presente debe ser utilizado con cuidado, recordando que los aportes de RRHH estimados representan una cifra teórica, y que no incluyen el aporte de otros profesionales, aparte de los encargados comunales, que pudieran estar contribuyendo en la implementación del Plan.

Respecto al segundo punto - Aportes municipales planificados en los PTPS para la ejecución de actividades- se tomaron como referencia las cifras entregadas por el Programa para los años 2019-2021 que resumen el aporte teórico comprometido por las comunas en conjunto con los recursos entregados por el Programa. Dichas cifras representan la planificación (y no ejecución) de los recursos y son reportados por el Programa en la plataforma MIDAS. Para los años 2017 y 2018, debido a que no se contaba información al respecto, estas cifras fueron calculadas a partir del peso relativo que los aportes municipales efectivos del período 2019-2021 representan sobre el total de los recursos transferidos a los municipios (Subtítulo 24), cuyo promedio es del 38%. Se aplicó sobre el presupuesto de los años 2017 y 2018 este ponderador para obtener los resultados que se muestran a continuación:

**Cuadro 13 - Aporte comunal, período 2017 – 2021 (valores nominales)**

<b>Variable</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Aporte MIDAS (a)			1.846.734	1.438.086	1.635.855
Presupuesto programa (Subtítulo 24) (b)	4.066.782	4.172.518	4.276.750	4.387.946	4.024.560
Peso relativo (a/b)			43%	33%	41%
Aporte municipal	1.544.449	1.584.605	1.846.734	1.438.086	1.635.855

Fuente: Elaboración propia a partir de antecedentes entregados por el Programa

Así, a partir de las estimaciones presentadas anteriormente, se calculó al aporte total municipal, tal como se indica en el cuadro a continuación.

**Cuadro 14 - Total aportes municipales, período 2017 – 2021 (valores nominales)**

<b>Aporte Municipal</b>	<b>2017</b>		<b>2018</b>		<b>2019</b>		<b>2020</b>		<b>2021</b>	
	<b>Valor</b>	<b>%</b>	<b>Valor</b>	<b>%</b>	<b>Valor</b>	<b>%</b>	<b>Valor</b>	<b>%</b>	<b>Valor</b>	<b>%</b>
RRHH	2.314.174	60,0%	2.372.029	60,0%	2.455.051	57,1%	2.523.791	63,7%	2.591.934	61,3%
Ejecución actividades	1.544.449	40,0%	1.584.605	40,0%	1.846.734	42,9%	1.438.086	36,3%	1.635.855	38,7%
<b>TOTAL</b>	<b>3.858.623</b>		<b>3.956.633</b>		<b>4.301.785</b>		<b>3.961.877</b>		<b>4.227.789</b>	

Fuente: Elaboración propia

En base las estimaciones anteriores, y la asignación específica del programa registrada en la Ley de Presupuestos, se construyó el cuadro con la totalidad de fuentes de financiamiento que se muestra más adelante. Como se observa, el 40% del presupuesto estimado del programa correspondería, en promedio, a la asignación específica del programa, con una variación del -10,4% para el período de evaluación. El aporte de la institución responsable, valorizado en un promedio anual de M\$ 563.000, representa un 6% del presupuesto del Programa (en promedio) y casi no muestra variación en el período (0,8%), en parte, porque una gran parte de los parámetros utilizados para su cálculo se asumen como fijos en el tiempo, tal como se detalla en las memorias de cálculo del Panel (Anexo 5) y a lo largo de esta sección del documento. Además, se estima que un 46% de los recursos provienen, teóricamente<sup>116</sup>, de fuentes extrapresupuestarias (municipalidades), el mayor peso relativo de las fuentes de financiamiento del Programa. Esto revela una alta dependencia en los aportes extrapresupuestarios para la correcta ejecución de las actividades del Programa y levanta inquietudes respecto a las inequidades que esta dependencia pueda generar, considerando que los Municipios de menor tamaño o más vulnerables tienen una capacidad comparativamente menor de aportar con recursos (humanos o financieros) para complementar los aportes que recibe directamente desde el Programa.

---

<sup>116</sup> Esto, debido a que las estimaciones hechas respecto a los aportes de las municipalidades se basan en estimaciones que agregan información altamente heterogénea y no necesariamente representativa de los aportes efectivos de los municipios (como se ve en secciones posteriores del documento, una gran parte del aporte estimado parte de la definición teórica de que todos los municipios con PTPS son efectivamente capaces de disponer de media jornada completa equivalente para las actividades de promoción de la salud del Programa).

**Cuadro 15: Fuentes de financiamiento estimadas del programa (miles de \$ 2021)**

Fuentes de Financiamiento	2017		2018		2019		2020		2021		Variación 2017-2021
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	%
<b>1. Presupuestarias</b>	<b>5.042.013</b>	<b>54,2%</b>	<b>5.057.970</b>	<b>54,2%</b>	<b>5.086.664</b>	<b>52,9%</b>	<b>5.053.252</b>	<b>55,5%</b>	<b>4.577.799</b>	<b>52,0%</b>	<b>-9,2%</b>
1.1. Asignación específica al Programa	4.492.981	48,3%	4.500.061	48,3%	4.497.430	46,8%	4.488.869	49,3%	4.024.560	45,7%	-10,4%
1.2. Aportes institución responsable (Subsecretaría de Salud Pública, Subt.21, 22 y 29)	549.033	5,9%	557.909	6,0%	589.234	6,1%	564.383	6,2%	553.239	6,3%	0,8%
1.3. Aportes en presupuesto de otras instituciones públicas	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	
<b>2. Extrapresupuestarias</b>	<b>4.263.007</b>	<b>45,8%</b>	<b>4.267.229</b>	<b>45,8%</b>	<b>4.523.757</b>	<b>47,1%</b>	<b>4.053.001</b>	<b>44,5%</b>	<b>4.227.789</b>	<b>48,0%</b>	<b>-0,8%</b>
2.1 Otras fuentes (Municipios)	4.263.007	45,8%	4.267.229	45,8%	4.523.757	47,1%	4.053.001	44,5%	4.227.789	48,0%	-0,8%
<b>Total (Presupuestarias + Extrapresupuestarias)</b>	<b>9.305.020</b>	<b>100,0%</b>	<b>9.325.199</b>	<b>100,0%</b>	<b>9.610.422</b>	<b>100,0%</b>	<b>9.106.252</b>	<b>100,0%</b>	<b>8.805.588</b>	<b>100,0%</b>	<b>-5,4%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por Programa en Anexo 5 y estimaciones propias.

Respecto al gasto devengado del Programa, según se indica en el cuadro más adelante, se observa que, como es de esperar de un Programa de ejecución municipal, la mayor parte del gasto devengado corresponde al ítem Transferencias. En efecto, en el período 2017-2020 un 89,6% del gasto corresponde al Subtítulo 24. Ahora bien, aun cuando la mayor parte de los recursos del programa se asignen de este modo, el Programa cuenta con poca información agregada respecto a cómo éstos se ejecutan dentro del Subtítulo 24. Por un lado, el detalle de la ejecución de gastos del Programa se levanta a partir de los monitores comunales, lo cual exige que esta información sea agregada municipio por municipio, generando un desfase de información entre la ejecución efectiva y registrada. Respecto a este tema, el Programa recientemente habilitó un nuevo módulo de reportabilidad en la plataforma MIDAS, para que pueda resumir esta información de manera más oportuna, el que el Panel espera conocer antes del cierre de esta evaluación, al menos en su diseño teórico (como se ha indicado en otras secciones del documento, en la medida que el sistema no cargue los datos efectivos necesarios para generar nuevos tipos de reporte, será difícil pronunciarse sobre su usabilidad efectiva). Por otro lado, los datos de ejecución, más allá de los plazos en los que se obtienen, no permiten conocer el desglose de los recursos devengados, pues solo reportan los montos y actividades totales ejecutadas (no descomponen, por ejemplo, entre insumos de producción, recursos humanos, y otros ítems que sería valioso conocer).

**Cuadro 16: Desglose del Gasto Devengado, por subtítulo (Miles de \$ 2021)**

Subtítulo	2017		2018		2019		2020		Promedio	Var 2017-2020
Personal (Subtítulo 21)	\$545.718	10,9%	\$546.045	11,4%	\$551.061	6,3%	\$551.084	12,0%	10,1%	1,0%
Bienes y Servicios de Consumo (Subtítulo 22)	\$3.314	0,1%	\$11.864	0,2%	\$21.347	0,2%	\$13.299	0,3%	0,2%	301,2%
Transferencias (Subtítulo 24)	\$4.472.208	89,1%	\$4.241.496	88,4%	\$8.163.515	93,3%	\$4.042.481	87,7%	89,6%	-9,6%
Inversión (Subtítulo 29)	\$0	0,0%	\$0	0,0%	\$16.826	0,2%	\$0	0,0%	0,0%	#¡DIV/0!
Otros	\$0	0,0%	\$0	0,0%	\$0	0,0%	\$0	0,0%	0,0%	#¡DIV/0!
<b>Total</b>	<b>\$5.021.240</b>	<b>100,0%</b>	<b>\$4.799.405</b>	<b>100,0%</b>	<b>\$8.752.749</b>	<b>100,0%</b>	<b>\$4.606.863</b>	<b>100,0%</b>		

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por el programa en Anexo 5 y estimaciones propias

Alternativamente, el Programa podría regir su registro de gastos siguiendo la misma lógica utilizada en el reporte de los montos planificados al inicio del trienio, los cuales presentan, para cada plan, información muy detallada respecto a cómo serán utilizados los recursos. En efecto, y tal como se muestra en el cuadro más adelante, el Programa mantiene información completa respecto a los montos programados (planificados) para todas las actividades comunales (solo para los PTPS del trienio 2019-2021), pero esta no puede ser agregada fácilmente, ni realizar análisis a nivel regional o país, ya que el sistema de reporte vigente no permite agregar los datos cargados en el sistema en la lógica de una base de datos (esta situación ha sido recientemente corregida, con la actualización de los sistemas de reportabilidad de MIDAS para las cifras de planificación existentes). Como se observa, para cada tipo de actividad planificada por la comuna (según la matriz de actividades que define el Programa a nivel central), se detallan los gastos de ésta, indicando: tipo de gastos (categorías), descripción (redacción libre), financiamiento (municipal, MINSAL, intersector), monto y año. Las categorías de gasto se encuentran previamente establecidas, y varían de acuerdo con la actividad planificada, aunque también se incluye una categoría de “otros gastos” que deja el espacio abierto para que las comunas puedan incorporar ítems no listados.

Dada la alta heterogeneidad en la información disponible el Panel seleccionó aleatoriamente, a modo de ejemplo, un PTPS de todas las comunas con planes el Trienio 2019-2021 y 4 de sus actividades (3 asociadas a los Componentes del Programa<sup>117</sup> y 1 actividad de “gestión local”). La información recopilada para la comuna de Panquehue se presenta en el cuadro a continuación:

**Cuadro 17 - Detalle de gastos por actividad, comuna de Panquehue, planificación trienio 2019-2021**

Componente 1: Regulaciones y políticas municipales sobre entornos saludables<sup>118</sup>  
 Actividad: Implementación de Programa de colaciones saludables para establecimientos educacionales

Detalle de Gastos de la Actividad					
Tipo de Gasto	Descripción	Financiamiento	Descripción financiamiento	Monto	Año
SERVICIOS DE IMPRESIÓN	lienzos, flyers, magnetos.	MINSAL		300.000	2020
SERVICIOS DE IMPRESIÓN	lienzos, flyers, magnetos.	MINSAL		300.000	2021
RECURSOS HUMANOS	capacitación de alimentación saludable	INTERSECTOR		400.000	2020
RECURSOS HUMANOS	capacitación de alimentación saludable	INTERSECTOR		400.000	2021
				<b>1.400.000</b>	

Fuente: Planificación comuna de Panquehue 2019<sup>119</sup>

<sup>117</sup> En esta comuna no se identifican actividades para el Componente 3  
<sup>118</sup> En la planificación de la comuna de Panquehue la actividad señalada es categorizada como parte del Componente 1 (Regulaciones y políticas). Sin embargo, y en vistas del detalle de gasto planificado para esta actividad, surgen dudas respecto a la pertinencia de categorizar la actividad de este modo, pues no parece estar relacionada con la elaboración de instrumentos regulatorios/políticos sobre promoción de salud, sino más bien a una capacitación sobre alimentación saludable (Componente 4). Y aún sin detenerse en el detalle de gasto de la actividad, su mismo nombre se encuentra más asociado a la prestación directa de un servicio (colaciones saludables) que los objetivos del Componente 1. A raíz de esta observación, y del ejercicio presentado en la sección de eficiencia, el Panel recomienda la revisión exhaustiva de las actividades definidas para los planes y una estandarización mínima de los elementos principales.  
<sup>119</sup> Ministerio de Salud (2019). Detalle planificación comuna de Panquehue, Planificación Trienio 2019,2020,2021

Componente 2:  
Actividad: Adquisición de set implementos deportivos

Detalle de Gastos de la Actividad					
Tipo de Gasto	Descripción	Financiamiento	Descripción financiamiento	Monto	Año
ADQUISICIÓN IMPLEMENTOS DEPORTIVOS	PATINAJE: Patines e implementos atinente a la disciplina.	MINSAL		900.000	2021
ALIMENTOS PARA PERSONAS	coctel saludable para ceremonia de entrega de implementos deportivos	INTERSECTOR		140.000	2019
ALIMENTOS PARA PERSONAS	coctel saludable para ceremonia de entrega de implementos deportivos	INTERSECTOR		140.000	2020
ALIMENTOS PARA PERSONAS	coctel saludable para ceremonia de entrega de implementos deportivos	INTERSECTOR		140.000	2021
ADQUISICIÓN IMPLEMENTOS DEPORTIVOS	taller adulto mayor: bicicletas estáticas, balones, cuerdas.	MINSAL		509.432	2019
ADQUISICIÓN IMPLEMENTOS DEPORTIVOS	sede adulto mayor, bicicletas y maquinas de ejercicios.	MINSAL		4.798.558	2020
				<b>6.627.990</b>	

Fuente: Planificación comuna de Panquehue 2019

Componente 4: Difusión y comunicación social  
Actividad: Eventos deportivos comunales, como celebración de hitos locales, con participación activa del intersector.

Detalle de Gastos de la Actividad					
Tipo de Gasto	Descripción	Financiamiento	Descripción financiamiento	Monto	Año
SERVICIOS DE PRODUCCIÓN Y DESARROLLO DE EVENTOS	chips de inscripción	MINSAL		1.200.000	2021
ALIMENTOS PARA PERSONAS	frutas para corredores	MINSAL		140.000	2019
ALIMENTOS PARA PERSONAS	frutas para corredores	MINSAL		140.000	2021
OTROS (DETALLAR) artículos de premiación	premios para premiación y sorteo de regalos.	MINSAL		250.000	2021
ALIMENTOS PARA PERSONAS	agua envasada	MINSAL		100.000	2019
ALIMENTOS PARA PERSONAS	agua envasada	MINSAL		100.000	2021
SERVICIOS DE PUBLICIDAD Y DIFUSIÓN	publicidad, lienzos 5x1 metros, flyers	MINSAL		200.000	2021
SERVICIOS DE PUBLICIDAD Y DIFUSIÓN	difusión radial, perifoneo, puerta a puerta entrega de invitaciones.	MUNICIPAL		200.000	2019
SERVICIOS DE PUBLICIDAD Y DIFUSIÓN	difusión radial, perifoneo, puerta a puerta entrega de invitaciones.	MUNICIPAL		200.000	2021
OTROS (DETALLAR) artículos de premiación	premios para premiación y sorteo de regalos.	MINSAL		386.000	2019
SERVICIOS DE PUBLICIDAD Y DIFUSIÓN lienzos promocionales	publicidad, lienzos 5x1 metros, flyers	MINSAL		115.200	2019
				<b>3.031.200</b>	

Fuente: Planificación comuna de Panquehue 2019



Otros: Gestión local

Actividad: Jornada de Planificación en Promoción de la Salud<sup>120</sup>

Detalle de Gastos de la Actividad					
Tipo de Gasto	Descripción	Financiamiento	Descripción financiamiento	Monto	Año
JORNADA DE TRABAJO	Desayuno saludable	INTERSECTOR		200.000	2021
RECURSOS HUMANOS	contratación de relatores	INTERSECTOR		800.000	2021
				<b>1.000.000</b>	

Fuente: Planificación comuna de Panquehue 2019

De este modo, el Programa registra información suficiente para reportar gastos por actividad y tipo, y categorizarla según se requiera (recursos humanos y producción, como mínimo) pero dadas las funciones de reportabilidad operativas de la plataforma MIDAS al momento de realizar este ejercicio, no es posible agregarla automáticamente. Es decir, que, para poder establecer medidas de gasto desagregadas, es necesario hacerlo manualmente, utilizando los datos de las planificaciones, comuna por comuna. Este es un ejercicio que sobrepasa los alcances de esta evaluación. Ahora, es importante mencionar que, hacia el término de esta evaluación, el Programa habilita nuevas funciones de reportabilidad en MIDAS que permitirán construir las medidas de gasto agregadas automáticamente hacia el futuro (como aquellas presentan en la sección de Eficiencia, que resultan de un estudio de costos de pequeña escala realizada por el Panel).

Volviendo al ítem Transferencias, más allá de su composición específica, se observa que éste ha tenido una variación negativa en el período del 8%. Respecto a los gastos de inversión (Subtítulo 29), solo se observan registros para el año 2019, correspondientes al “desarrollo de una aplicación móvil para realizar estudios mediante encuestas en entornos saludables del programa de promoción de la salud”. El Programa indica que otros recursos empleados en plataformas de soporte tecnológico, etc., corresponden a continuidad y no a nuevos desarrollos (con cargo al subtítulo 22). Respecto al Subtítulo 22, éste ha tenido un alza de más del 300% entre el año 2017 y 2020, con la mayor parte de los recursos del período destinados al diseño y actualización instrumentos de evaluación/ medición de resultados de los planes (Cuadro 18). El Panel evalúa positivamente que el Programa destine importantes recursos para estos fines, pero resulta preocupante que aun tras estas inversiones, el Programa no logre aún generar información contundente respecto a los resultados que ha generado en la población. A juicio del Panel esto se debe, al menos en parte, al hecho de que las herramientas y plataformas de evaluación operantes capturan información incompleta o poco comparable a lo largo del período de evaluación, requiriendo un reforzamiento del diseño original del sistema de mediciones (más que las plataformas propiamente tales, que se encuentran en actualización). Por otra parte, las mejoras que el Programa ha diseñado sobre su sistema de evaluación en el último tiempo han sido difíciles de implementar, dado el contexto sociosanitario. Por un lado, y producto de la crisis social del 2019, el Programa no pudo aplicar los instrumentos de evaluación diseñados, y tampoco pudo hacerlo el año 2020, producto de la crisis sanitaria. Por otro lado, y a pesar de lo anterior, el Programa logró durante el 2020 desarrollar una metodología estandarizada de aplicación del instrumento en todas las comunas con PTPS, con cálculos muestrales incluidos, con el propósito de apoyar a las comunas en su aplicación y contar con datos robustos tanto a nivel país como a nivel comunal (Se espera la aplicación del instrumento durante el año 2021). Se evalúa positivamente el esfuerzo de avanzar con la generación de esta información a pesar del contexto desfavorable.

<sup>120</sup> Esta actividad, si bien es identificada como “gestión local” en el plan, podría ser integrada dentro del Componente 3, según la actualización de categorías que de esta evaluación ha resultado

**Cuadro 18 - Desglose Subtítulo 22, período 2017-2021, M\$ Valores nominales**

<b>Año</b>	<b>Ítem</b>	<b>Monto</b>
2017	Sistematización de Planes Trienales 2016-2018	3.000
2018	Diseño de Instrumento de Evaluación para Planes Trienales	11.000
2019	Desarrollo de Sistema de Gestión de encuestas y Aplicación Móvil de encuestas de entorno	16.000
	Compra de servicios para Georreferenciación de entornos	4.300
2020	Diseño de metodología de aplicación de encuestas de entornos saludables	8.000
	Sistematización de ordenanzas Municipales	4.200

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por Programa

Al revisar el gasto total del Programa por uso, se observa que la mayor parte del gasto se origina anualmente por el financiamiento de otros recursos de producción, en los cuales se ha incorporado los gastos con cargo al subtítulo 24, 22 y 29 y los aportes extrapresupuestarios de los Municipios para la implementación de los planes.

**Cuadro 19: Gasto total del programa, desagregado por uso (Miles de \$ 2021)**

<b>AÑO</b>	<b>Gasto Total del Programa</b>			<b>TOTAL</b>	<b>% (RR.HH vs Otros Gastos)</b>
	<b>Ítem</b>	<b>Gasto Producción</b>	<b>Gasto Administración</b>		
2017	Recursos Humanos (subt 21)	\$2.045.360	\$1.057.058	\$3.102.418	33,4%
	Otros Gastos (Subt 24, 22 y 29)	\$6.181.830	\$0	\$6.181.830	66,6%
	<b>Total</b>	<b>\$8.227.190</b>	<b>\$1.057.058</b>	<b>\$9.284.248</b>	
	<b>% (Gasto Produc. Vs Admin.)</b>	<b>88,6%</b>	<b>11,4%</b>		
2018	Recursos Humanos	\$2.046.586	\$1.057.692	\$3.104.278	34,2%
	Otros Gastos	\$5.962.356	\$0	\$5.962.356	65,8%
	<b>Total</b>	<b>\$8.008.942</b>	<b>\$1.057.692</b>	<b>\$9.066.634</b>	
	<b>% (Gasto Produc. Vs Admin.)</b>	<b>88,3%</b>	<b>11,7%</b>		
2019	Recursos Humanos	\$2.065.385	\$1.067.407	\$3.132.792	23,6%
	Otros Gastos	\$10.143.714	\$0	\$10.143.714	76,4%
	<b>Total</b>	<b>\$12.209.099</b>	<b>\$1.067.407</b>	<b>\$13.276.506</b>	
	<b>% (Gasto Produc. Vs Admin.)</b>	<b>92,0%</b>	<b>8,0%</b>		
2020	Recursos Humanos	\$2.065.470	\$1.067.451	\$3.132.922	36,2%
	Otros Gastos	\$5.526.942	\$0	\$5.526.942	63,8%
	<b>Total</b>	<b>\$7.592.412</b>	<b>\$1.067.451</b>	<b>\$8.659.864</b>	
	<b>% (Gasto Produc. Vs Admin.)</b>	<b>87,7%</b>	<b>12,3%</b>		

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por el programa en Anexo 5 y estimaciones propias

Respecto a la distribución de gasto por componentes, no es posible pronunciarse confiablemente al respecto ya que el programa no mantiene un registro completo de los gastos desagregados a este nivel, sino que

construye estimadores de distribución de gasto por componentes que son utilizados en la sección de Eficiencia (más detalles en dicha sección).

### 4.3. Ejecución presupuestaria del programa

La ejecución presupuestaria del Programa, respecto a su presupuesto vigente, se evalúa en términos de las transferencias de recursos que éste hace a los Municipios para la implementación local de sus actividades. Tal como se observa en el cuadro siguiente, el Programa tiene una ejecución promedio del 96% en el período evaluado. Este, si bien es un porcentaje de ejecución es alto, refleja una leve deficiencia en la planificación de los traspasos de recursos a las comunas, por un total de \$740.241.000 no distribuidos.

Respecto a la ejecución del Programa sobre el presupuesto inicial, ésta es de 114% en el período, reflejando, en promedio, una subestimación de los recursos originalmente requeridos para la implementación del Programa. Esto se evidencia, principalmente, en la inyección extraordinaria de recursos ocurrida en el año 2019, la cual se realizó sobre la base a una “planificación ideal” valorizada en \$3.500 millones para el trienio (más detalles sobre el contexto de esta inyección presupuestaria se discuten en secciones previas).

Así, en el 2019 fueron ejecutados casi el doble de recursos de lo originalmente presupuestados. A juicio del Panel, y aun considerando todas las debilidades del mecanismo de asignación de recursos en base a “brechas de planificación” comentadas, esto implicaría que los montos de asignación inicial del programa están muy por debajo de lo que es efectivamente capaz de ejecutar en la implementación de sus actividades. Esto no es de sorprender en el contexto de un programa de promoción de la salud, donde existen espacios ilimitados de mejora del bienestar y calidad de vida de las personas. Esto vuelve a resaltar la importancia de que el Programa sea capaz de traducir su ejecución presupuestaria (la cual corresponde, eminentemente, a una medida de gestión, dada la lógica de traspaso de recursos para su ejecución a través de los municipios) a medidas de resultado concretas.

**Cuadro 20: Ejecución presupuestaria del programa (Miles de \$ 2021).  
Período 2017-2020**

Año	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B) %	(C/A) %
2017	\$5.042.013	\$5.042.013	\$5.021.240	99,59%	99,59%
2018	\$5.057.970	\$5.057.970	\$4.799.405	94,89%	94,89%
2019	\$5.086.664	\$8.767.264	\$8.752.749	99,83%	172,07%
2020	\$5.053.252	\$5.053.252	\$4.606.863	91,17%	91,17%

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes presentados en Anexo 5

### 4.4. Aportes de Terceros

El Programa recibe aportes de las Municipalidades, entidades ejecutoras del Programa, tanto monetarios (fondos que complementan los recursos requeridos para implementar los PTPS trienales) y de recursos humanos (22 horas semanales comprometidas por comuna). Ambos son descritos en detalle previamente en la Sección 4.2 “Fuentes y uso de recursos financieros”

### 4.5. Recuperación de Gastos

El Programa no considera recuperación de gastos.

## 5. EFICIENCIA

### 5.1. A nivel de actividades y/o componentes

En esta sección se presenta un análisis de la eficiencia teórica con la que el Programa utiliza sus recursos disponibles. El aspecto “teórico” del análisis alude al hecho de que, para la mayor parte del período de evaluación (2017-2019), no se cuenta con registros sistemáticos de gasto ejecutado por componente (sí a nivel regional), por lo que el gasto es aproximado a partir de los montos de planificación de los PTPS (no ejecución) para este período. La situación es diferente para el año 2020 ya que, a partir de entonces, el Programa comenzó a llevar un registro completo de gasto efectivamente ejecutado por componente. Así, la eficiencia del Programa se evalúa en base a una combinación de elementos: montos presupuestarios planificados (2017-2019), gasto efectivo (2020), estimaciones del Panel, y ejercicio de actualización de costos administrativos realizada y acordada entre el Panel y el Programa.

En efecto, para obtener este gasto por componente (teórico), el programa desarrolla una metodología de cálculo que imputa sobre el total de recursos ejecutados Subtítulo 24 al término de un año, por región, un ponderador de gasto por (o porcentaje de “representación”, como este lo denomina).

Para los años 2017-2019, este ponderador fue calculado por el Programa en base a un estudio de gasto que categoriza, en base a los datos de planificación del año 2019, las actividades planificadas por 217 comunas<sup>121</sup>. El porcentaje de representación de cada componente se calcula como la razón entre el monto planificado para el componente *i* y el monto total planificado para el año 2019.

Estos ponderadores fueron aplicados de manera retroactiva sobre los recursos ejecutados por cada región en los años 2017 – 2019. Para el año 2020, se estimó un set de ponderadores distintos, utilizando información obtenida del monitoreo final de diciembre del 2020 (monto total ejecutado por región según SIGFE, que toma información en base a las rendiciones financieras de cada comuna). Los montos y ponderadores correspondientes se indican a continuación:

**Cuadro 21 - Representación de componentes estimado (ponderador de gasto)**

Componente	2017-2019		2020	
	Monto planificado*	% Representación	Monto planificado	% Representación
Componente 1 (Regulaciones y políticas)	319.404.546	12,0%	103.630.310	5%
Componente 2 (Espacios públicos)	1.388.632.598	52,0%	1.514.743.620	72%
Componente 3 (Participación)	211.783.021	7,9%	62.090.297	4%
Componente 4 (Difusión y comunicación)	751.355.135	28,1%	269.271.738	19%
TOTAL	2.671.175.300	100,0%	1.949.735.965	

\*El monto total no corresponde a la ejecución reportada en el Anexo 5, porque estas cifras son solo utilizadas para efectos de desagregar el gasto por componentes, como se ha indicado, utilizando datos de monitoreo intermedio (junio 2020)

<sup>121</sup> Una metodología alternativa de cálculo para los gastos (teóricos) del Programa por componente consistía en la estimación teórica de la “representación” por componentes a través del seguimiento de un set limitado de “actividades trazadoras” o representativas de cada componente en cada año, utilizando los datos recolectados en las instancias de monitoreo intermedio y final del Programa (2018-2020) y estudios de sistematización de los planes contratados por el Programa (2017). La metodología que en este informe se presenta monitorea, en cambio, la totalidad de actividades planificadas para cada componente en la muestra de comunas consideradas en cada caso.

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por el Programa

Como se observa, los ponderadores estimados para el período 2017-2019 y 2020 presentan grandes diferencias, siendo la más evidente el cambio en el peso relativo del Componente 2, que pasa de representar un 52% a un 72% del presupuesto. Esto se debería al hecho de que el presupuesto 2020 arrastra los montos no ejecutados del 2019, donde hubo una inyección específica al componente de infraestructura. Por otro lado, dada la situación de pandemia del 2020, las actividades del Programa que requieren encuentros presenciales (Componentes 3 y 4) pierden protagonismo, pues las personas no pueden participar de ellas.

El ejercicio anterior, si bien es interesante para efectos de conocer la distribución teórica del gasto entre componentes, no permite conocer la evolución efectiva del gasto por componente en el período de evaluación. El Panel considera que es esencial que el Programa corrija esta situación, en vistas de las nuevas funciones de reportabilidad que se están implementando para la plataforma MIDAS, las cuales permitirían llevar un registro sistemático y organizado de los gastos en distintos niveles de desagregación (incluido por componentes). Esto permitirá al Programa mantener una mirada completa -y necesaria- respecto a cómo están siendo acogidos los distintos componentes del Programa en el total de comunas con planes, y evaluar en qué medida sea necesario adicionar esfuerzos en el impulso de determinados componentes que pudieran estar quedando, en promedio, rezagados.

Respecto al gasto por actividad, como se ha indicado, este es un análisis que se encuentra limitado por la imposibilidad de agregar confiablemente la información que el Programa registra en MIDAS para tales efectos. La única información agregada que el Panel posee respecto a esta materia corresponde a las cifras obtenidas en el estudio de costos del 2019 previamente señalado (en base a una muestra de 217 comunas). De acuerdo a éste, los costos del Programa por actividad planificada, y por componente, son los siguientes:

**Cuadro 22 - Costo promedio producción actividades (productos), por componente, año 2019**

Componente	Monto	No. actividades	Costo promedio
Componente 1 (Regulaciones y políticas)	120.584.797	1.364	88.412
Componente 2 (Espacios públicos)	1.388.632.598	868	1.599.686
Componente 3 (Participación)	120.874.955	617	195.876
Componente 4 (Difusión y comunicación)	751.355.135	2.914	257.843
TOTAL	2.671.175.300	5.763	463.499

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por el Programa

Como es de esperar, el costo de ejecución de una actividad del componente 2 (infraestructura) es sustancialmente mayor que cualquier otro componente, mientras que el Componente 1 tiene el costo unitario más bajo del Programa (En este componente se financian principalmente ítems de bajo costo esperado, como reuniones en el territorio y publicaciones). A juicio del Panel, los costos promedios de los Componentes 1,3 y 4 son adecuados para el tipo de actividades que comprometen. Sobre el Componente 2, sin embargo, no es posible pronunciarse confiablemente. Esto, porque la variedad de equipamiento e iniciativas que bajo este componente se financian es tan alta, que un único indicador de gasto para el componente resulta insuficiente e inadecuado para evaluar la eficiencia relativa en el uso de estos recursos.

El Panel, con el fin de aportar con inputs de análisis adicionales para esta sección del documento, desarrolló un **estudio de eficiencia de pequeña escala** para dimensionar la eficiencia a nivel de actividades, que se describe a continuación:

En primer lugar, se seleccionó un conjunto aleatorio de 7 PTPS y se sistematizó la información detallada de gasto e indicadores de implementación<sup>122</sup> en una base de datos única. Originalmente, el Panel se propuso extender este análisis a 16 comunas (1 por región), pero dada la alta complejidad asociada a la sistematización de la información disponible en los planes en formato PDF (construcción de base de datos, estandarización de formatos de reporte, entre otros) fue necesario reducir la muestra, enfocándose en la calidad de la información y análisis que en esta sección se describe. Esta dificultad, en sí misma, reafirma la imposibilidad de sostener a lo largo del período de evaluación una mirada agregada desde Nivel Central de los gastos que se ejecutan en las comunas y de una identificación temprana de patrones o tendencias que requieran atención. Ahora, como se menciona a lo largo del documento, en la medida que el Programa nutra con información robusta la plataforma MIDAS, gracias a sus nuevas funciones de reportabilidad, podrá replicar ejercicios como el que aquí se plantean de manera eficaz, dado que la información detallada de gasto se encontrará disponible en formato base de datos.

Tal como indica el cuadro siguiente, se observa una planificación de entre 6 y 26 actividades por plan, con un total de 108 actividades (54 tipos de actividades distintas).

**Cuadro 23 - No. actividades planificadas por comuna, Trienio 2019-2021**

Región	Comuna	No. Actividades
Magallanes	Comuna 1	6
Los Lagos	Comuna 2	14
Coquimbo	Comuna 3	15
Aysén	Comuna 4	17
Arica y Parinacota	Comuna 5	19
Araucanía	Comuna 6	11
Maule	Comuna 7	26
	<b>Total</b>	<b>108</b>

Fuente: Elaboración propia

En segundo lugar, se recategorizaron las actividades agrupadas en los PTPS en componentes distintos a los descritos en la MML de esta evaluación, siguiendo la lógica de agrupación desarrollada por el Programa<sup>123</sup>.

<sup>122</sup> Los indicadores encontrados varían con el componente y actividad planificada, pues distintos tipos de actividades reportan distinto tipo de información. Por ejemplo, mientras las actividades del componente 2 (Infraestructura) incluyen la cuantificación de “Unidades instaladas o mejoradas” y “capacidad del lugar”, las actividades de los componentes 3 y 4 recogen las dimensiones “Nº. de participantes”, “Nº. de horas”, “Nº. de sesiones”.

<sup>123</sup> Como se ha indicado, al inicio de esta evaluación el Programa consideraba un quinto grupo de actividades llamado “gestión local”. Además, en los PTPS se constató que “educación para la salud” era también descrito como un componente aparte, el cual fue incluido por el Panel dentro de Difusión y comunicación social.

**Cuadro 24 - Reagrupación de actividades de “Gestión local”**

<b>Actividad planificada</b>	<b>Tipo</b>	<b>Componente</b>
Aplicación anual de encuesta de entornos y hábitos saludables (Obligatoria)	Construcción y análisis de información <sup>124</sup>	Regulaciones y políticas municipales sobre entornos saludables
Construcción o actualización de línea de base	Construcción y análisis de información	Regulaciones y políticas municipales sobre entornos saludables
Jornada de Planificación en Promoción de la Salud	Diagnóstico, planificación y/o evaluación participativa	Participación Comunitaria para el Empoderamiento
Gestionar desde la comuna, la postulación a los diversos fondos concursables para promoción de la actividad física en los establecimientos educacionales de la comuna.	Coordinación intersectorial	Regulaciones y políticas municipales sobre entornos saludables
Actualización de mapa de actores intersectoriales para convocarlos e involucrarlos en los distintos planes y programas que ofrece el intersector y/o el sector privado.	Construcción y análisis de información	Regulaciones y políticas municipales sobre entornos saludables
Diagnóstico Comunal	Diagnóstico, planificación y/o evaluación participativa	Participación Comunitaria para el Empoderamiento
Diseño participativo de Instrumentos de Planificación Local (IPL)	Instrumentos de Planificación local	Regulaciones y políticas municipales sobre entornos saludables
Incorporación en los PLADECO, el concepto " concepto de bienestar, calidad de vida "entorno saludable" y "estilos de vida saludable"	Instrumentos de Planificación local	Regulaciones y políticas municipales sobre entornos saludables
Capacitación y formación de competencias al equipo comunal de promoción de salud	Diagnóstico, planificación y/o evaluación participativa	Participación Comunitaria para el Empoderamiento
Jornada de Planificación en Promoción de la Salud	Diagnóstico, planificación y/o evaluación participativa	Participación Comunitaria para el Empoderamiento
Aplicación de instrumentos de evaluación para la medición de resultados esperados	Construcción y análisis de información	Regulaciones y políticas municipales sobre entornos saludables
Confección de catastro de recintos deportivos disponibles, infraestructura recreativa y entornos habilitados (senderos para trekking, para bicicletas, rutas de escalada, sectores para	Construcción y análisis de información	Regulaciones y políticas municipales sobre entornos saludables

<sup>124</sup> El Programa indica que “si bien este tipo de actividad contribuye a todos los componentes, se asignó al componente 1 dado que tiene mayor impacto en éste, pues se utiliza en las abogacías, para la toma de decisiones y para la creación de regulaciones locales”.

navegación, etc.) y su difusión a la comunidad.		
---	--	--

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por el Programa

La mayor concentración de actividades planificadas se encuentra en el componente de Difusión y comunicación social (34,3%), tal como se muestra en el Cuadro siguiente:

**Cuadro 25 - Porcentaje de actividades planificadas por componente**

Comuna	Difusión y comunicación social	Instalación y habilitación de espacios públicos	Participación Comunitaria para el Empoderamiento	Regulaciones y políticas municipales
Comuna 1	33,3%	0,0%	33,3%	33,3%
Comuna 2	14,3%	35,7%	28,6%	21,4%
Comuna 3	20,0%	40,0%	20,0%	20,0%
Comuna 4	35,3%	29,4%	11,8%	23,5%
Comuna 5	42,1%	15,8%	15,8%	26,3%
Comuna 6	18,2%	36,4%	18,2%	27,3%
Comuna 7	53,8%	11,5%	15,4%	19,2%
<b>Total general</b>	<b>34,3%</b>	<b>24,1%</b>	<b>18,5%</b>	<b>23,1%</b>

Fuente: Elaboración propia

En tercer lugar, se establecieron criterios de selección de las actividades a analizar:

- Actividades planificadas en 3 o más comunas
- 1 o 2 actividades por componente
- Actividades relativamente estandarizadas<sup>125</sup>

En base a estos criterios se seleccionaron 6 actividades para el análisis, las cuales se señalan en el cuadro siguiente. Adicionalmente, se detallan las actividades no seleccionadas para el análisis. Como se indica: 1) La gran mayoría de las actividades (25) fueron programadas solo 1 vez por las comunas de esta muestra, mientras que una actividad fue programada en las 7 comunas; 2) Dos de las actividades seleccionadas corresponden al Componente 2, dos al Componente 3, dos al Componente 4, y cero al Componente 1<sup>126</sup>.

<sup>125</sup> Para evaluar esta dimensión se revisó la descripción de la actividad en la planificación y el detalle de gastos en la base de datos, y se seleccionaron aquellas que, en principio, revelaban una lógica de actividad relativamente homogénea

<sup>126</sup> En la muestra recolectada las actividades del Componente 1 fueron planificadas, en su mayoría, solo una vez. La única actividad que pudo haber sido sujeta a análisis en este apartado era la “Aplicación anual de encuesta de entornos y hábitos saludables” asignada por el Programa al Componente 1, pero que tiene en la práctica un carácter transversal (originalmente categorizada como “gestión local”). La actividad programa por las 7 comunas es de carácter obligatorio y corresponde a la Aplicación anual de encuesta de entornos y hábitos saludables.



**Cuadro 26 - Muestra de actividades seleccionadas para análisis**

No. veces planificada	No. actividades	Actividades seleccionadas para análisis
1	25	
2	16	
3	5	1. Capacitación a comunidad (grupos de apoyo, dirigentes sociales, madres, agrupaciones, etc) en lactancia materna (Componente 4) 2. Instalación de juegos infantiles en plazas o parques (Componente 2)
4	6	3. Escuela de salud para líderes comunitarios (Componente 3) 4. Instalación de circuitos de máquinas para plazas saludables y/u otros recintos de uso público (Componente 2) 5. Taller de alimentación saludable (Componente 4)
5	1	6. Jornada de Planificación en Promoción de la Salud (Componente 3)
7	1	
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	

Fuente: Elaboración propia

La expectativa original del Panel era ofrecer una mirada comparada de las actividades entre las comunas y la eficiencia relativa en el uso de sus recursos, así como indagar en distintas formas de análisis que el Programa podría adoptar una vez sea implementado con éxito la mejora en la reportabilidad de MIDAS (por ejemplo, estableciendo valores promedio para un set de indicadores calculados). Sin embargo, una vez que se inició el análisis de los datos, el Panel constató la existencia de una increíble heterogeneidad en el planteamiento de las actividades entre comunas, así como también en los montos planificados para cada una de ellas, dificultando enormemente cualquier posibilidad de hacer un análisis agregado de los datos recopilados. Por esto, el ejercicio que a continuación se presenta debe ser utilizado con precaución, atendiendo todas las debilidades que este ejercicio posee y resolviendo que, en general, no fue posible construir indicadores de eficiencia confiables a nivel de actividades.

**Actividad 1: Taller de alimentación saludable**  
**Componente: Difusión y comunicación social**

**Cuadro 27 - Planificación de gastos Taller de alimentación saludable, período 2019-2021 (pesos nominales)**

Comuna	2019	2020	2021	Total	Fuentes de financiamiento
Comuna 1	3.510.000	3.530.000	3.550.000	10.590.000	MINSAL
Comuna 4	600.000	600.000	800.000	2.000.000	MINSAL, Municipalidad, Intersector
Comuna 5	700.000	700.000	670.000	2.070.000	MINSAL
Comuna 7	525.443	450.000	450.000	1.425.443	MINSAL
<b>Total</b>	<b>5.335.443</b>	<b>5.280.000</b>	<b>5.470.000</b>	<b>16.085.443</b>	

Fuente: Elaboración propia

Como se observa en el cuadro anterior, las 4 comunas que incluyen la planificación de talleres de alimentación saludables en el trienio lo hacen con una gran variación de presupuesto, entre 1,4 y 10,6 millones. En la mayoría de los casos, la actividad se planifica con financiamiento exclusivo del programa

(MINSAL), mientras que en una comuna se proyecta con financiamiento mixto (MINSAL, Municipio e intersector).

Al revisar las cifras de producción presentadas en el cuadro siguiente, se observa una cierta homogeneidad en el número de participantes a atender por las intervenciones (excluyendo a la comuna 7), pero no ocurre lo mismo con el número de horas y sesiones a entregar a la población en el trienio, con un mínimo de 1 sesión trienal para la comuna 5, y un máximo de 36 para la comuna 7.

**Cuadro 28 - Variables de producción Taller de alimentación saludable**

Comuna	No. participantes	No. horas totales	No. sesiones <sup>127</sup>
Comuna 1	45	48	6
Comuna 4	60	16	8
Comuna 5	30	9	1
Comuna 7	360	12	36

Fuente: Elaboración propia

Por último, en el cuadro siguiente se observa un set de indicadores de eficiencia calculados con las variables antes revisadas (producción y planificación de gastos), cuyo nivel de heterogeneidad limita la posibilidad de establecer medidas de valor promedio. Por ejemplo, la comuna 7 tiene un presupuesto de 3.960 por participante de los talleres de alimentación saludable, mientras la comuna 1 tiene un costo unitario de 235.333 (59 veces mayor).

**Cuadro 29 - Indicadores de eficiencia Taller de alimentación saludable**

Comuna	Costo total / Participante	Costo total/ hora	Costo total/ sesión
Comuna 1	235.333	220.625	1.765.000
Comuna 4	33.333	125.000	250.000
Comuna 5	69.000	230.000	2.070.000
Comuna 7	3.960	118.787	39.596

Fuente: Elaboración propia

Diferencias como ésta, podrían ser potencialmente atribuidas a criterios geográficos en la asignación de presupuesto (por ejemplo, mientras la comuna 1 se encuentra en una región extrema del país, la comuna 7 es más central, haciendo presumiblemente menos costoso el financiamiento de recursos humanos, insumos y traslados asociados a la ejecución de la actividad), pero también a la forma como cada comuna concibe la actividad (Cuadro 30). La actividad 2, que se presenta más adelante, representa un excelente caso para evidenciar este punto.

**Cuadro 30 - Descripción de gastos Taller de alimentación saludable**

Comuna	Descripción de gastos
Comuna 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contratación monitor taller (RRHH)</li> <li>▪ Pasajes y alojamiento monitor</li> <li>▪ Arriendo salón</li> </ul>

<sup>127</sup> El número de horas por sesión varía entre comunas y no existe una definición a priori de cuál debiese ser la duración de los talleres

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insumos taller</li> <li>▪ Implementación utensilios de cocina</li> </ul>
Comuna 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contratación nutricionista para dictar taller (RRHH)</li> <li>▪ Compra materiales de oficina (carpetas, lápices, hojas)</li> <li>▪ Difusión actividades en redes sociales</li> <li>▪ Espacio físico para taller</li> <li>▪ Coffee-break saludable</li> </ul>
Comuna 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Impresión manual de cocina andina</li> <li>▪ Contratación chef para taller, con degustación</li> </ul>
Comuna 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contratación expositor (RRHH)</li> <li>▪ Compra ingredientes para preparaciones</li> <li>▪ Servicio grabación de videos (RRHH)</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

**Actividad 2: Capacitación a comunidad (grupos de apoyo, dirigentes sociales, madres, agrupaciones, etc) en lactancia materna**  
**Componente: Difusión y comunicación social**

**Cuadro 31 - Planificación de gastos Capacitación a comunidad en lactancia materna, período 2019-2021 (pesos nominales)**

Comuna	2019	2020	2021	Total	Fuentes de financiamiento
Comuna 3	130.000	0	200.000	330.000	MINSAL
Comuna 6	300.000	0	300.000	600.000	MINSAL
Comuna 7	186.154	186.154	186.154	558.462	MINSAL, Municipal
<b>Total</b>	<b>616.154</b>	<b>186.154</b>	<b>686.154</b>	<b>1.488.462</b>	

Fuente: Elaboración propia

La actividad “Capacitación a la comunidad en lactancia materna”, planificada por 3 comunas de la muestra, presenta una dispersión de presupuesto relativamente baja en comparación a la actividad 1, con una diferencia aproximada de \$228.000 entre la comuna 7 y 3. Sin embargo, al observar las variables de producción, se constata que mientras la comuna 3 planifica sus actividades para atender a potencialmente 15 participantes, con 2 horas de capacitación, la comuna 7 planifica la atención de 120 personas, con 12 sesiones:

**Cuadro 32 - Variables de producción Capacitación a comunidad en lactancia materna**

Comuna	No. participantes	No. horas	No. sesiones
Comuna 3	15	2	2
Comuna 6	15	2	2
Comuna 7	120	12	9

Fuente: Elaboración propia

En efecto, al evaluar los indicadores de eficiencia por actividad, se observa una alta dispersión: Mientras la comuna 7 proyecta un gasto de \$4.654 por participante, la comuna 3 lo hace por \$40.000.

**Cuadro 33 - Indicadores de eficiencia Capacitación a comunidad en lactancia materna**

Comuna	Costo total / Participante	Costo total/ hora	Costo total/ sesión
Comuna 3	22.000	165.000	165.000
Comuna 6	40.000	300.000	300.000
Comuna 7	4.654	46.539	62.051

Fuente: Elaboración propia

Lo más interesante del análisis de esta actividad, sin embargo, es revisar cómo las comunas están entendiendo la capacitación comunitaria en lactancia materna, a partir del detalle de gastos que de las planificaciones se extrajeron: La única comuna que planifica efectivamente una capacitación es la 7 (paradójicamente, es también la que tiene los costos unitarios más bajos). La comuna 6 solo detalla en su planificación la compra de colaciones saludables (el Panel presume un registro incompleto de los gastos a cubrir, posiblemente con cargo a las arcas municipales), mientras la comuna 3 financia a través de esta actividad la adquisición de una fantoma lactante que, a juicio de panel, corresponde a la adquisición de equipamiento y no una capacitación.

**Cuadro 34 - Descripción de gastos Capacitación a comunidad en lactancia materna**

Comuna	Descripción de gastos
Comuna 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adquisición de fantoma lactante, cojines de lactancia (Equipamiento)</li> </ul>
Comuna 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Colaciones saludables participantes</li> </ul>
Comuna 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contratación expositor (RRHH)</li> <li>▪ Impresión trípticos/ flyers</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

**Actividad 3: Instalación de circuitos de máquinas para plazas saludables****Componente: Instalación y habilitación de espacios públicos para la vida saludable**

La actividad 3, "Instalación de circuitos de máquinas para plazas saludables", correspondiente al Componente 2, se financia en la mayoría de las comunas, tal como se muestra en el cuadro siguiente, con recursos del Programa exclusivamente (3 comunas) y en un caso, con aportes también municipales (comuna 7).

**Cuadro 35 - Planificación de gastos Instalación de circuitos de máquinas para plazas saludables, período 2019-2021 (pesos nominales)**

Comuna	2019	2020	2021	Total	Fuentes de financiamiento
Comuna 2	4.700.000	2.400.000	2.400.000	9.500.000	MINSAL
Comuna 3	4.500.000	0	0	4.500.000	MINSAL
Comuna 6	4.587.162	5.350.000	4.250.000	14.187.162	MINSAL
Comuna 7	3.500.000	2.700.000	1.500.000	7.700.000	MINSAL, Municipal
<b>Total</b>	<b>17.287.162</b>	<b>10.450.000</b>	<b>8.150.000</b>	<b>35.887.162</b>	

Fuente: Elaboración propia

En esta actividad, y en todas las actividades de la muestra correspondientes al componente 2, el Programa recoge variables de producción distintas a los casos anteriores: Capacidad del lugar y unidades instaladas o mejoradas. Estas variables dan cuenta de la magnitud de las instalaciones habilitadas en las comunas y permiten explicar en parte las grandes diferencias entre los montos totales de inversión. Estas variables son reportadas por 3 de las 4 comunas correspondientes, y presentan un valor promedio de capacidad de 283, y de 3 unidades instaladas:

**Cuadro 36 - Variables de producción Instalación de circuitos de máquinas para plazas saludables**

Comuna	Capacidad del lugar	Unidades instaladas o mejoradas
Comuna 2	150	4
Comuna 3	500	2
Comuna 6	S/I	S/I
Comuna 7	200	4

Fuente: Elaboración propia

Como se observa en el cuadro siguiente, ésta es una actividad cuyo costo unitario presenta unos de los niveles de dispersión más reducidos de la muestra (costo unitario promedio es de \$2.183.000), pero llama la atención que el costo total (trienal) por capacidad estimada presente una varianza tan alta (mientras la comuna 3 tiene un costo unitario por capacidad instalada de \$9.000, la comuna 2 tiene un costo de \$63.333).

**Cuadro 37 - Indicadores de eficiencia Instalación de circuitos de máquinas para plazas saludables**

Comuna	Costo total/capacidad	Costo unitario
Comuna 2	63.333	2.375.000
Comuna 3	9.000	2.250.000
Comuna 6	S/I	S/I <sup>128</sup>
Comuna 7	38.500	1.925.000

Fuente: Elaboración propia

En general, y al revisar la descripción detallada de los gastos planificados en las comunas, se aprecia que esta actividad tiene un comportamiento más estándar que las anteriores:

**Cuadro 38 - Descripción de gastos Instalación de circuitos de máquinas para plazas saludables**

Comuna	Descripción de gastos
Comuna 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mano de obra para instalación de máquinas de ejercicio en la comuna y reparación de aquellas que fueran necesarias</li> <li>▪ Compra de máquinas de ejercicio</li> <li>▪ Compra de materiales de construcción para instalación de las máquinas de ejercicios y/o reparación o mantención correspondiente</li> </ul>

<sup>128</sup> Panel observa que no siempre se completan todos los campos dispuestos en los formularios de planificación, aunque en la muestra seleccionada por éste, esto ocurre en casos excepcionales.

Comuna 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Licitación de adquisición e instalación de dos circuitos de máquinas multinacionales tipo calistenia (contrato por suministro)</li> </ul>
Comuna 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Compra de máquinas de ejercicios</li> </ul>
Comuna 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Compra de máquinas plaza activa</li> <li>▪ Instalación de máquinas (mano de obra)</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

#### **Actividad 4: Instalación de juegos infantiles en plazas o parques**

##### **Componente: Instalación y habilitación de espacios públicos para la vida saludable**

La actividad 4, también correspondiente al Componente 2 y con un nivel de estandarización esperado relativamente similar a la actividad 3, presenta montos de planificación muy dispares en las comunas, tal como se presenta en el cuadro siguiente:

**Cuadro 39 - Planificación de gastos Instalación de juegos infantiles en plazas o parques, período 2019-2021 (pesos nominales)**

Comuna	2019	2020	2021	Total	Fuentes de financiamiento
Comuna 2	3.400.288	1.100.000	1.200.000	5.700.288	MINSAL
Comuna 4	4.000.000	0	0	4.000.000	MINSAL, Municipal
Comuna 5	25.500.000	0	11.000.000	36.500.000	MINSAL, Municipal
<b>Total</b>	<b>32.900.288</b>	<b>1.100.000</b>	<b>12.200.000</b>	<b>46.200.288</b>	

Fuente: Elaboración propia

Como se observa, mientras la comuna 4 planifica la instalación de juegos infantiles por un total de \$4.000.000, la comuna 5 lo hace por 36,5 millones. Este tipo de dispersión, en términos de los costos totales presupuestados para el trienio, se condice con la lógica de planificación territorial en base a necesidades que el Programa promueve. Pero, para poder pronunciarse más confiablemente respecto a la comparabilidad de estas cifras, es necesario revisar el detalle de las acciones que bajo esta actividad se incorporan:

**Cuadro 40 - Descripción de gastos Instalación de juegos infantiles en plazas o parques**

Comuna	Descripción de gastos
Comuna 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contratación de mano de obra para instalación, reparación o mantenimiento de juegos infantiles</li> <li>▪ Compra de materiales de construcción para la instalación de juegos infantiles adquiridos, así como también para la reparación o mantención de los juegos infantiles</li> <li>▪ Compra de juegos infantiles para ser instaladas en plazas en movimiento</li> </ul>
Comuna 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personal para instalación de juegos</li> <li>▪ Adquisición de juegos infantiles para parques comunales</li> </ul>
Comuna 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Compra de juegos infantiles, traslado e instalación</li> <li>▪ Compra de insumos para instalación de juegos</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

Como se observa, en general, los gastos incluidos en este tipo de actividad son relativamente homogéneos (compra e instalación de equipamiento, y contratación de mano de obra para instalación/ habilitación). Por

esto, en principio, las diferencias de presupuesto no debiesen estar fuertemente determinadas por interpretaciones dispares respecto a qué implica el desarrollo de esta actividad en los territorios.

**Cuadro 41 - Variables de producción Instalación de juegos infantiles en plazas o parques**

Comuna	Capacidad del lugar <sup>129</sup>	Unidades instaladas o mejoradas
Comuna 2	150	4
Comuna 4	50	2
Comuna 5	250	3

Fuente: Elaboración propia

Sin embargo, y al evaluar el costo relativo de instalación entre las comunas, surgen dudas respecto a las grandes diferencias observadas en el costo unitario de instalación: mientras la comuna 2 tiene un costo de 1,4 millones por unidad instalada o mejorada, la comuna 5 tiene un costo de 12 millones. Habría que preguntarse si esta dispersión podría estar explicada por diferencias geográficas en la adquisición e instalación de los equipos, considerando que, por ejemplo, la comuna se encuentra en una región extrema del país (esto, dado que la descripción de gastos detallada en el cuadro Cuadro 40 no permite vislumbrar a priori otro motivo plausible, dado que las actividades son descritas con suficiente nivel de homogeneidad). Ahora, más allá de las causas posibles, lo que resulta preocupante para el Panel es que este tipo de situaciones no despierten las mismas inquietudes en el mismo programa de manera oportuna, seguramente, porque en la medida en que las cifras comunales no son contrastadas las unas con las otras, o no se establezcan medidas mínimas de organización del gasto (por ejemplo, montos mínimos y máximos por tipo de actividad), es muy complejo evidenciar la presencia de elementos disonantes en la planificación.

**Cuadro 42 - Indicadores de eficiencia Instalación de juegos infantiles en plazas o parques**

Comuna	Costo total/ capacidad	Costo unitario
Comuna 2	38.002	1.425.072
Comuna 4	80.000	2.000.000
Comuna 5	146.000	12.166.667

Fuente: Elaboración propia

**Actividad 5: Jornada de Planificación en Promoción de la Salud**  
**Componente: Participación Comunitaria para el Empoderamiento**

La jornada de planificación en promoción de la salud, del componente 3 del Programa, es planificada por 5 de las comunas consideradas en la muestra, acudiendo a financiamiento del Programa, y también con aportes municipales. En el cuadro siguiente, salta a primera vista la enorme disparidad existente entre los montos planificados: mientras la comuna 1 presupuesta financiar la actividad con \$120.000 en el trienio, la comuna 2 asigna un presupuesto por más de 7 millones.

<sup>129</sup> En los formularios de planificación comunal no se entrega una definición respecto a lo que ésta u otras medidas de capacidad representan en cada caso.

**Cuadro 43 - Planificación de gastos Jornada de Planificación en Promoción de la Salud, período 2019-2021 (pesos nominales)**

Comuna	2019	2020	2021	Total	Fuentes de financiamiento
Comuna 1	60.000	0	60.000	120.000	MINSAL
Comuna 2	2.500.000	2.697.472	2.500.000	7.697.472	MINSAL, Municipal
Comuna 5	250.000	250.000	250.000	750.000	Municipal
Comuna 6	655.531	0	655.531	1.311.062	MINSAL
Comuna 7	650.000	500.000	650.000	1.800.000	MINSAL, Municipal
<b>Total</b>	<b>4.115.531</b>	<b>3.447.472</b>	<b>4.115.531</b>	<b>11.678.534</b>	

Fuente: Elaboración propia

Al revisar con más detalle las variables de producción de la actividad, se observa una relativa homogeneidad entre el número de participantes, horas y sesiones a cubrir, exceptuando la comuna 7. Sin embargo, no se encuentran en estas variables razones que pudiesen explicar el alto costo relativo de la jornada planificada en la comuna 2.

**Cuadro 44 - Variables de producción Jornada de Planificación en Promoción de la Salud**

Comuna	No. participantes	No. horas	No. sesiones
Comuna 1	40	10	2
Comuna 2	10	2	3
Comuna 5	30	4	1
Comuna 6	20	1	1
Comuna 7	150	5	1

Fuente: Elaboración propia

En efecto, y tal como se muestra en el cuadro siguiente, la comuna 2 tiene un costo total por participante (\$769.747) 257 veces mayor que la comuna 1 (\$3.000), despertando muchas dudas respecto a qué elementos puntuales de la planificación podrían elevar tanto los costos, considerando que la descripción de gastos presentada por la comuna no difiere particularmente de las otras que forman parte de la muestra (Cuadro 46). Una explicación podría ser que el recurso humano contratado por la comuna para la jornada posea una especialidad o características muy particulares que justifiquen su alto costo relativo (en la programación se detalla un presupuesto de \$1.900.000 por año en RRHH). De ser este caso, sería importante revisar en qué medida esto se condice con el sentido original de la jornada de planificación, o qué otras causas podrían estar detrás de este caso.

**Cuadro 45 - Indicadores de eficiencia Jornada de Planificación en Promoción de la Salud**

Comuna	Costo total / Participante	Costo total/ hora	Costo total/ sesión
Comuna 1	3.000	12.000	60.000
Comuna 2	769.747	3.848.736	2.565.824
Comuna 5	25.000	187.500	750.000
Comuna 6	65.553	1.311.062	1.311.062



Comuna 7	12.000	360.000	1.800.000
----------	--------	---------	-----------

Fuente: Elaboración propia

De cualquier modo, casos como éste levantan en el Panel la inquietud respecto a la existencia potencial de otras actividades cuyos montos de financiamiento programados presenten disparidades tan elevadas y sus causas.

#### Cuadro 46 - Descripción de gastos Jornada de Planificación en Promoción de la Salud

Comuna	Descripción de gastos
Comuna 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coffee-break saludable</li> </ul>
Comuna 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Horas profesionales (RRHH)</li> <li>▪ Arriendo sala de reuniones</li> <li>▪ Coffee-break participantes</li> </ul>
Comuna 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Colaciones saludables</li> </ul>
Comuna 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contratación de recurso humano realizador de la capacitación</li> <li>▪ Colaciones saludables a participantes</li> </ul>
Comuna 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Honorarios expositor (RRHH)</li> <li>▪ Impresión cuestionarios y material de apoyo</li> <li>▪ Servicios amplificación</li> <li>▪ Coffee-break participantes</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

#### Actividad 6: Escuela de salud para líderes comunitarios

##### Componente: Participación Comunitaria para el Empoderamiento

La última actividad analizada en este apartado, Escuela de salud para líderes comunitarios, corresponde también al componente 3 y es planificada por 4 comunas de la muestra, como se indica a continuación:

#### Cuadro 47 - Planificación de gastos Escuela de salud para líderes comunitarios, período 2019-2021 (pesos nominales)

Comuna	2019	2020	2021	Total	Fuentes de financiamiento
Comuna 2	530.793	540.000	800.000	1.870.793	MINSAL, Municipalidad, Intersector
Comuna 3	0	0	400.000	400.000	MINSAL, Municipalidad, Intersector
Comuna 4	0	0	1.300.000	1.300.000	MINSAL, Municipalidad
Comuna 5	552.006	488.006	498.006	1.538.018	MINSAL, Otro
<b>Total</b>	<b>1.082.799</b>	<b>1.028.006</b>	<b>2.998.006</b>	<b>5.108.811</b>	

Fuente: Elaboración propia

De la planificación de recursos que se observa en el cuadro anterior, surgen interrogantes respecto cómo se define dentro de las comunas la periodicidad de la Escuela. Por ejemplo, las comunas 2 y 5 destinan recursos año a año para el sostenimiento de la Escuela, mientras las comunas 3 y 4 lo concentran en el año 2021 solamente. Lo último, si bien podría ser una decisión plausible de los territorios, lleva al Panel a preguntarse respecto a la oportunidad que puede generar involucrar a líderes comunitarios desde el inicio

de trienio (con programación de actividades a partir del 2019), dado que en ellos se deposita un anhelo de promover y liderar la promoción de salud en sus comunidades.

**Cuadro 48 - Variables de producción Escuela de salud para líderes comunitarios**

Comuna	No. participantes	No. horas	No. sesiones
Comuna 2	60	3	2
Comuna 3	12	12	3
Comuna 4	30	12	1
Comuna 5	20	12	4

Fuente: Elaboración propia

Al revisar las variables de producción de esta actividad queda en evidencia, como en casos anteriores, un alto nivel de heterogeneidad tanto en la forma como se produce y entrega ésta en el territorio (por ejemplo, la comuna 2 entrega la actividad a un número relativamente alto de personas, pero solo 3 horas de Escuela, mientras las comunas restantes sostienen un estándar de 12 horas en el trienio). Esto conlleva, entre otras cosas, a la estimación de indicadores de eficiencia igualmente heterogéneos:

**Cuadro 49 - Indicadores de eficiencia Escuela de salud para líderes comunitarios**

Comuna	Costo total / Participante	Costo total/ hora	Costo total/ sesión
Comuna 2	31.180	623.598	935.397
Comuna 3	33.333	33.333	133.333
Comuna 4	43.333	108.333	1.300.000
Comuna 5	76.901	128.168	384.505

Fuente: Elaboración propia

Así, mientras la comuna 3 estima un costo total por sesión de \$133.333, la comuna 4 tiene un costo de \$1.300.000.

**Cuadro 50 - Descripción de gastos Escuela de salud para líderes comunitarios**

Comuna	Descripción de gastos
Comuna 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coffee-break saludable</li> <li>▪ Compra de merchandising para la entrega de material en las jornadas</li> <li>▪ Contratación relatores (RRHH)</li> <li>▪ Arriendo auditorium</li> </ul>
Comuna 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Compra materiales de oficina (carpetas, lápices, reproducción de material)</li> <li>▪ Coffee-break saludable</li> </ul>
Comuna 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Espacio físico para actividad</li> <li>▪ Compra materiales de oficina (carpetas, lápices, otros)</li> <li>▪ Contratación capacitador (RRHH)</li> <li>▪ Difusión actividades en redes sociales</li> </ul>
Comuna 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Compra materiales de oficina (carpetas, lápices, fotocopias)</li> <li>▪ Impresión dípticos alimentación saludable u otros</li> <li>▪ Colaciones saludables</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

Del ejercicio anterior, se puede concluir lo siguiente: Los PTPS revisados por el Panel presentan una heterogeneidad muy alta, dificultando la posibilidad de establecer medidas de eficiencia agregadas a nivel de actividades. Estas diferencias, a juicio del Panel, podría estar explicadas por una gran variedad de motivos: geografía de los territorios y dificultad para acceder a ciertos insumos/ RRHH<sup>130</sup>, reporte incompleto o erróneo de antecedentes en los planes, sub o sobreestimación de costos de ejecución, entre otros. Algunas de estas, están fuera del control del Programa (por ejemplo, precios más altos en comunas extremas del país). Pero las otras, debieran ser revisadas por el Programa y sus equipos regionales, y realizar un esfuerzo por resguardar que aquellas variables que sí pueden estar bajo su control sean sujetas a un nivel mínimo de estandarización (por ejemplo, como se ha indicado, estableciendo cotas mínimas y máximas de gasto por tipo de actividad y por zona geográfica, atendiendo las diferencias de precio esperables en territorios extremos o de difícil gestión y acceso y en el país). Esto, porque es necesario que el Programa mantenga un control más efectivo sobre la gestión de los recursos transferidos a las comunas, asegurando al menos 2 aspectos esenciales para su correcta implementación: i) Un uso más eficiente de los recursos públicos (toda vez que las cotas establecidas se definan en base a criterios tanto de efectividad -por ejemplo, extensión o tamaños mínimos de determinadas actividades para lograr su máximo impacto- como de eficiencia -mínimo costo al cual esos efectos son conseguidos), y ii) Una garantía de productos y servicios relativamente homogéneos a la población (es decir, actividades del programa que, más allá de sus diferencias territoriales, posean un nivel de calidad adecuado y parejo para todas las personas).

## **5.2. A nivel de resultados intermedios y finales.**

No es posible realizar un análisis de eficiencia en este nivel, pues no se cuenta con información respecto a los resultados obtenidos a nivel de beneficiarios o municipios.

## **5.3. Gastos de Administración**

Previo al inicio de esta evaluación, y a juicio del Panel, el Programa tenía una estimación equivocada de sus gastos administrativos pues consideraba que estos estaban dados por todas las actividades catalogadas como de “gestión local” (listadas en el Anexo 3) dado que éstas son las que “dan sostenibilidad al plan”. Sin embargo, el Panel pudo rápidamente notar que la gran mayoría de las actividades consideradas en esta categoría correspondían de hecho a actividades de producción, alineadas con el propósito y actividades de 2 componentes de la MML: Regulaciones (Componente 1) y Participación (Componente 3).

Por esto, se realizó un estudio de gastos administrativos que fue construcción entre el Panel y Programa, en base a la recategorización de dichas actividades. De este ejercicio, el Programa calculó que de las actividades de gestión local que fueron reasignadas a los componentes, un 69% de los recursos corresponden al componente de regulaciones y un 31% corresponden a participación. Una parte marginal de actividades quedó sin ser asignada a ningún componente pues, según el Panel pudo constatar, corresponden a actividades de carácter transversal que en principio no están exclusivamente vinculadas a un único componente<sup>131</sup>. Sin embargo, estas actividades (principalmente de planificación y diagnóstico) son igualmente actividades de producción, y no corresponde considerarlas como gastos administrativos. En el siguiente cuadro se resumen las actividades consideradas en esta categoría, nombradas por el Programa como “construcción y análisis de datos”, para el año 2020:

---

<sup>130</sup> Por ejemplo, la comuna analizada de Magallanes tiene costos planificados sistemáticamente más altos que otras comunas más centrales

<sup>131</sup> Dicho esto, y para efectos de todos los registros del Programa, estas actividades fueron asignadas al Componente 1 del Programa, ya que éste considera que en dicho componente las actividades de construcción y análisis de datos tienen un máximo impacto.

**Cuadro 51 - Actividades programadas de “Construcción y análisis de datos”, año 2020**

<b>Actividad</b>	<b>Nº</b>	<b>Monto</b>
Actualización de mapa de actores intersectoriales para convocarlos e involucrarlos en los distintos planes y programas que ofrece el intersector y/o el sector privado.	21	5.067.581
Construcción o actualización de línea de base	88	10.740.531
Instalar o Desarrollar Sala de Situación de Salud Local	13	17.859.357
Confección de catastro de recintos deportivos disponibles, infraestructura recreativa y entornos habilitados (senderos para trekking, para bicicletas, rutas de escalada, sectores para navegación, etc) y su difusión a la comunidad.	15	2.089.000
Identificar los distintos programas asociados con AF en la comuna, especialmente los que llegan a Establecimientos Educativos	10	250.000
Aplicación anual de encuesta de entornos y hábitos saludables	211	114.999.033
Aplicación de instrumentos de evaluación para la medición de resultados esperados	49	28.371.694
<b>TOTAL</b>	<b>407</b>	<b>179.377.196</b>

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por el Programa

De este modo, la totalidad de actividades originalmente identificadas por el programa como gastos administrativos fueron re-categorizados como gastos de producción, por lo que los gastos de producción están dados por: Total recursos Subtítulos 24, 22 y 29, más 100% de los aportes municipales registrados en la plataforma MIDAS, más 80%<sup>132</sup> de los aportes municipales en recursos humanos.

Los gastos administrativos actualizados, en tanto, se construyeron en base a las estimaciones hechas respecto al aporte en recursos humanos desde las SEREMIs y Nivel Central, con cargo al Subtítulo 21 de la institución responsable (el detalle de los cálculos se encuentra en la sección Fuentes y recursos financieros) más el 20% los aportes municipales en recursos humanos estimados.

Así, se estiman los siguientes gastos administrativos del Programa:

**Cuadro 52 - Desglose gastos administrativos, período 2017-2021 (miles de \$ valores nominales)**

	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>Peso relativo (%)</b>
Aporte SSP RRHH (Subtítulo 21)	493.952	506.301	524.022	538.694	553.239	<b>51,6%</b>
Aporte municipal RRHH (Extrapresupuestario)	462.835	474.406	491.010	504.758	518.387	<b>48,4%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>956.787</b>	<b>980.707</b>	<b>1.015.032</b>	<b>1.043.452</b>	<b>1.071.625</b>	

Fuente: Elaboración propia

<sup>132</sup> La distribución de gastos en la proporción 80-20% se plantea a partir de la experiencia que ha tenido el Panel en la evaluación de otros programas de ejecución comunal.

**Cuadro 53 – Estimación total de gastos administrativos, período 2017-2021 (miles de \$ 2021)**

<b>Variable</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Gasto Administración (A)	\$1.057.058	\$1.057.692	\$1.067.407	\$1.067.451
Gasto Total del programa (B)	\$9.284.248	\$9.066.634	\$13.276.506	\$8.659.864
<b>% (A/B)</b>	<b>11,48%</b>	<b>12,00%</b>	<b>12,32%</b>	<b>12,33%</b>

Fuente: Elaboración propia

En primera instancia, y a juicio del Panel, un gasto administrativo del orden del 10,85% es relativamente alto, dada la experiencia que el Panel tiene en otros programas de similar naturaleza con montos que bordean el 6-10%. Si embargo, es importante analizar estos resultados con precaución, pues una parte importante de estos (48%) corresponde a los aportes municipales estimados que, como se ha indicado, presentan una altísima heterogeneidad, dificultando la capacidad de establecer una medida “representativa” de los gastos administrativos por comuna<sup>133</sup>. De hecho, la gran mayoría de los Programas públicos no suele estimar sus gastos administrativos extrapresupuestarios, por lo que los parámetros de referencia conocidos de otros programas pueden ser una medida de comparación poco apropiada.

Así, y a modo de referencia, se estiman también los gastos administrativos excluyendo los aportes extrapresupuestarios estimados. En este caso, los gastos administrativos se reducen prácticamente a la mitad, con un porcentaje promedio del 5,6% (Cuadro 53), ubicándose dentro del límite del 6% que, en la experiencia del Panel, se percibe como aceptable en un programa público.

**Cuadro 54 - Estimación gastos administrativos, sin aportes extrapresupuestarios, período 2017-2021 (miles de \$ 2021)**

<b>Variable</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Gasto Administración (A)	\$1.057.058	\$1.057.692	\$1.067.407	\$1.067.451
Gasto Total del programa (B)	\$9.211.752	\$8.814.661	\$8.663.583	\$8.659.864
<b>% (A/B)</b>	<b>11,48%</b>	<b>12,00%</b>	<b>12,32%</b>	<b>12,33%</b>

Fuente: Elaboración propia

<sup>133</sup> Recordar que la totalidad de gastos asociados al Subtítulo 24 son asignados como gasto de producción

### III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 1. CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL

El Programa Planes de Promoción de la Salud para Municipios, Comunas y Comunidades saludables (MCCS) es una parte fundamental de la Política Pública de promoción de salud en Chile, en términos del marco teórico y conceptual sobre el que se sustenta, que entiende la salud como resultado de condiciones que trascienden la mera voluntad de las personas respecto a la gestión de su salud, que la circunscribe en un contexto comunitario/ social determinante de las “causas de las causas”. Este es el contexto de los entornos saludables sobre los cuales interviene el Programa, buscando aumentar los factores protectores de la salud en la población. Este abordaje en sí mismo ha sido validado y aplaudido por la academia, y por entidades internacionales promotoras de la salud. Desde este punto de vista, el Panel evalúa positivamente que el Programa se haga cargo de este enfoque, aportando a los territorios con una oportunidad de acceso a la promoción de la salud que trasciende las decisiones individuales aisladas. Sin embargo, el Panel se ha encontrado con información insuficiente respecto a los resultados concretos que esto ha traído para la población, tanto intermedia como final.

Por otro lado, y en base al Estudio Complementario, se observa que el Programa es reconocido por los actores como una estrategia consolidada en el territorio, con una amplia trayectoria y evolución, entregando un gran aporte para la comunidad en términos de salud y de los recursos disponibles para el desarrollo de actividades específicas orientadas a la promoción de la salud.

#### Diseño

1. En la actualidad existen requisitos para que un municipio acceda al Programa, lo que hace que se esté en presencia de un programa universal, con altísima cobertura, pero sin cobertura total, lo cual debe ser corregido.
2. El programa aborda adecuadamente el problema/necesidad central y las causas que le dan origen. Sin embargo, el árbol del problema existente muestra solo una línea causal “exceso de entornos no saludables”, lo cual es insuficiente respecto de la propia metodología de marco lógico y le resta consistencia con los marcos teóricos en que se sustenta su diseño.
3. Se identifica que la composición de las actividades para cada componente requiere de jerarquización y organización coherente con el objetivo que persigue. Las actividades definidas dentro de cada componente surgen de un trabajo de revisión de evidencia científica, consenso con expertos y operadores del Programa. Las actividades son creadas para responder al árbol de objetivos, haciéndose cargo de las causas de las causas expresadas en el árbol del problema. No obstante, lo anterior, el panel considera que no está asegurado que las actividades puedan cubrir adecuadamente los diferentes elementos constitutivos de cada componente a nivel comunal. Esto quiere decir que, si bien cada componente se produce a partir de un conjunto de actividades suficientes y necesarias, estas no se organizan en base a categorías, por tanto, no están formuladas como un conjunto de objetivos específicos a lograr para que el componente se produzca. Esto trae consigo otra dificultad, que es la de operacionalizar estas categorías u objetivos específicos con vistas a la medición y evaluación del desempeño de éstos, de allí que la construcción de indicadores de resultados se complejiza al punto de estar insuficientemente representados en la matriz de marco lógico.
4. En el diseño se identifican algunas barreras para el logro de la cobertura efectiva y de la equidad:
  - Población sin acceso al Programa porque sus comunas se han excluido o han sido eliminadas.
  - Población con planes mejor implementados ya que sus comunas están en regiones con más recursos humanos y/o sus comunas tienen más recursos financieros para aportar a la ejecución de los planes
  - Población femenina no considerada efectivamente en las condiciones de acceso a las intervenciones.

- Índice Comunal no estandarizado a nivel nacional que tome en cuenta variables que hagan más equitativa la distribución de recursos
- 5. Se valora la definición del Componente de Participación Social como pilar fundamental en la estrategia MCCS, no sólo porque permite contar con información sobre el estado de salud de la comunidad, sino que también porque permite que la comunidad explore y reflexione sobre los determinantes sociales y sobre su propia calidad de vida, y vaya adquiriendo poder para la transformación de la realidad socio sanitaria.

## Implementación

1. El programa opera en concordancia a su diseño y estrategia definida. Es decir, éste aplica mecanismos para asegurar la atingencia de las intervenciones (actividades asociadas a resultados), sin embargo no existen mecanismos estandarizados que aseguren la vinculación entre ellos tanto en la planificación y la ejecución, otorgando coherencia a las intervenciones locales, entendida esta coherencia como la búsqueda de que las actividades incluidas se potencien entre ellas, que los resultados esperados en los componentes estén o se vean potenciados por la sintonía / sincronía entre las actividades planificadas y ejecutadas.
2. De acuerdo con los resultados del Estudio complementario y a las entrevistas realizadas por el panel a representantes regionales del Programa, éste es reconocido por los actores como una estrategia consolidada en el territorio, con una amplia trayectoria y evolución, entregando un gran aporte para la comunidad en términos de salud y de los recursos disponibles para el desarrollo de actividades específicas orientadas a la promoción de la salud.
3. La planificación del Programa se hace de acuerdo a un presupuesto conocido y asignado, y no necesariamente en base a los resultados de los diagnósticos y priorizaciones participativas, ya que más bien se seleccionan actividades desde el pool existente, que son financiables con los marcos presupuestarios asignados y los recursos de programas relacionados (sinergias). Dado lo anterior, no existen brechas identificadas/definidas en términos de poblaciones asociadas a entornos poco saludables que puedan/deban ser cerradas por los PTPS, sin poder, por lo tanto, tener un dimensionamiento de la cobertura efectiva del Programa.
4. Respecto a la dotación de recursos humanos a cargo del diseño, seguimiento y ejecución del Programa se observa que: i) Dada la gran cantidad de funciones que deben ser desarrolladas por el nivel central, la dotación de personal es la mínima requerida para que éstas sean desarrolladas con éxito, ya que se cuenta con seis profesionales para realizar la gestión global nacional del Programa (2,5 Jornadas Completas Equivalentes). ii) Existe una distribución inequitativa de los recursos humanos regionales y locales destinados al programa que debe ser corregida ya que es una fuente teórica de inequidad en los resultados del Programa.
5. Existe gran diversidad en el perfil de los/as encargados/as comunales del Programa, lo cual estaría generando:
  - a. Elección y/o priorización de actividades de acuerdo a la profesión del encargado/a (por ejemplo, implementar más actividades relacionadas con alimentación saludable cuando se es nutricionista).
  - b. Sesgo de vinculación con programas relacionados de las diferentes subsecretarías dado por la ubicación en CESFAM o en otras locaciones.
  - c. Posible inequidad en el acceso/oportunidad/calidad de las poblaciones a las intervenciones.
6. Es clara la definición/asignación de funciones en todos los niveles involucrados. El Programa cuenta con adecuada documentación que describe claramente las etapas, actividades y productos: Orientaciones Técnicas (OOTT), Manuales para el desarrollo técnico de las actividades, Resoluciones que aprueban anualmente la ejecución del Programa.
7. No se detectaron duplicidades con otros Programas relacionados. Además, el programa se coordina con varios programas relacionados al interior del MINSAL y también con otros ministerios a través

del Sistema Elige Vivir Sano. Sin embargo, a juicio del Panel, las coordinaciones establecidas con Programas relacionados de otros ministerios tienen mucho espacio para mejorar, y así alcanzar el mayor impacto potencial del programa.

8. No se identifican actividades prescindibles o posibles de sustituir por otros más eficaces, pero sí es necesario un ordenamiento y jerarquización de las actividades, que permitan al programa dimensionar el peso de cada línea de acción respecto a las otras, y su coherencia con el objetivo a cumplir por el componente. Especialmente, se identifica una alta heterogeneidad en la forma como las comunas interpretan la implementación de las distintas actividades que forman parte del Pool definido a nivel central.
9. El panel considera que el sistema de seguimiento y evaluación del programa genera abundantes y pertinentes datos que permiten levantar información para medir desempeño del programa y retroalimentar su gestión, pero es poco oportuna, insuficiente<sup>134</sup>, de regular calidad y de difícil procesamiento (es decir, información que resulta muy compleja de ser agregada para lograr una mirada macro de cómo se está implementando el Programa en todo el país). Esto es coherente con lo concluido acerca del desempeño del programa, dado que existe un conjunto de indicadores no cuantificados, lo que se debe a múltiples factores: problemas metodológicos, dificultad en los registros, obstáculos en el flujo de información, época del año, contexto nacional, etc. El sistema de información pretende recoger inputs sobre actividades que están siendo implementadas con un alto nivel de heterogeneidad, entonces, incluso si el sistema de información es perfeccionado (como ocurre en la actualidad, frente a la implementación de nuevas funciones de reportabilidad), esto no garantiza que se puedan realizar análisis completos y confiables a nivel país.

Es relevante señalar que hay insuficiente información sobre el proceso de producción y, la información sobre la calidad del servicio es escasa o parcial (como ocurre con la actual encuesta de Entornos Saludables, la cual está siendo perfeccionada para captura la satisfacción y uso en el territorio con representatividad comunal y nacional), así como también lo es, la información sobre los resultados de los componentes debido a las dificultades ya expuestas sobre la organización y jerarquización de las actividades para cada uno de ellos.

## Eficiencia

1. El Programa tiene un presupuesto anual promedio de M\$9.230.496 en el período 2017-2021 (en miles de pesos 2021). Estos recursos corresponden en un 40% a la asignación específica del Programa y en un 46% a la asignación de los aportes extrapresupuestarios Municipales. El monto restante corresponde a la asignación de la institución responsable. Los únicos montos registrados íntegramente corresponden a aquellos definidos por Ley de Presupuestos, mientras que los otros corresponden a estimaciones hechas por el Panel, en base a antecedentes entregados por el Programa.
2. No es posible pronunciarse confiablemente sobre la eficiencia relativa del programa, debido a dos razones fundamentales: i) La mayor parte del período de evaluación (2017-2019), no se cuenta con registros sistemáticos de gasto ejecutado por componente ni por naturaleza del gasto (sí a nivel regional), por lo que el gasto es aproximado a partir de los montos de planificación de los PTPS (no ejecución) para este período. Sobre éstos, los responsables del Programa estiman “porcentajes de representación” de sus componentes en base a las actividades planificadas (no ejecutadas) por una muestra de comunas (217 en el año 2019), cuyos registros son lo suficientemente confiables (sin errores, sin inconsistencias) como para que éste los considere en la muestra. En base a éstos, se estima un nivel de gasto por componente teórico, imputando los ponderadores de representación sobre el gasto devengado regional.

---

<sup>134</sup> El programa indica: Ya se encuentra implementada el nuevo desarrollo que permite sistematizar mayor información de los planes, por ejemplo, el tipo de gastos. Se pueden entregar los antecedentes al Panel de ser requeridos.



La situación es diferente para el año 2020 ya que, a partir de entonces, el Programa comenzó a llevar un registro completo de gasto efectivamente ejecutado por componente. De acuerdo a éstos, se estima que en el 2020 el Componente 1 del Programa representa un 5% del presupuesto/gasto, el Componente 2 un 72%, el Componente 3 un 4% y el Componente 4 un 19%. ii) La información de gasto efectiva recopilada (año 2020) aun cuando es abundante, no puede ser agregada fácil y confiablemente para obtener un panorama país sobre la ejecución del Programa que permita, entre otras cosas, mantener un control oportuno y expedito sobre el nivel de gasto generado en distintos componentes, comunas, etc. Debido a lo anterior, el Panel debió realizar un estudio de eficiencia de pequeña escala para poder contar con inputs que le permitieran referirse, al menos parcialmente, a la eficiencia con la que el Programa utiliza sus recursos. Se seleccionó una muestra de 7 comunas y se sistematizó información disponible para 6 actividades planificadas transversalmente en 3 componentes, y se construyeron indicadores de eficiencia según el tipo de actividad. Se concluye que el gasto por actividades es altamente heterogéneo, y que el control de gastos desde nivel central es insuficiente. Ahora bien, hacia el término de esta evaluación, el Programa habilita nuevas funciones de reportabilidad en la plataforma MIDAS que facilitarían el procesamiento de la información disponible, pero en la medida que el sistema no sea nutrido con inputs concretos desde las comunas, el Panel no tiene posibilidad de pronunciarse respecto a su usabilidad efectiva (en vistas, por sobre todo, del ejercicio de eficiencia realizado para esta evaluación, que aun sistematizando la información encontrada en distintos PTPS, tuvo grandes dificultades para agregar confiablemente las variables recogidas).

3. El Panel evalúa positivamente que el Programa conceda a los territorios grados de libertad suficientes como para poder planificar sus planes de acuerdo a sus propias necesidades, en vistas de sus propias capacidades de gestión, y en conocimiento de la realidad local. Sin embargo, considera que esta flexibilidad puede estar siendo excesiva, dificultando la posibilidad de mantener una visión ordenada y completa de cómo se ejecuta el Programa en el territorio y generando inquietudes respecto a la calidad de los servicios que distintas comunidades beneficiarias del programa reciben. Por ejemplo, a nivel de actividades, se observa una alta heterogeneidad en el planteamiento de éstas entre comunas, así como los montos planificados para cada una de ellas, dificultando enormemente cualquier posibilidad de hacer un análisis agregado de los datos comunales. Estas diferencias, a juicio del Panel, podrían estar explicadas por una gran variedad de motivos: geografía de los territorios y dificultad para acceder a ciertos insumos/ RRHH<sup>135</sup>, reporte incompleto o erróneo de antecedentes en los planes, sub o sobreestimación de costos de ejecución, entre otros. Algunas de éstas, están fuera del control del Programa (por ejemplo, precios más altos en comunas extremas del país), pero las otras debieran ser revisadas por el Programa y sus equipos regionales, y realizar un esfuerzo por resguardar que aquellas variables que sí pueden estar bajo su control sean sujetas a un nivel mínimo de estructuración (por ejemplo, planteando cotas de gasto mínimo y máximo por tipo de actividad y zona geográfica). De esta manera, el Programa podrá llevar un control más efectivo sobre la eficiencia en el uso de los recursos que entrega a los ejecutores y garantizar a la población el acceso a un conjunto de servicios de calidad equivalente.
4. El Programa tiene gastos de administración del orden del 10,85%, según estimaciones hechas por el Panel para efectos de esta evaluación. Dichos gastos incluyen: aportes de la institución responsable por concepto de contratación de recursos humanos a nivel central y SEREMI y aportes de RRHH a nivel municipal (se supone 20% de la dedicación laboral de encargados municipales para dichos fines). Este un porcentaje de gasto administrativo alto para el Programa, dada la experiencia que el Panel tiene en otros programas de similar naturaleza con montos que bordean el 6-10%. Si embargo, es importante analizar estos resultados con precaución, pues una parte importante de estos (48%) corresponde a los aportes municipales estimados que, como se ha indicado, presentan una altísima heterogeneidad, dificultando la capacidad de establecer una

---

<sup>135</sup> Por ejemplo, la comuna analizada de Magallanes tiene costos planificados sistemáticamente más altos que otras comunas más centrales

medida “representativa” de los gastos administrativos por comuna. Al excluir los aportes extrapresupuestarios los gastos administrativos se reducen prácticamente a la mitad, con un porcentaje promedio del 5,6%, ubicándose dentro del límite del 6% que, en la experiencia del Panel, se percibe como aceptable en un programa público.

5. El Programa posee una ejecución presupuestaria alta (96% en el período completo de evaluación), entendida como el traspaso de recursos vigentes a las comunas. Este porcentaje, en la práctica, representa una medida de gestión del Programa, en términos de su capacidad para traspasar los recursos a las comunas a tiempo. En ese sentido, se observa una leve deficiencia en la planificación de distribución de recursos por \$740.241.000 en el período<sup>136</sup>. Respecto a la ejecución del Programa sobre el presupuesto inicial, ésta es de 114% en el período, reflejando, en promedio, una sub estimación de los recursos requeridos para la implementación del Programa y una deficiencia en la planificación de recursos requeridos al inicio del ciclo presupuestario. Esto se explica por un formato de planificación excepcional utilizado el año 2019 que, independientemente de las falencias comentadas respecto a su aplicabilidad, también implicaría que los montos de asignación inicial del programa están muy por debajo de lo que es efectivamente capaz de ejecutar en la implementación de sus actividades, resaltando aun más la importancia de que el Programa traduzca el traspaso de recursos a las comunas en resultados concretos de promoción de salud generados para la población.
6. El mecanismo de asignación de recursos utilizado por el Programa tiene muchos espacios de mejora, algo que éste también comparte (el Programa se encuentra actualmente trabajando en unas bases de licitación para diseñar un nuevo mecanismo de asignación). Por un lado, se encuentra limitado por el comportamiento histórico de los presupuestos regionales, que no necesariamente conviven con las necesidades que actualmente se manifiestan en las regiones y sus comunas. Por otro, ofrece un sistema de asignación comunal excesivamente dúctil dentro de las regiones, limitando cualquier posibilidad de realizar análisis comparados entre regiones y dejando un espacio abierto para el surgimiento de inequidades interregionales (toda vez que cada región puede definir su propio índice comunal). Por último, respecto a la distribución de remanentes, se observa que algunos de los criterios utilizados en el período de evaluación pueden conducir a un empeoramiento de las brechas de desigualdad entre comunas, y resaltan nuevamente la importancia de poner la Equidad en el centro de todas las decisiones estratégicas y presupuestarias del Programa.

## Resultados

1. Teniendo en cuenta el contexto, el desempeño de los componentes es aceptable.

Respecto a su eficacia, se observa que en el Componente 1 ha habido un cumplimiento aceptable de objetivos, exhibiendo un *Porcentaje de comunas que vinculan los PTPS con sus instrumentos de planificación local (PLADECO, PADEM, Planos reguladores, etc.)* que van entre el 66,38% y el 82,32%. Respecto a las *Regulaciones municipales saludables publicadas*, los porcentajes fluctúan entre el 19% y 38% entre el 2017 y el 2020, lo cual es evaluado positivamente por el Panel, pues señala una paulatina consolidación de este proceso en la producción del componente.

Para el Componente 2, a juicio del Panel, no es posible evaluar el componente, pues es necesario tener una estimación de la habilitación e implementación realizada respecto a la necesitada, según un diagnóstico inicial, y a la planificada<sup>137</sup>. Igualmente es posible observar que el *Porcentaje de*

---

<sup>136</sup> Se calcula como la diferencia entre el gasto devengado total para el período de evaluación y el presupuesto vigente (valores reales \$2021).

<sup>137</sup> Al respecto el programa precisa: “Cabe señalar que las comunas cuentan con un diagnóstico inicial el cual es el punto de origen de los planes trienales. Este diagnóstico se ve plasmado en los resultados esperados programados por cada comuna. Por ejemplo, adecuada infraestructura para la venta de alimentos saludables (Puntos feria, carritos, ferias libres, kioscos, huertos comunitarios y escolares, verdulerías, otros mercados, etc.). En el marco de estos resultados esperados, planifican actividades. Por tanto, existe diagnóstico inicial por comuna de infraestructura en espacios públicos para la actividad física y alimentación saludable y una

*comunidades que instalan infraestructura en espacios públicos para la actividad física y alimentación saludable*, fluctúa entre un 84,2% y 80,0% entre un trienio, mientras que el *Porcentaje de personas que percibe una mejora en los entornos respecto del total de personas que responden la encuesta*, el programa cuenta con dos mediciones 29% el 2019 y 76,0% el 2020 (los que no son comparables dado que el instrumento debió adaptarse en el contexto de las dificultades para su aplicación durante el estallido social y posteriormente durante la pandemia en 2020).

Es este componente, además, se identifican un conjunto de indicadores que no pudieron ser medidos.

#### Componente 2: Habilitación y optimización de espacios públicos para la vida saludable

- Porcentaje de espacios habilitados y optimizados respecto del total de espacios de las comunas y que cuenta con PTPS
- Proporción de espacios saludables habilitados en comunas con PTPS respecto a los espacios planificados
- Proporción de espacios saludables optimizados en comunas con PTPS respecto a los espacios planificados

Respecto al Componente 3, el *Porcentaje de mecanismos de participación desarrollados para la vida Saludable*, fluctúa entre un 85,0% (2017) y un 44,0% (2020). Si bien el indicador tiene un comportamiento a la baja, esto no puede ser evaluado aisladamente, pues el año 2019 las actividades de participación se vieron muy afectadas por el estallido social, así como también en el primer semestre del 2020 por la pandemia. Aun así, y dadas las modificaciones y adaptaciones realizadas a los PTPS más el acompañamiento técnico a los equipos locales, se pudo retomar de manera remota la ejecución de este tipo de actividades, incorporando la tecnología que permitiera conectividad. Por esto, se evalúa que no es posible la evaluación de este componente el desempeño de este componente.

Finalmente, para el Componente 4, se observa que el *Porcentaje de comunas que desarrollan acciones de difusión y comunicación social para la vida saludable* fluctúa entre un 90% (2017) y un 74% (2020). Al igual que en el componente 3, para el 2019-2020, el estallido social afectó la producción de este componente con mayor intensidad, presentándose múltiples dificultades para acceder a las actividades por problemas de transporte, manifestaciones e incidentes que no permitieron que las personas pudiesen asistir a un taller o una convocatoria de participación social. Por otro lado, el indicador *Peso relativo de las actividades de Educación para la salud en el Plan Trienal*, se mantiene relativamente estable en el periodo observado, ocupando prácticamente el 50% de las actividades del componente, las que corresponden a una acción fundamental de la estrategia de Promoción, tal como lo señala la literatura científica<sup>138</sup>. A partir de lo anterior, se evalúa positivamente el desempeño de este componente.

2. La cobertura del Programa, calculada en base a la población de las comunas en donde se implementa el programa y, a la población potencial y objetivo de éstas, es cercana a un 100% para todo el período de evaluación, con un 99,23% para el 2017 y un 98,53% para el 2020 (El Programa no opera solo en 6 comunas del país: Arica, Andacollo, La Cruz, Primavera, Timaukel y Antártica).

---

planificación. En este contexto, se tiene el conocimiento de que a partir de la ejecución financiera del componente se puede extrapolar que las actividades planificadas en el componente se ejecutan. En el futuro, se podría evaluar el cumplimiento en la ejecución de la planificación del componente. Respecto del indicador de propósito sobre la habilitación de entornos, se esperaba desarrollar una herramienta informática durante 2020 denominada mantenedor de entornos donde se cargaría esta información de entornos detectados, entornos habilitados y entornos mejorados. Sin embargo, dichos desarrollos debieron detenerse producto de las prioridades establecidas por la Subsecretaría de Salud Pública en el contexto del Brote por COVID 19. Actualmente se encuentra en desarrollo informático dicho mantenedor, por lo que se espera pueda comenzar su operación el mes de mayo. Cabe señalar que la plataforma será poblada de datos por las comunas del país que cuentan con PTPS durante el segundo semestre de 2021 dada la multiplicidad de tareas que han debido asumir los referentes de Promoción de la Salud de nivel regional y comunal”.

<sup>138</sup> Díaz Brito, Y., Pérez Rivero, J. L., Báez Pupo, F., & Conde Martín, M. (2012). Generalidades sobre promoción y educación para la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(3), 299-308.

Si bien el programa es universal, depende de la acogida de la autoridad local (voluntad política, insuficiente asignación si la población es pequeña, en tanto, el municipio debiese soportar otros gastos, etc.)

3. A nivel de propósito, se observa un desempeño regular del programa. Por un lado, en relación al primer indicador *Porcentaje de personas que acceden a entornos saludables (alimentarios y para la práctica de actividad física) habilitados u optimizados*, se observa un alza entre del 9% (2018) al 23,63% (2020). Sin embargo, estas cifras no son comparables, ya que las metodologías fueron distintas, debido a la adaptación que se debió hacer el 2020 producto de la situación provocada por el brote de COVID-19. Respecto al segundo indicador cuantificado, *Comunas que incorporan ambos ejes actividad física y alimentación saludable en sus PTPS*, los porcentajes fluctúan entre el 89,12% y el 100%, los que están dentro de lo esperado a juicio del panel. Un tercer indicador cuantificado es *Porcentaje de PTPS con cumplimiento de metas mayor al 90%*, para el 2017 y el 2018 está por sobre el 55%, lo que es óptimo, teniendo en cuenta que no todas las comunas informan. Sin embargo, esto baja sustancialmente en los años siguientes, al 4,11% (2019) y al 18,2% (2020), lo que se evalúa negativamente, aunque se debe tener en cuenta que en los últimos dos años las actividades de participación se vieron muy afectadas por el conflicto social, así como también por la pandemia. El cuarto indicador corresponde a *Porcentaje de población de las comunas con PTPS que ejecutan actividades en los 4 componentes*, los porcentajes fluctúan entre 22,8% y 34,9% en el periodo observado, lo que se evalúa negativamente si se tiene en cuenta que los cuatro componentes a la vez dan cuenta del producto esperado.

Además, a nivel de propósito que el programa tiene dificultades para procesar información, hay un conjunto de indicadores no pudieron ser medidos:

- Mejorar el acceso de la población a la promoción de la salud a través de los planes trienales habilitando y optimizando entornos saludables
  - Porcentaje de personas que acceden a entornos alimentarios saludables habilitados u optimizados
  - Porcentaje de personas que acceden a entornos habilitados u optimizados para la práctica de actividad física
  - Tasa de variación de entornos habilitados u optimizados
  - Porcentaje de personas que perciben positivamente la habilitación u optimización de los entornos)
4. Respecto a Calidad, el programa no tiene mediciones adecuadas (diferentes metodologías), ni tampoco equivalentes para la comparación.
  5. En relación con la línea base, el programa declara no contar con una, puesto que su implementación ha sido permanente desde el año 1998, lo que afecta negativamente al programa pues dificulta la evaluación respecto a la evolución del mismo.

## 2. RECOMENDACIONES

### Diseño

1. Se recomienda revisar el Programa con metodologías que permitan abordar y eliminar las barreras para el logro de la cobertura efectiva identificadas, por ende, que utilicen el enfoque de equidad (por ejemplo la metodología Innov8<sup>139</sup>). Esta revisión permitiría además generar una nueva batería de actividades que se haga cargo de la falta de coherencia entre objetivos a alcanzar en cada componente y las actividades a implementar. Se sugiere dar cuenta de la complejidad del problema,

---

<sup>139</sup> El enfoque Innov8 para examinar los programas nacionales de salud para que nadie se quede atrás. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

de su multicausalidad, de su gran determinación social, a través de la visualización de múltiples ramas causales en donde una de ellas, quizás la más robusta, sea el exceso de entornos poco saludables. Se debe poner especial énfasis en el abordaje de las condiciones de acceso de las mujeres a las intervenciones del Programa, para lograr un enfoque de equidad de género robusto.

2. Dado que el Programa tiene carácter Universal (fundamentado en sus bases teórico-conceptuales), la Subsecretaría de Salud Pública debe apuntar a que la participación de las comunas en éste sea de carácter obligatorio (una de las fuentes de inequidad actuales).
3. Dimensionar las necesidades efectivas de promoción de la salud en los territorios y estimar brechas efectivas de promoción no cubiertas por el Programa.
4. Definir “elementos/acciones/dimensiones” para cada componente que permitan la identificación de objetivos específicos susceptibles de ser operacionalizados para su medición y evaluación, y con esto, construir indicadores de resultados.

## Implementación

1. Definir un mínimo de implementación de actividades del Programa, para asegurar que la intervención en general entregue a la población los resultados/impactos esperados. Esto, sin perder los grados de participación que el Programa ha logrado conceder a los territorios, pero facilitando su propia labor de seguimiento y control de la implementación del MCCA.
2. Asegurar la coherencia de las intervenciones locales, entendida esta como el grado de potenciamiento entre ellas, grado en que los resultados esperados en los componentes sean potenciados por la sintonía / sincronía entre las actividades planificadas y ejecutadas.
3. Sobre el Sistema de Información<sup>140</sup>: El sistema de indicadores requiere incorporar mediciones sobre la calidad, proceso y resultado del programa a nivel de componentes. Por ejemplo, para el componente 1 (Regulaciones) se requieren indicadores de calidad como: Grado de satisfacción con las ordenanzas impulsadas por el programa, así como, de economía (ej. Ejecución presupuestaria); para el componente 2 (Habilitación y optimización de espacios públicos se requieren indicadores de calidad como: Grado de satisfacción con espacios habilitados y optimizados por el programa, así como, de economía (ej. Ejecución presupuestaria); para el componente 3 (Participación) es relevante conocer mediciones respecto al proceso y resultado, tales como grado de participación en Cabildos ciudadanos, Diálogos locales relacionados con la promoción de la vida saludable, Consultas ciudadanas en materias de espacio público, Presupuestos participativos u otros. Y para el componente 4 (Difusión y Comunicación) es necesario medir el grado de conocimiento sobre temas relacionados con la promoción de salud o vida saludables, utilización de medios de información sobre estos temas, etc. Asimismo, se recomienda que el equipo de nivel central refuerce el recurso humano con competencias para el registro, procesamiento y utilización de información que permita optimizar el sistema de manera de generar un flujo ágil intra e inter-niveles de acción/intervención. Esto podría aportar a la integración de funciones al interior del equipo evitando la disociación y encarecimiento de estas.

---

<sup>140</sup> El programa precisa que actualmente se cuenta con los siguientes datos de las actividades en cuanto a su planificación y ejecución. N° Veces, Act. Planificación, Entorno Laboral, Entorno Educativo, Entorno Comunal, N° Participantes, Cobertura, Perfil de los actores, Perfil de los participantes, Perfil de los beneficiarios, Capacidad del Lugar, Área de influencia, Ejecución, Audiencia, N° de espacios con unidades instaladas, mejoradas, Evaluación de Resultados de la actividad, Tipo Gastos Planificación, Descripción Gasto Planificación, Tipo Financiamiento Planificación, Año Gasto, Total Gasto, Año Ejecución, Estado Anual Ejecución Actividad, Fecha Cambio Estado Ejecución Actividad, Descripción Ejecución en Riesgo, Porcentaje Ejecución Parcial (%), Motivo Actividad Sin Ejecución, Estado Actividad Revisada, Fecha Revisión Actividad, Estado Actividad Cerrada, Fecha Cierre Actividad, Pob. Objetivo Act Ejecución, N° Participantes Ejecución, Cobertura Ejecución, Perfil de los actores Ejecución, Perfil de los participantes Ejecución, Perfil de los beneficiarios Ejecución, Capacidad del Lugar Ejecución, Área de influencia Ejecución, Audiencia Ejecución N° de espacios con unidades instaladas, mejoradas Ejecución, Tipo Gasto Ejecución, Valor Gasto Ejecución. Con estos datos se pueden crear indicadores.

5. Realizar una reorganización que permita que el nivel regional descentralice a nivel provincial las personas de la SEREMI, de manera de estandarizar el trabajo y mejorar las dotaciones en las SEREMI que no cuentan con esta descentralización. En esta misma línea, se recomienda realizar un estudio de dotación de personal a nivel regional a partir de esta evaluación utilizando criterios de equidad para su optimización y crecimiento.
6. Realizar un estudio de dotación de encargados/as comunales, en cantidad y calidad, para disminuir la probabilidad de que se produzcan sesgos y posibles inequidades asociadas a los perfiles profesionales y la dedicación al Programa.
7. Para una acción territorial coherente y sinérgica, que aumente las probabilidades de éxito en la implementación de la estrategia MCCS, es de gran relevancia que el plan de Municipios, Comunas y Comunidades Saludables se articule de la mejor manera posible al menos con el Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO) y el Plan de Salud Comunal e idealmente, además con el Plan Anual de Desarrollo de la Educación Municipal (PADEM), Plan regulador y otros instrumentos de planificación local.

## **Eficiencia**

1. En base a las limitaciones identificadas en la agregación de datos de gasto a nivel país, se recomienda ampliar las capacidades de reportabilidad de la plataforma MIDAS, de forma tal que se pueda: i) tener acceso oportuno y expedito a la ejecución de los montos y actividades del programa, en contraste con la planificación, ii) realizar análisis agregados (a nivel país) de los gastos devengados por componente, tipo de actividad, naturaleza del gasto, etc (Estas funciones, habilitadas por el Programa hacia el término de esta evaluación, deben ser testeadas en base a la calidad y periodicidad de la información reportada desde los territorios).
2. Implementar un sistema de reporte de gasto que permita tener una mejor visibilidad respecto al uso efectivo de los recursos (y no solo lo planificado en los convenios), para poder descomponer la “bolsa” de gasto con cargo al Subtítulo 24 que se entrega a los Municipios (Este sistema podrá ser fácilmente elaborado a partir de las nuevas funciones de reportabilidad de gasto que el Programa habilitó hacia el término de la evaluación, pero mientras debe ser monitoreado con en función de los datos que se vayan cargando desde las comunas).
3. Elaborar un instrumento de monitoreo que permita registrar los aportes municipalidades, ya sea en dinero o especies, e informada de manera homogénea a nivel central.
4. Realizar un estudio completo de gasto y eficiencia (costo relativo de actividades y componentes) para el trienio 2019-2021, incluyendo una estimación detallada y completa del gasto administrativo del Programa, utilizando como base el ejercicio propuesto en esta evaluación, e indagando con mayor profundidad en los gastos administrativos que se originan en las comunas, los cuales representan un 48% del gasto estimado (El Programa indica que ya tiene contemplado para el 2021 un estudio de costos y la generación de nuevas orientaciones técnicas para el período 2022-2024 considerando la generación de estándares).
5. Desarrollar nuevo mecanismo de asignación de recursos con foco en equidad

## **Resultados**

1. Instalar la medición, monitoreo y evaluación de la calidad del programa desarrollando medios de verificaciones para construir indicadores que evalúen adecuadamente el programa
2. Realizar la medición de indicadores a nivel de propósito y del Componente que no pudieron ser cuantificados.

Por último, y a propósito de los espacios transversales de mejora que esta evaluación a recogido, el Panel recomienda que se pueda impulsar una evaluación sectorial que permita clarificar y fortalecer todos los mecanismos de coordinación con programas complementarios que forman parte de la oferta pública en promoción de la salud.

#### IV. BIBLIOGRAFÍA

Abramovich V, Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. Revista de la CEPAL. Abril de 2006;(88):50.

Arroyo V, Hiram. Curso de Métodos de Promoción de la Salud y Educación para la Salud II. Maestría en Educación para la Salud de la Universidad de Puerto Rico. 2012.

Bhagyashree Katare and Sanchita Chakrovorty. Association between environmental factors and BMI: evidence from recent immigrants from developing countries. Journal of Health, Population and Nutrition (2019) 38:15 <https://doi.org/10.1186/s41043-019-0174-4>

Bravo Zúñiga, Andrea. 2019. Caracterización de la evolución programática de los planes de promoción de la salud a nivel nacional entre los años 2013 – 2016. Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Pública. Universidad de Chile.

Breslow, L. From disease prevention to health promotion. JAMA. 1999 Mar 17;281(11):1030-3. doi:10.1001/jama.281.11.1030.

Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM. Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. Annu Rev Public Health. 2009; 30: 175–201

Chow, C. K., Lock, K., Teo, K., Subramanian, S., McKee, M., & Yusuf, S. (2009). Environmental and societal influences acting on cardiovascular risk factors and disease at a population level: a review. International Journal of Epidemiology, 38(6), 1580–1594. <https://doi.org/10.1093/ije/dyn258>

Cobb, L. K., Appel, L. J., Franco, M., Jones-Smith, J. C., Nur, A., & Anderson, C. A. (2015). The relationship of the local food environment with obesity: a systematic review of methods, study quality, and results. Obesity, 23(7), 1331-1344.

Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas. Observación General No 14. 2000. <http://www.derechos.org/nizkor/ley/doc/obgen1.html>

DiClemente RJ, Crosby RA, Kegler M, editores. Emerging Theories in Health promotion Practice and Research. Strategies for Improving Public Health. Jossey-Bass; 2002.

Adam Drewnowski, James Buszkiewicz, Anju Aggarwal, Chelsea Rose, Shilpi Gupta, Annie Bradshaw. Obesity and the Built Environment: A Reappraisal. Obesity. Volume28, Issue1. January 2020. Pages 22-30 DOI: 10.1002 / oby.22672.

Fernández M, Ochsenius C, Cancino A, Donoso B, Salinas J, Editores. Buenas Prácticas de Promoción de Salud y Participación Ciudadana. Ministerio de Salud Chile, Universidad de Los Lagos. Santiago de Chile: Gráfica LOM; 2008. P 113

FLACSO. Informe Técnico para el Diseño de Plan de Trabajo para reorientación de Programas de Salud Pública. Chile; 2015

Xavier Garcia, Marta Garcia-Sierra, Elena Domene. Spatial inequality and its relationship with local food environments: The case of Barcelona. Applied Geography. Volume 115, February 2020, 102140. <https://doi.org/10.1016/j.apgeog.2019.102140>

Guzmán Pizarro, Lourdes (coordinadora). Introducción a la Promoción de la Salud. Universidad Autónoma de la Ciudad de México. 2014.

Hambleton, S. y Hoggett, P. (1994). A framework for understanding area-based desentralisation, Local Government. Policy Marketing, 20 (4), 5-12.

HSE National Health Promotion Office Ireland. The Health Promotion Strategic Framework. Ireland; 2011 [http://www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HPSF\\_HSE.pdf](http://www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HPSF_HSE.pdf)

Michael D. Hu, Kaitlyn G. Lawrence, Mark R. Bodkin, Richard K. Kwok, Lawrence S. Engel, and Dale P. Sandler. Neighborhood Deprivation, Obesity, and Diabetes in Residents of the US Gulf Coast. American Journal of Epidemiology. Vol. 190, No. 2. DOI: 10.1093/aje/kwaa206. Advance Access publication: September 30, 2020.

International Union for Health Promotion and Education. (1999). The evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe: A Report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Part two. Evidence book (1st edition 1999, 2nd edition January 2000). Bruselas – Luxemburgo. Recuperado a partir de [http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/EFFECTIVENESS/HPE\\_Evidence-2\\_EN.pdf](http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/EFFECTIVENESS/HPE_Evidence-2_EN.pdf)

Instituto Nacional del Deporte. Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes. Ministerio de Desarrollo Social. 2012. <http://www.ind.cl/investigaciones/encuesta-act-fisica-2012/>

Jacobs JA, Jones E, Gabella BA, Spring B, Brownson RC. Tools for Implementing an Evidence-Based Approach in Public Health Practice. Prev Chronic Dis. junio de 2012;9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3457760/>

JUNAEB. Mapa Nutricional 2013. Departamento de Planificación y estudios. Ministerio de Educación. 2013. <https://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2013/03/Informe-Mapa-Nutricional-2013.pdf>

Magenta Consultores. Municipio, Comunas y Comunidades Saludables. Orientaciones para la Acción del Gobierno Local y Buenas Prácticas. Informe Resultados Entrevistas. Documento de trabajo no publicado; 2016.

McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. Article in Health Education Quarterly. 1988;15(4):351–77. DOI: 10.1177/109019818801500401  
Krieger N. A glossary for social epidemiology. Epidemiol Bull. 2002;23(1):7–11.

Ministerio del Deporte. Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes 2015 en la población de 18 años y más. Instituto nacional del deporte. 2015. <https://deportes.udem.cl/wp-content/uploads/2016/11/04-Encuesta-Nacional-de-H%C3%A1bitos-de-Actividad-F%C3%ADsica-y-Deportes-2015-en-la-Poblaci%C3%B3n-de-18-a%C3%B1os-o-m%C3%A1s-Ministerio-del-Deporte.pdf>



MINSAL, Departamento de Epidemiología, Departamento de Promoción de Salud. Informe Nacional de Factores de Riesgo ENCAVI 2000. <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/finalnacional.pdf>

MINSAL, Departamento de Epidemiología, Unidad de Estudios y Vigilancia de Enfermedades No transmisibles. II Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chile 2006. Informe de Resultados Total Nacional. 2006. <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/Informe-Final-Encuesta-de-Calidad-de-Vida-y-Salud-2006.pdf>

MINSAL, Universidad de Los Lagos. Buenas Prácticas de Promoción de Salud y Participación Ciudadana. Fernández M, Ochsenius C, Cancino A, Donoso B, Salinas J, editores. Santiago de Chile: GráficaLOM; 2008. 113 p.

MINSAL, Subsecretaría de Salud Pública, Secretaría Técnica de Determinantes Sociales. Programa Comunas Vulnerables: Experiencia de Implementación durante 2009. Santiago de Chile; 2010.

MINSAL. Estrategia Nacional de Salud: para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. 2011 <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

MINSAL, PUC y Universidad Alberto Hurtado. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. 2011. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>

MINSAL, Subsecretaría de Salud Pública, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, El Agua Consultores. Evaluación sobre las condiciones para instalar la promoción de salud en las comunas del país. 2012.

MINSAL. Programa de Promoción de Salud 2011-2015. Actualización de orientaciones para planes comunales de promoción de la salud. 2012.

MINSAL, Subsecretaría de Salud Pública, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, Katalejo Investigaciones Sociales. Diseño y evaluación de promoción de la salud en las comunas. 2013.

MINSAL. Orientaciones para Planes Comunales de promoción de la Salud 2014. [http://web.minsal.cl/promocion\\_participacion\\_descarga](http://web.minsal.cl/promocion_participacion_descarga)

MINSAL. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables Orientaciones Técnicas. Junio 2015. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. División de Políticas Públicas Saludables y Participación. Subsecretaría de Salud Pública. 2015.

MINSAL, ASIDES. Informe Final “Servicios Profesionales para Documentación en terreno de Buenas Prácticas de Promoción de Salud”. 2015.

MINSAL. Orientaciones para la elaboración de planes trienales de promoción de la salud para municipios comunas y comunidades saludables. Subsecretaría de Salud Pública. División de Políticas Públicas Saludables y Participación. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. 2016.

Ministerio de Salud de Chile. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Informe de la Encuesta Mundial de Salud Escolar CHILE 2013. Subsecretaría de Salud Pública, División de Planificación Sanitaria, Departamento de Epidemiología. 2016. <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/518/Encuesta-de-salud-escolar-2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

MINSAL. Informe de Principales Resultados Tercera Versión de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI 2015-2016). Departamento de epidemiología, División de planificación sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. 2017.

MINSAL. Orientaciones político-estratégicas para el gobierno local avanzando hacia políticas públicas locales para el bienestar colectivo. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables. Subsecretaría de Salud Pública. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. 2017.

MINSAL. Informe de Principales Resultados Tercera Versión de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI 2015-2016). Departamento de epidemiología, División de planificación sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. 2017.

MINSAL. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Segunda entrega de resultados. Departamento de Epidemiología. División de Planificación Sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública. Santiago, enero 2018. [https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2018/02/2-Resultados-ENS\\_MINSAL\\_31\\_01\\_2018-ilovepdf-compressed.pdf](https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2018/02/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018-ilovepdf-compressed.pdf)

MINSAL. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Segunda entrega de resultados. Departamento de Epidemiología. División de Planificación Sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública. Santiago, enero 2018. [https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2018/02/2-Resultados-ENS\\_MINSAL\\_31\\_01\\_2018-ilovepdf-compressed.pdf](https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2018/02/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018-ilovepdf-compressed.pdf)

MINSAL. Informe de cierre de Planes Trienales de Promoción de la Salud 2016-2018. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables. Depto. Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Subsecretaría de Salud Pública. Febrero de 2019.

MINSAL. Orientaciones para la elaboración de planes trienales de promoción de la salud 2019-2021. Municipios comunas y comunidades saludables. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. Subsecretaría de Salud Pública. 2019.

MINSAL. Municipios comunas y comunidades saludables. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. Subsecretaría de Salud Pública. 2019.

MINSAL. Análisis Crítico Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, Factores protectores y actividad física. Departamento Estrategia Nacional de Salud. División de Planificación Sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública. Diciembre de 2020.

Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos 1948. <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

Ohri-Vachaspati, P., DeLia, D., DeWeese, R. S., Crespo, N. C., Todd, M., & Yedidia, M. J. (2015). The relative contribution of layers of the Social Ecological Model to childhood obesity. Public health nutrition, 18(11), 2055-2066.

Organización Mundial de la Salud, Naciones Unidas Derechos Humanos, Oficina del alto comisionado para los Derechos Humanos. Derechos humanos, salud y estrategias de reducción de la pobreza Francia; 2008. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43963/1/9789243563749\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43963/1/9789243563749_spa.pdf?ua=1)

OMS. Declaración de Alma Ata. 1978.

OMS. Carta de Ottawa, 1986. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-promocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

OMS. Declaración de Yakarta, sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. 1997. [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_sp.pdf](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf)

- OMS. Glosario de Promoción de la Salud. 1998. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?ua=1)
- OMS. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. México. 2000. [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr\\_mexico\\_report\\_sp.pdf?ua=1](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf?ua=1)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). La Salud Pública en las Américas: Instrumento para a medición del desempeño para las funciones esenciales de la salud pública en el departamento de Caldas. Manizales: Centro Editorial Universidad de Caldas. 2003
- OMS. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. 2005. [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_es.pdf](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf)
- OMS. Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 2016. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf.pdf?ua=1#:~:text=Reunidos%20del%2021%20al%2024,sus%20Objetivos%20de%20Desarrollo%20Sostenible.>
- OMS – OPS. Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los objetivos de desarrollo sostenible. 57.º Consejo Directivo. 71.ª sesión del comité regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2019.
- OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos. Subsanan las desigualdades en una generación: Resumen Analítico. Ginebra-Suiza; 2008 [citado 19 de mayo de 2015]. [http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008\\_execsumm\\_es.pdf](http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf)
- OMS. Cerrando la Brecha: la Política de Acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud: documento de trabajo: Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud: Río de Janeiro Brasil; 2011 [http://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion-Paper-SP.pdf](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf)
- OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra-Suiza; 2008 [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf)
- OMS, Gobierno de Australia Meridional. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas: Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas, Adelaida 2010. [http://www.who.int/social\\_determinants/spanish\\_adelaide\\_statement\\_for\\_web.pdf](http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Gente sana en entornos saludables: Informe Anual del Director: 1996. Washington, D.C; 1997 <http://bvs.per.paho.org/texcom/cd045364/031847.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Planificación Local Participativa: Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe. Paltex; 1999. <http://paltex.paho.org/bookdetail.asp?bookId=PX41>
- OPS. Manual de comunicación social Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes. División de Promoción y Protección de la Salud Programa de Salud Familiar y Población Unidad Técnica de Salud y Desarrollo de Adolescentes. 2001. <https://www.paho.org/spanish/hpp/hpf/adol/comsocial.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. Salud Pública en las Américas, 2002. OPS/OMS. La Salud Pública en las Américas. Publicación científica y técnica No. 589. Edición 2002. Capítulo 6: Funciones Esenciales de Salud Pública. Pág. 59-71

Organización Panamericana de la Salud. Municipios y Comunidades Saludables: Guía para alcaldes y otras autoridades locales: Promoviendo la calidad de vida a través de la Estrategia de Municipios y Comunidades Saludables. 2002. Disponible en: [http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd63/MCS\\_Guiaesp/MCS\\_Presentacion.pdf](http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd63/MCS_Guiaesp/MCS_Presentacion.pdf)

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de Salud. Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables: La estrategia para avanzar en el logro de Salud en Todas las Políticas: lecciones aprendidas y recomendaciones para su fortalecimiento: Resumen Ejecutivo. Documento no publicado; 2015.

OPS. Documento conceptual: educación para la salud con enfoque integral. Concurso de experiencias significativas de promoción de la salud en la región de las Américas. ámbitos: municipios, escuelas, universidades e instituciones de educación superior. 2017.

Organización Panamericana de la Salud. El enfoque Innov8 para examinar los programas nacionales de salud para que nadie se quede atrás. Washington, D.C.; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

OPS. Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los objetivos de desarrollo sostenible 2019-2030. 57.o consejo directivo 71.a sesión del comité regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2019.

Renata G. Paulitsch, Samuel C. Dumith. Is food environment associated with body mass index, overweight and obesity? A study with adults and elderly subjects from southern Brazil. Preventive Medicine Reports 21 (2021) 101313. DOI: 10.1016 / j.pmedr.2021.101313

Restrepo, Helena E.; Málaga, Hernán. "Promoción de Salud: Cómo construir Vida Saludable". Editorial Médica Panamericana S.A. 2001.

Ligia de Salazar (2009). Efectividad en Promoción de la Salud y Salud Pública. Reflexiones sobre la práctica en América Latina y propuestas de cambio (Primera Edición). Santiago de Cali, Colombia: Programa Editorial Universidad del Valle. Recuperado a partir de <http://www.fundacionfundesalud.org/pdf/efectividad-en-PSySP-reflexiones.pdf>

Salinas J, Cancino A, Pezoa S, Salamanca F, Soto M. Vida Chile 1998–2006: resultados y desafíos de la política de promoción de la salud en Chile. Rev Panam Salud Publica. 2007;21(2/3):136–44.

Sallis JF, Floyd MF, Rodríguez DA, Saelens BE. The Role of Built Environments in Physical Activity, Obesity, and CVD. Circulation. 7 de febrero de 2012;125(5):729–37.

Santana, P., Santos, R., & Nogueira, H. (2009). The link between local environment and obesity: a multilevel analysis in the Lisbon Metropolitan Area, Portugal. Social science & medicine, 68(4), 601-609.

Sen A. Why health equity? Health Econ. 1 de diciembre de 2002;11(8):659–66.

Sihto M, Ollila E, Koivusalo M. (2006). Principles and challenges of Health in All Policies. In: Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K (eds), 'Health in All Policies: prospects and potentials'. Ministry of Social Affairs and Health and European Observatory on Health Systems and Policies, Helsinki, pp. 3–20.

Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health: Social Determinants of health Discussion paper 2: Debates, Policy & Practice, Case Studies. Organización Mundial de la Salud. Ginebra-Suiza; 2010. [http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)

James F Sallis, Ester Cerin, Terry L Conway, Marc A Adams, et al. Physical activity in relation to urban environments in 14 cities worldwide: a cross-sectional study. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Vol 387 May 28, 2016.

Sørensen, Kristine; Van den Broucke, Stephan; Fullam, James; Doyle, Gerardine; Pelikan, Jürgen; Slonska, Zofia; Brand, Helmut (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012 Jan 25; 12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80

Swinburn B, Vandevijvere S, Kraak V, Sacks G, Snowdon W, Hawkes C, Barquera S, Friel S, Kelly B, Kumanyika S, L'Abbé M, Lee A, Lobstein T, Ma J, Macmullan J, Mohan S, Monteiro C, Neal B, Rayner M, Sanders D, Walker C; INFORMAS. Monitoring and benchmarking government policies and actions to improve the healthiness of food environments: a proposed Government Healthy Food Environment Policy Index. Obes Rev. 2013 Oct;14 Suppl 1:24-37. doi: 10.1111/obr.12073. PMID: 24074208.

Universidad de Cantabria. La Educación para la Salud. Curso de Promoción de la salud. <https://ocw.unican.es/mod/page/view.php?id=491>  
World Health Assembly, 148th session EB148.R2. Agenda item 16 22 January 2021. Social determinants of health. WHO. 2021.

World Health Organization. Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action WHO. 2014. <http://www.who.int/cardiovasculardiseases/140120HPRHiAPFramework.pdf>

## V. ENTREVISTAS REALIZADAS

Fecha	Participantes
25 de noviembre	Catalina Campos Peralta, Ministerio de Salud (MINSAL) Paulina Urra Sanchez, MINSAL Carolina Cobos Suárez, MINSAL Jennifer Moraga M, MINSAL Mario Fuentes Elgueta, MINSAL Matías Portela Estinto, MINSAL Alejandro Aguayo Navarrete, MINSAL Bárbara Donoso Contreras, MINSAL Pamela Frenk Barquín, Panel Evaluador María Verónica Monreal Álvarez, Panel Evaluador Mario Parada Lezcano, Panel Evaluador Daniela Ortega, Dirección de Presupuestos (Dipres) Jimena Federici, Dipres Francisco Rivera, Ministerio de Desarrollo Social (MDS)
2 de diciembre	Catalina Campos Peralta, Ministerio de Salud Paulina Urra Sanchez, MINSAL Carolina Cobos Suárez, MINSAL Jennifer Moraga M, MINSAL Mario Fuentes Elgueta, MINSAL Matías Portela Estinto, MINSAL Alejandro Aguayo Navarrete, MINSAL

	<p>Bárbara Donoso Contreras, MINSAL  Pamela Frenk Barquín, Panel Evaluador  María Verónica Monreal Álvarez, Panel Evaluador  Mario Parada Lezcano, Panel Evaluador  Daniela Ortega, Dirección de Presupuestos  Jimena Federici, Dipres  Rodrigo Díaz, Dipres</p>
10 de diciembre	<p>Carolina Cobos Suárez, MINSAL  Alejandro Aguayo Navarrete, MINSAL  Catalina Campos Peralta, Ministerio de Salud  Pamela Frenk Barquín, Panel Evaluador  María Verónica Monreal Álvarez, Panel Evaluador  Jimena Federici, Dipres</p>
14 de diciembre	<p>Carolina Cobos Suárez, MINSAL  Alejandro Aguayo Navarrete, MINSAL  Catalina Campos Peralta, Ministerio de Salud  Pamela Frenk Barquín, Panel Evaluador  María Verónica Monreal Álvarez, Panel Evaluador  Mario Parada Lezcano, Panel Evaluador  Daniela Ortega, Dirección de Presupuestos  Jimena Federici, Dipres  Francisco Rivera, Ministerio de Desarrollo Social</p>
22 de diciembre	<p>Daniela Ortega, Dirección de Presupuestos  Pamela Frenk Barquín, Panel Evaluador  María Verónica Monreal Álvarez, Panel Evaluador  Mario Parada Lezcano, Panel Evaluador  Daniela Godoy, MDS  Paola Medina, MDS</p>
23 de diciembre	<p>Alejandro Aguayo Navarrete, MINSAL  Catalina Campos Peralta, Ministerio de Salud  Jennifer Moraga M, MINSAL  Carmen Gloria González, MINSAL  Pamela Frenk Barquín, Panel Evaluador</p>
23 de diciembre	<p>Alejandro Aguayo Navarrete, MINSAL  Catalina Campos Peralta, Ministerio de Salud  Jennifer Moraga M, MINSAL  Carmen Gloria González, MINSAL  Bárbara Donoso Contreras, MINSAL  Pamela Frenk Barquín, Panel Evaluador  María Verónica Monreal Álvarez, Panel Evaluador  Mario Parada Lezcano, Panel Evaluador</p>
31 de diciembre	<p>Catalina Campos Peralta, Ministerio de Salud  Carmen Gloria González, MINSAL  Bárbara Donoso Contreras, MINSAL  Pamela Frenk Barquín, Panel Evaluador  María Verónica Monreal Álvarez, Panel Evaluador  Mario Parada Lezcano, Panel Evaluador</p>
1 de febrero	<p>Catalina Campos Peralta, Ministerio de Salud  Alejandro Aguayo Navarrete, MINSAL  Jennifer Moraga M, MINSAL  Carolina Cobos Suárez, MINSAL  María Verónica Monreal Álvarez, Panel Evaluador  Mario Parada Lezcano, Panel Evaluador</p>

3 de febrero	Catalina Campos Peralta, Ministerio de Salud Alejandro Aguayo Navarrete, MINSAL Jennifer Moraga M, MINSAL Carolina Cobos Suárez, MINSAL Pamela Frenk Barquín, Panel Evaluador María Verónica Monreal Álvarez, Panel Evaluador Mario Parada Lezcano, Panel Evaluador
11 de febrero	Alejandro Aguayo Navarrete, MINSAL Jennifer Moraga M, MINSAL Carolina Cobos Suárez, MINSAL Pamela Frenk Barquín, Panel Evaluador María Verónica Monreal Álvarez, Panel Evaluador Mario Parada Lezcano, Panel Evaluador
24 de marzo	Catalina Campos Peralta, Ministerio de Salud Alejandro Aguayo Navarrete, MINSAL Carolina Cobos Suárez, MINSAL Pamela Frenk Barquín, Panel Evaluador María Verónica Monreal Álvarez, Panel Evaluador Mario Parada Lezcano, Panel Evaluador
30 de marzo	Representantes SEREMIs Mario Parada Lezcano, Panel Evaluador
1 de abril	Representantes SEREMIs Pamela Frenk Barquín, Panel Evaluador María Verónica Monreal Álvarez, 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

Nombre	Planillas de Monitoreo del Programa
Descripción	<p>Planillas Excel de monitoreo de actividades planificadas y ejecutadas en las comunas con planes trienales de promoción de salud (PTPS).</p> <p>Cada año, se realiza en las comunas un monitoreo intermedio y final, utilizando como herramienta una Planilla de seguimiento de ejecución de las actividades de los Planes y los recursos comprometidos. Estas planillas son completadas por las comunas, consolidadas a nivel regional (SEREMI), y enviadas posteriormente a nivel central para su revisión y análisis.</p> <p>El monitoreo intermedio es de carácter técnico y se realiza en septiembre de cada año, enfocándose en evaluar el estado de avance de los planes (ejecución de actividades). El monitoreo final es de carácter técnico-financiero y se realiza en diciembre para incluir, además de un registro de ejecución de actividades, información de ejecución presupuestaria., según se indica en los campos/variables más abajo.</p>
Período de vigencia	Planes Trienales 2019-2021 <sup>141</sup>
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	Seguimiento de todas las comunas con PTPS 2019-2021
Frecuencia de medición	2 veces/ año
Campos / Variables	<ul style="list-style-type: none"><li>- Región</li><li>- Comuna</li><li>- Número de actividades programadas, por tipo y componente</li><li>- Número de actividades ejecutadas, por tipo y componente</li><li>- Monto actividades programadas, por tipo y componente</li><li>- Monto actividades ejecutadas, por tipo y componente</li></ul>

<sup>141</sup> Las actividades planificadas para el año 2019 en los Planes cuenta a la fecha con un registro de monitoreo final, mientras aquellas planificadas para el año 2020, solo han sido sistematizadas en el monitoreo intermedio



<p>Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación</p>	<p>Esta información permite conocer las actividades de los planes y su estado de avance, y construir adecuadamente indicadores de ejecución presupuestaria y de procesos (como grado de cumplimiento de actividades planificadas) en distintos niveles (por componente, tipo de actividad, etc).</p> <p>Esta información se utiliza en la actualidad para la construcción de indicadores de eficacia que dan cuenta del grado de integración de los ejes prioritarios del programa en los planes comunales. A juicio del Panel, esto requiere una revisión más acabada de los criterios utilizados para la construcción de dichos indicadores en conjunto con el Programa, en línea con el trabajo conjunto que se realizará con la Matriz de Marco Lógico.</p> <p>No se observa información sobre los beneficiarios finales de los planes ni oportunidades para vincular estos registros con la población de forma directa. Con las nuevas funciones de reportabilidad de la plataforma MIDAS se podrá extraer el número de participantes teórico (planificado) de las actividades, junto a otras variables de producción, como número de sesiones y número de horas, cuando corresponda.</p>
<p><b>Nombre</b></p>	<p><b>Planes Trienales de Promoción de la Salud 2019-2021</b></p>
<p>Descripción</p>	<p>Los Planes 2019-2021 se encuentran sistematizados en una plataforma de registro y seguimiento de actividades de los PTPS, en el módulo de Promoción (plataforma de Modernización de la Información Digital de la Autoridad Sanitaria - MIDAS). Los Planes se generan en la plataforma y son posteriormente descargados en formato PDF.</p>
<p>Período de vigencia</p>	<p>Sistematiza información para los PTPS 2019-2021</p>
<p>Universo de medición de las variables (censo/muestra)</p>	<p>Seguimiento de todas las comunas con PTPS 2019-2021</p>
<p>Frecuencia de medición</p>	<p>Actualización permanente (sistema de información up-to-date)</p>
<p>Campos / Variables</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Región</li> <li>- Comuna</li> <li>- Número de actividades programadas, por tipo y componente</li> <li>- Monto actividades programadas (2019, 2020, 2021 y trienio), por tipo y componente</li> </ul>
<p>Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación</p>	<p>La plataforma ofrece acceso expedito y simple a antecedentes utilizados en la planificación de los planes (definiciones estratégicas) así como de sus actividades (planificadas), pero no de su ejecución (a la fecha de entrega de este informe, el Programa se encuentra habilitando una nueva función de reportabilidad de MIDAS que permitirá mejorar los registros de ejecución del Programa. Sin embargo, mientras el sistema no sea nutrido con los inputs necesarios desde las comunas, no es posible para el Panel pronunciarse sobre su usabilidad efectiva). Es por esto que la información sistematizada en MIDAS debe actualmente ser complementada con los registros de las planillas de monitoreo, pues solo en estas se encuentra un registro de ejecución completo.</p> <p>La plataforma, en todo caso, fue diseñada para integrar también un seguimiento de ejecución técnica y financiera, pero estas</p>

	<p>funcionalidades han sido recién implementadas por el Programa y no es posible para el Panel pronunciarse respecto a éstas, dado que no han sido cargadas con la información de seguimiento requerida. Por esto, el Programa debe seguir siendo consultada en las planillas de monitoreo.</p> <p>Los registros actuales, permiten construir adecuadamente indicadores de planificación presupuestaria y de integración – en la planificación- de los ejes prioritarios del programa en los planes comunales, de forma agregada, ya que no incluye información respecto a beneficiarios potenciales.</p>
Nombre	<b>Planes Trienales Comunales 2016 - 2018</b>
Descripción	Planillas Excel individuales (1 por comuna) que sistematizan antecedentes de planificación (priorización de problemas, árbol de problemas y objetivos, MML) y ejecución de los planes del trienio 2016 – 2018
Período de vigencia	2016-2018
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	Todas las comunas con PTPS 2016-2018
Frecuencia de medición	Consolidación anual
Campos / Variables	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resultado esperado</li> <li>- Actividad</li> <li>- Descripción de la actividad</li> <li>- Población objetivo (var. cualitativa categórica)</li> <li>- Nombre responsable a cargo</li> <li>- Componente</li> <li>- Entorno de programación (comunal, educacional, laboral)</li> <li>- Nivel de actuación (individual, familiar, comunitario, organizacional, políticas públicas)</li> <li>- Vínculo con factores de protección</li> <li>- Tipo de actividad</li> <li>- Gasto anual (2016, 2017, 2018) y detalle (Descripción de actividad)</li> </ul>
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	<p>Estas planillas corresponden a los instrumentos utilizados previamente por el programa para realizar sus actividades de planificación y seguimiento de los Planes 2016-2018, previo a la implementación del MIDAS.</p> <p>Las planillas, en esencia, agrupan la misma información que hoy se encuentra fragmentada en MIDAS (planificación) y planillas de monitoreo (ejecución).</p> <p>Las planillas ofrecen una buena fuente de información para conocer el detalle de actividades realizadas en las comunas, y su vínculo con aspectos estratégicos de la planificación (factores de protección prioritarios).</p>

	<p>También es útil en la revisión de los gastos ejecutados por los Planes en cada una de sus actividades, por tipo y componente. Los resultados agregados de estas planillas se resumen en “informes de sistematización” (formato PDF) que ofrecen un panorama global de las variables previamente identificadas a nivel regional y país.</p> <p>Sin embargo, y dado el formato de levantamiento de la información señalada (1 planilla por comuna), los antecedentes recopilados debían ser sistematizados y analizados por servicios de contratación externa (consultorías), y sus resultados se entregaban al Programa en formato de informe. Esto es algo que hoy se resuelve parcialmente tras la implementación de MIDAS, ya que la plataforma permite generar indicadores agregados de planificación, generando un avance importante en la reportabilidad. Como se ha indicado, y en la medida que la ejecución de actividades y presupuesto no sea testeado en MIDAS (las funciones de reportabilidad se encuentran recientemente activadas, pero sin inputs de datos para evaluar su desempeño y usabilidad), hay un aspecto de la reportabilidad sobre el cual el Panel no puede pronunciarse.</p> <p>Al igual que en las fuentes previas, se encuentra limitada la posibilidad de vincular los antecedentes de estas planillas con los beneficiarios finales del programa.</p>
Nombre	<b>Encuesta de Entornos Saludables</b>
Descripción	Encuesta de diseño propio, con aplicación presencial a cargo de los Municipios, que evalúa la participación de la población en actividades saludables y su percepción respecto a la mejora experimentada por entornos comunales en los que dichas actividades se realizan (alimentación saludable en escuelas, huertos comunitarios, actividad física en espacios públicos, gimnasios, canchas deportivas, uso de juegos infantiles, práctica deportiva en ciclo recreovías o calles cerradas, actividades masivas en espacios públicos, áreas verdes)
Período de vigencia	2018
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	Muestra de 15 comunas en el país (denominadas “comunas centinelas”) <sup>142</sup> . El muestreo es probabilístico en las 2 primeras etapas, y según cuotas en la selección del entrevistado en la tercera etapa. Es decir: Etapa 1: Selección probabilística de manzanas en comunas centinelas Etapa 2: Selección probabilística de viviendas Etapa 3: Selección de personas de 18 y más años, a partir, de cuotas de sexo y edad. La muestra es de 1.084 personas.
Frecuencia de medición	Cada 3 años

<sup>142</sup> El programa indica que las comunas centinela son definidas en base a 3 criterios de inclusión: i) Existencia de una buena gestión histórica técnica-financiera del programa de promoción de salud, ii) Ubicación geográfica cercana a la comuna de emplazamiento de la SEREMI u Oficina Provincial (para facilitar rol de acompañamiento del equipo regional), iii) Disponibilidad de un equipo comunal consolidado para asumir el desafío

Campos / Variables	<p>Se aplican a los entrevistados<sup>143</sup>, para los distintos entornos saludables antes listados, 2 preguntas tipo de especial interés:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Con qué frecuencia realiza la actividad X? (ej. actividad física)</li> <li>- ¿Ud. considera que los entornos donde se realizan las actividades o acciones relacionadas..., han mejorado en los últimos años?</li> </ul> <p>A partir de estas preguntas, se construyen variables dicotómicas SI/NO y se estiman frecuencias comunales</p>
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	<p>Los resultados de esta encuesta son actualmente utilizados por el Programa en la construcción de indicadores de propósito estimados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Porcentaje de personas que accede a entornos alimentarios y para la práctica de actividad física mejorados durante el año t</li> <li>- Porcentaje de entornos mejorados durante el año t</li> </ul> <p>El Panel identifica limitaciones importantes respecto a la información que la Encuesta entrega para dichos fines, incluyendo: La falta de una línea base específica para el programa que caracterice el entorno de las personas; la imposibilidad de atribuir con confianza las mejoras percibidas por las personas en su entorno a la acción del programa, y la falta de representatividad nacional. El Panel ha conservado en la MML el indicador de propósito que se construye a partir de esta información, poniendo énfasis en los cuidados que deben tomarse a la hora de concluir respecto a este. Adicionalmente, ha propuesto la contratación de un estudio complementario que permita complementar esta información disponible.</p> <p>El Programa ha señalado que la próxima aplicación de la Encuesta se realizará en vistas de una actualización metodológica importante, y que se aspira a encuestar a beneficiarios de todas las comunas (representatividad nacional y comunal) que cuentan con un PTPS, lo cual es evaluado positivamente por el Panel.</p>

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

Identificación del documento	Breve descripción del contenido
JUNAEB. Mapa-Nutricional-2019. <a href="https://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2013/03/Mapa-Nutricional-2019-1.pdf">https://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2013/03/Mapa-Nutricional-2019-1.pdf</a>	Descripción pormenorizada del diagnóstico Nutricional de la población chilena, con énfasis en la mal nutrición por exceso - 2019.
Universidad de Concepción. Encuesta nacional de hábitos de actividad física y deportes en población entre 05 y 17 años. Informe final enero 2019. PDF.	Resultados de la Encuesta nacional de hábitos de actividad física y deportes en población entre 05 y 17 años, encargada por el Ministerio de Deportes.

<sup>143</sup> Se entrevistó a 1 habitante de la vivienda seleccionada en la etapa 2, asegurándose de cubrir la cuota de sexo y edad definida (selección por cuotas)

<p>Ministerio del Deporte. Resumen Ejecutivo “Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deporte 2018 en Población de 18 años y más”. 2018.</p>	<p>Resultados Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deporte 2018 en Población de 18 años y más” Ministerio del Deporte</p>
<p>Nicolas Aguilar-Farias, Sebastian Miranda-Marquez, Kabir P. Sadarangani, et al. Results from Chile’s 2018 Report Card on Physical Activity for Children and Youth. Journal of Physical Activity and Health, 2018, 15(Suppl 2), S331-S332</p>	<p>El estudio concluye y recomienda que: Chile avanza en materia ambiental y aspectos de política. Se debe prestar atención a promover el transporte activo y apoyar a las familias para promover la actividad física (AF). Los hallazgos indican que la implementación de nuevas estrategias debe desarrollarse mediante la colaboración entre diferentes sectores para maximizar las inversiones efectivas para aumentar la AF y disminuir el tiempo sedentario entre niños y jóvenes en Chile.</p>
<p>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA, DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN SANITARIA. Informe de Principales Resultados Tercera Versión de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI 2015-2016). Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. 2017. PDF.</p>	<p>Informe de Principales Resultados Tercera Versión de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI 2015-2016). Ministerio de Salud</p>
<p>OCDE. Obesity-Update-2017. <a href="https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf">https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf</a></p>	<p>Se muestran datos estadísticos actualizados sobre obesidad en los países pertenecientes a la OCDE en 2017.</p>
<p>Ding Ding, Kenny D Lawson, Tracy L Kolbe-Alexander, Eric A Finkelstein, Peter T Katzmarzyk, Willem van Mechelen, Michael Pratt. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. For the Lancet Physical Activity Series Executive Committee. <a href="http://www.thelancet.com">www.thelancet.com</a> Vol 388 September 24, 2016.</p>	<p>Artículo científico en revista The Lancet 2016: Además de la morbilidad y la mortalidad prematura, la inactividad física es responsable de una carga económica. Este documento proporciona más justificación para priorizar la promoción de la actividad física regular en todo el mundo como parte de una estrategia integral para reducir las enfermedades no transmisibles.</p>
<p>FONIS. Medición de la carga económica actual de la obesidad en Chile y proyección al año 2030: propuesta de un modelo de análisis validado para la realidad del país. Informe técnico final. CONICYT - MINSAL. 2014. <a href="http://repositorio.conicyt.cl/bitstream/handle/10533/214537/SA14ID0176.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">http://repositorio.conicyt.cl/bitstream/handle/10533/214537/SA14ID0176.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a></p>	<p>Concluye que la obesidad es una condición prevenible que genera importantes consecuencias epidemiológicas y económicas para la sociedad. La tendencia al alza en su prevalencia y el incremento de los costos asociados a ella representan un desafío para el sistema de salud chileno.</p>
<p>Subsecretaría de Evaluación Social. Actividades recreativas y deportes. EANNA 2012. Ministerio de Desarrollo Social. Noviembre 2013. <a href="http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/eanna/Actividades%20recreativas%20y%20deportes_EANNA2012%20Noviembre2013.pdf">http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/eanna/Actividades%20recreativas%20y%20deportes_EANNA2012%20Noviembre2013.pdf</a></p>	<p>Resultados Encuesta Nacional sobre Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes 2012. Subsecretaría de Evaluación Social</p>
<p>I-Min Lee, Eric J Shiroma, Felipe Lobelo, Pekka Puska, Steven N Blair, Peter T Katzmarzyk. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and</p>	<p>Artículo científico The Lancet 2012: La inactividad física tiene un efecto importante en la salud en todo el mundo. Disminución o eliminación de este comportamiento podría mejorar sustancialmente la salud.</p>

<p>life expectancy. For the Lancet Physical Activity Series Working Group. <a href="http://www.thelancet.com">www.thelancet.com</a> Vol 380 July 21, 2012</p>	
<p>Ministerio de Salud, PUC y Universidad Alberto Hurtado. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. 2011. <a href="https://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf">https://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf</a></p>	<p>Contiene los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 encargada por el MINSAL a instituciones académicas del país. Se detallan indicadores de factores de riesgo como sedentarismo y dieta no saludable, y las estimaciones de prevalencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles como Diabetes, Obesidad, entre otras.</p>
<p>Salinas J, Cancino A, Pezoa S, Salamanca F, Soto M. Vida Chile 1998–2006: resultados y desafíos de la política de promoción de la salud en Chile. <i>Rev Panam Salud Publica</i>. 2007; 21(2/3):136–44. <a href="https://scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v21n2-3/136-144/es">https://scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v21n2-3/136-144/es</a></p>	<p>Artículo científico. Los principales factores facilitadores identificados fueron contar con la participación de las organizaciones sociales y redes comunitarias y disponer de un presupuesto adecuado para el plan comunal. Los factores obstaculizadores más frecuentes fueron la falta de tiempo o de recursos humanos para la promoción, la dispersión geográfica de la población y los problemas de accesibilidad a las actividades. Se hacen recomendaciones para la aplicación y el mejoramiento de los programas de promoción de la salud en la comunidad.</p>
<p>OPS. Chile. Informe de salud en las Américas, 2007. Volumen II-Países. 2007. <a href="https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&amp;view=download&amp;category_slug=ediciones-previas-publicacion-40&amp;alias=23-salud-americas-2007-volumen-ii-3&amp;Itemid=231&amp;lang=es">https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&amp;view=download&amp;category_slug=ediciones-previas-publicacion-40&amp;alias=23-salud-americas-2007-volumen-ii-3&amp;Itemid=231&amp;lang=es</a></p>	<p>Se muestra la situación diagnóstica realizada por la OPS, referida a indicadores de los principales problemas de salud de la población chilena.</p>
<p>Departamento de Epidemiología - Unidad de Estudios y Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles Resultados II Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chile 2006. Ministerio de Salud. ENCAVI-2006. SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA. DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN SANITARIA. 2007. <a href="http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/ENCAVI-2006.pdf">http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/ENCAVI-2006.pdf</a></p>	<p>Contiene los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2006 encargada por el MINSAL a instituciones académicas del país. Se detallan indicadores de factores de riesgo como sedentarismo y dieta no saludable, y las estimaciones de prevalencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles como Diabetes, Obesidad, entre otras.</p>
<p>Ministerio de Salud. I Encuesta Nacional de Salud 2003. PDF, 2004.</p>	<p>Contiene los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2003 encargada por el MINSAL a instituciones académicas del país. Se detallan indicadores de factores de riesgo como sedentarismo y dieta no saludable, y las estimaciones de prevalencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles como Diabetes, Obesidad, entre otras.</p>
<p>Cecilia Albala, Fernando Vio, Juliana Kain and Ricardo Uauy. Nutrition transition in Chile: determinants and consequences. <i>Public Health Nutrition</i>: 5(1A), 123–128. 2002. DOI: 10.1079/PHN2001283</p>	<p>Concluye que la promoción de estilos de vida saludables es la principal estrategia para hacer frente al cambio de comportamiento en los hábitos alimentarios, la actividad física y factores psicosociales. Los cambios en los estilos de vida no solo permitirán la vida prolongada expectativa</p>

	de mejor calidad de vida, sino también favorecerá una disminución de la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas, principalmente enfermedades cardiovasculares
Judith Salinas C. Fernando Vio del R. Promoción de la Salud en Chile. Rev. chil. nutr. v.29 supl.1 Santiago oct. 2002	El artículo concluye que algunos de los retos de futuro para Chile eran incorporar la Promoción de la Salud en todas las actividades del sector salud, fortalecer los vínculos estratégicos entre todos los organismos gubernamentales involucrados en VIDA CHILE, y superar dilemas percibidos como los supuestos antagonismos entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad, investigación científica y social, o los sectores público y privado.
Judith Salinas. Health promotion in Chile: an evaluation of the implementation of a national plan. Promotion and education, Vol. 7 2000/4	Evaluación de la implementación del plan nacional de promoción de la salud año 2000.
OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=1A688A4ECB5142620B35F23A74C2078B?sequence=1">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=1A688A4ECB5142620B35F23A74C2078B?sequence=1</a>	Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014

### C. Identificar la necesidad de estudio complementario

## **Estudio de percepción de actores relevantes en el proceso de implementación del Programa MCCA**

### **I. Antecedentes**

En el marco de la Evaluación de Programas Gubernamentales (EPG) 2021 de la Dirección de Presupuestos (Dipres), se encuentra en desarrollo la evaluación del Programa Planes de Promoción de la Salud para Municipios, Comunas y Comunidades saludables (MCCA), del Ministerio de Salud.

Este programa, anteriormente conocido como Planes Comunales de Promoción de la salud (PCPS), se inició en el año 1998, y se ejecuta mediante convenios suscritos entre las Seremis de Salud con los municipios de su jurisdicción que desarrollen, de manera voluntaria, un Plan Trienal de Promoción de la Salud (PTPS) a 3 años. El MCCA, a nivel de fin, busca “Contribuir a aumentar la proporción de personas con factores protectores para la salud en el país” mientras, a nivel de propósito, se propone “Mejorar el acceso de la población a la promoción de la salud a través de los planes trienales creando y optimizando entornos saludables”. El programa cuenta con 4 componentes que se corresponden 4 tipos de entornos saludables que son abordados en los PTPS. Estos son: i) Regulaciones y políticas municipales sobre entornos saludables implementadas, ii) Instalación y habilitación de espacios públicos para la vida saludable, iii) Participación Comunitaria para el Empoderamiento y iv) Difusión y comunicación social.

Actualmente, el programa está siendo evaluado por un Panel de expertos, externos a la Dipres, conformado por Pamela Frenk B. (coordinadora), Verónica Monreal A., y Mario Parada L.

En el contexto de esta evaluación, el Panel requiere pronunciarse respecto a los mecanismos de implementación del Programa evaluado, en distintos niveles (nacional, regional, local).

Sin embargo, se ha constatado que la mayor parte de la información que registra el Programa se relaciona con la caracterización y seguimiento (técnico y financiero) de las actividades de los Planes. Así, se cuenta con escasa o nula información respecto la experiencia y percepción de la implementación de las actividades del Programa por parte de los ejecutores o usuarios intermedios (municipalidades).

No se cuenta, por ejemplo, con información que permita conocer cómo las actividades del Programa son llevadas al territorio en la práctica: cuáles son las dificultades encontradas en el proceso, cómo operan los mecanismos de coordinación entre el Programa y los encargados territoriales, y cuáles son los procesos de implementación local de las intervenciones planificadas. Estas son algunas preguntas que no pueden ser respondidas con la información disponible.

Debido a lo anterior, se identifica la necesidad de contar con un estudio complementario, de carácter cualitativo, que permita comprender con mayor profundidad y de manera más completa la implementación del Programa a nivel territorial.

Así, se propone realizar un estudio complementario con los siguientes objetivos y características:

## **II. Objetivos**

Objetivo general: Analizar las percepciones de actores claves en el proceso de implementación del programa en tres (3) comunas seleccionadas.

Objetivos específicos

- Describir los procesos centrales de implementación del Programa por parte de los ejecutores, abordando al menos las siguientes dimensiones: barreras y facilitadores en la implementación, existencia de duplicidades con oferta programáticas de otras instituciones y mecanismos de coordinación con el Programa y otros actores relevantes,
- Describir y analizar el proceso de implementación de las instancias de participación comunitaria (componente 3) a lo largo del Programa

## **III. Aspectos metodológicos**

Se propone realizar un muestreo intencionado, no probabilístico, que priorice la profundidad del análisis en un territorio/comuna en particular, por sobre la representatividad. Se espera que el consultor proponga el muestreo del Estudio, en base a criterios de priorización que le entregará el Panel

Primero, se seleccionarán tres (3) comunas para el estudio, en base a una discusión metodológica inicial que se sostendrá entre el Panel, Dipres y el consultor, y que aseguren el mejor cumplimiento de los objetivos del estudio. Además, en la discusión metodológica se deberá identificar, entre otras cosas, la mejor estrategia de selección de los actores relevantes en la implementación a nivel local, incluyendo:

### **1) Ejecutores o actores intermedios:**

- Encargado o coordinador local del Programa a nivel municipal
- Miembros del equipo gestor municipal
- Alcalde
- Consejeros municipales



## **2) Beneficiarios directos:**

- Colectivos de personas - organizaciones, grupos vecinales, entre otros- que participaron o debieron haber participado en las actividades que entrega el Programa (en sus diversos componentes)

El levantamiento de datos será organizado en dos etapas:

**Etapa 1:** Entrevistas a ejecutores o usuarios intermedios de las 3 comunas seleccionadas, en donde se espera recoger percepciones de la implementación del programa, tratando de responder las dudas planteadas anteriormente.

**Etapa 2:** Identificación y entrevistas a beneficiarios directos. Se espera que una vez definida la muestra de actores ejecutores o usuarios intermedios y aplicadas sus entrevistas, se puedan identificar actores beneficiarios directos (colectivos), que puedan complementar información obtenida en la etapa 1.

La distribución final de la muestra se definirá en conjunto entre Dipres, el panel y el/la experto que desarrollará la consultoría.

Técnica propuesta:

Entrevistas individuales semiestructuradas con consentimiento informado. Aproximadamente cinco por comuna seleccionada.

El Panel propondrá un set de temáticas centrales (de acuerdo a los objetivos específicos) y áreas de análisis prioritarios para que el consultor elabore una pauta de entrevista preliminar. Esta será comentada y trabajada en conjunto con el Panel hasta obtener, previo a su aplicación, un instrumento final validado.

Todas las entrevistas se realizarán vía Zoom, y deberán ser coordinadas directamente por la consultora

## **IV. Actividades y Productos esperados**

1. Definición estrategia de muestreo
2. Elaboración pauta de entrevista en base a criterios entregados por el Panel
3. Coordinación las entrevistas con encargados comunales, beneficiarios, alcaldes, u otros informantes clave
4. Realización un total de 15 entrevistas a actores relevantes de las comunas seleccionadas (distribuidas según criterio del consultor, dado el objetivo del estudio)
5. Realización las transcripciones de las entrevistas realizadas
6. Entregar informe que evidencie el cumplimiento de los objetivos del estudio (análisis de contenido)

## Anexo 2(a): Matriz de Evaluación del programa

NOMBRE DEL PROGRAMA: Planes de Promoción de la Salud para Municipios Comunas y Comunidades Saludables - MCCS				
AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 1998				
MINISTERIO RESPONSABLE: MINISTERIO DE SALUD    SERVICIO RESPONSABLE: SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA				
ENUNCIADO DEL OBJETIVO	INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)	Fórmula de Cálculo		
FIN: Contribuir a aumentar número de personas con factores protectores <sup>144</sup> para la salud en el país <sup>145</sup>				
PROPÓSITO:  Mejorar el acceso de la población a la promoción de la salud a través de los planes trienales habilitando y optimizando entornos saludables	Porcentaje de personas que acceden a entornos saludables (alimentarios y para la práctica de actividad física) habilitados u optimizados durante año t (Eficacia/ Resultado final)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas que acceden al menos dos veces a la semana a entornos saludables habilitados u optimizados en año t}}{\text{N}^\circ \text{ total personas en año t}} * 100$	Encuesta de entornos Saludables Frecuencia Anual.	S1 Mantener las condiciones actuales, sin Emergencias, desastres, conflictos sociales, u otras catástrofes que afecten la normal ejecución de las planificaciones del programa en territorios directamente afectados. S2 Mantener la voluntad política de alcaldes para llevar a cabo de forma íntegra el programa.
	Porcentaje de personas que acceden a entornos alimentarios saludables habilitados u optimizados durante año t (Eficacia/ Resultado final)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas que accede al menos dos veces a la semana a entornos alimentarios saludables habilitados u optimizados en año t}}{\text{N}^\circ \text{ total personas en año t}} * 100$		
	Porcentaje de personas que acceden a entornos habilitados u optimizados para la práctica de actividad física durante año t (Eficacia/ Resultado final)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas que accede al menos dos veces a la semana a entornos para la práctica de actividad física ) habilitados u optimizados en año t}}{\text{N}^\circ \text{ total personas en año t}} * 100$		
	Porcentaje anual de comunas que incorporan ambos ejes <sup>146</sup> en sus PTPS (Eficacia/ Producto)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de comunas que incorporan ambos ejes en sus PTPS en año t}}{\text{N}^\circ \text{ total de comunas con PTPS en año t}} * 100$	Sistematización Symbolon (2017- 2018)	
	Porcentaje de PTPS con cumplimiento de metas mayor al 90% respecto del total de PTPS (Eficacia/ Producto)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ PTPS con cumplimiento de cumplimientos técnico de metas mayor al 90\% en año t}}{\text{N}^\circ \text{ Total de PTPS Formulados en año t}} * 100$		
	Porcentaje de población de las comunas con PTPS que ejecutan actividades en los 4 componentes respecto del total de población de comunas con PTPS (Eficacia/ Proceso)	$\frac{\text{Población de las comunas con PTPS que ejecuten actividades en los 4 componentes en el año t}}{\text{Total de Población de comunas con PTPS en año t}} * 100$	Monitoreo anual (2019 y 2020)	
	Tasa de variación de entornos habilitados u optimizados (Eficacia/ Proceso)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de entornos saludables habilitados u optimizados T1} - \text{N}^\circ \text{ de entornos saludables habilitados u optimizados T0}}{\text{N}^\circ \text{ de entornos saludables habilitados u optimizados T0}} * 100$	No es posible obtener el dato	

<sup>144</sup> Actividad física suficiente; dieta saludable; colesterol <200; presión arterial <120/80; no fumar; IMC<25; glicemia <100mg

<sup>145</sup> Objetivo N°3 Salud Óptima de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.

<sup>146</sup> Actividad física y alimentación saludable

	Porcentaje de personas que perciben positivamente la habilitación u optimización de los entornos) (Calidad/Proceso)	N° de personas que declaran opinión positiva respecto a los entornos habilitados u optimizados en el año t/ N° total de personas que declaran opinión en año t *100	Encuesta 2018 y reporte con fecha 31 de diciembre 2020.	
	Porcentaje de ejecución presupuestaria del Programa (Eficiencia/producto)	Gasto devengado en año t/ Monto total del presupuesto inicial del Programa en año t *100	SIGFE y Ley de presupuesto	
	Porcentaje de gasto de administración (Eficiencia/producto)	Gasto de administración del Programa en año t/ Gasto total del Programa en año t*100	Anexo 5	

ENUNCIADO DEL OBJETIVO	INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)	Fórmula de Cálculo		
<b>COMPONENTE 1:</b> Regulaciones y políticas municipales sobre entornos saludables implementadas	Porcentaje de comunas que vinculan los PTPS con sus instrumentos de planificación local (PLADECO, PADEM, Planos reguladores, etc.) (Eficacia/Producto)	N° de comunas que vinculan los PTPS con sus instrumentos de planificación local en año t/ N° total de comunas con PTPS en año t *100	<b>Auto reporte comunal</b> Trienal	S3, S4, S5. S7 Mantener el interés por parte de los alcaldes y consejos municipales en incorporar los PTPS en sus instrumentos de planificación local.
	Porcentaje de comunas con regulaciones municipales saludables publicadas (Eficacia/Producto)	N.º de comunas con regulaciones municipales saludables publicadas en año t / N° total de comunas con PTPS en año t *100	<b>Monitoreo intermedio y anual de PTPS Semestral</b>	S3, S4, S5. S6 Mantener el interés por parte de los alcaldes y consejos municipales en elaborar regulaciones locales saludables.
	Proporción de gasto de producción destinada al componente 1 (Eficiencia/Producto)	Monto (\$) del gasto destinado a Componente 2 en año t / Monto (\$) total del gasto en año t	Registro de transferencias	
	Porcentaje de gasto de administración (Eficiencia/producto)	Gasto de administración del Componente en año t/ Gasto total del Programa en año t*100		
<b>COMPONENTE 2:</b> espacios públicos para la vida saludable habilitados y optimizados	Porcentaje de comunas que instala infraestructura en espacios públicos para la actividad física y alimentación saludable respecto del total de comunas con PTPS. (Eficacia/Producto)	N.º de comunas que instala infraestructura en espacios públicos para la actividad física y alimentación saludable en año t /N.º total de comunas con PTPS en año t *100	<b>Monitoreo intermedio y anual de PTPS Semestral</b>	S3, S4, S5 S8 Mantener el interés por parte del municipio en modificar el entorno físico construido para la actividad física y/o alimentación saludable.
	Porcentaje de espacios habilitados respecto del total de espacios de las comunas y que cuenta con PTPS durante al año t (Eficacia/Resultado intermedio)	N.º total de espacios habilitados en las comunas en año t / N.º total de espacios de las comunas que cuentan con PTPS en año t *100		S3, S4 y S5

	Proporción de espacios saludables habilitados en comunas con PTPS respecto a los espacios planificados (Eficacia/Proceso)	N.º de espacios saludables habilitados en año t / N.º de espacios planificados en año t		
	Proporción de espacios saludables optimizados en comunas con PTPS respecto a los espacios planificados (Eficacia/Proceso)	N.º de espacios saludables optimizados en año t / N.º de espacios planificados en año t		
	Proporción de gasto de producción destinada al componente 2 (Eficiencia/Producto)	Monto (\$) del gasto destinado a Componente 2 en año t / Monto (\$) total del gasto en año t	Registro de transferencias	
	Porcentaje de gasto de administración (Eficiencia/producto)	Gasto de administración del Componente en año t/ Gasto total del Programa en año t*100		
<b>COMPONENTE 3:</b> Participación Comunitaria para el Empoderamiento	Porcentaje de comunas con mecanismos de participación desarrollados para la vida Saludable (Eficacia/Producto)	N.º de comunas que desarrollan mecanismo de Participación sobre vida saludable en año t/ N.º total de comunas con Planes trienales en año t *100	<b>Monitoreo intermedio y anual de PTPS</b> Semestral	S3, S4, S5. S9 Mantener las condiciones mínimas de transporte y seguridad, entre otros, que permitan a las personas asistir a las actividades de participación comunitaria.
	Proporción de gasto de producción destinada al componente 3 (Eficiencia/Producto)	Monto (\$) del gasto destinado a Componente 2 en año t / Monto (\$) total del gasto en año t	Registro de transferencias	
	Porcentaje de gasto de administración (Eficiencia/producto)	Gasto de administración del Componente en año t/ Gasto total del Programa en año t*100		
<b>COMPONENTE 4:</b> Difusión y comunicación social.	Porcentaje de comunas con PTPS que desarrollan acciones de difusión y comunicación (Eficacia/Producto)	N.º de comunas que desarrollan acciones de difusión y comunicación en año t / N.º total de comunas con Planes trienales en año t *100	<b>Sistematización Symbolon (2017- 2018) Monitoreo intermedio y anual de PTPS (2019 y 2020)</b>	S3, S4, S5, S9 S10 Mantener medios locales de comunicación asequibles para el programa.
	Porcentaje de Actividades de Educación para la salud ejecutadas en el PTPS (Eficacia/Producto)	Nº de Actividades de Educación para la salud ejecutadas en año t / Nº Total de Actividades ejecutadas en el año en las comunas que tienen PTPS en año t * 100		
	Proporción de gasto de producción destinada al componente 4 (Eficiencia/Producto)	Monto (\$) del gasto destinado a Componente 2 en año t / Monto (\$) total del gasto en año t	Registro de transferencias	
	Porcentaje de gasto de administración (Eficiencia/producto)	Gasto de administración del Componente en año t/ Gasto total del Programa en año t*100		



**Anexo 2(b): Medición de indicadores Matriz de Evaluación del programa, período 2016-2019**

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA: Planes de Promoción de la Salud para Municipios Comunas y Comunidades Saludables - MCCS</b> <b>AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 1998</b> <b>MINISTERIO RESPONSABLE: MINISTERIO DE SALUD</b> <b>SERVICIO RESPONSABLE: SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA</b>						
Enunciado del objetivo	Indicadores		Evolución de Indicadores			
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)	Fórmula de cálculo	Cuantificación			
			2017	2018	2019	2020
FIN: Contribuir a aumentar el número de personas con factores protectores <sup>147</sup> para la salud en el país <sup>148</sup>						
PROPÓSITO: Mejorar el acceso de la población a la promoción de la salud a través de los planes trienales habilitando y optimizando entornos saludables	Porcentaje de personas que acceden a entornos saludables (alimentarios y para la práctica de actividad física) habilitados u optimizados durante año t (Eficacia/ Resultado final)	Nº de personas que acceden al menos dos veces a la semana a entornos saludables habilitados u optimizados en año t/ Nº total personas en año t *100	n/a	9% (68/750)	n/a	30,2% 1401/4632
	Porcentaje de personas que acceden a entornos alimentarios saludables habilitados u optimizados durante año t (Eficacia/ Resultado final)	Nº de personas que accede al menos dos veces a la semana a entornos alimentarios saludables habilitados u optimizados en año t/ Nº total personas en año t *100	s/i	s/i	s/i	s/i
	Porcentaje de personas que acceden a entornos habilitados u optimizados para la práctica de actividad física durante año t (Eficacia/ Resultado final)	Nº de personas que accede al menos dos veces a la semana a entornos para la práctica de actividad física ) habilitados u optimizados en año t/Nº total personas en año t *100	s/i	s/i	s/i	s/i
	Porcentaje anual de comunas que incorporan ambos ejes <sup>149</sup> en sus PTPS (Eficacia/ Producto)	Nº de comunas que incorporan ambos ejes en sus PTPS en año t/ Nº total de comunas con PTPS en año t *100	89,1% (262/294)	89,1% (262/294)	100% (340/340)	100% (340/340)
	Porcentaje de PTPS con cumplimiento de metas mayor al 90% respecto del total de PTPS (Eficacia/ Producto)	Nº PTPS con cumplimiento de cumplimientos técnico de metas mayor al 90% en año t/ Nº Total de PTPS Formulados en año t *100	55,7% (187/336)	59,6% (199/334)	4,11% (14/340)	18,2% (62/340)
	Porcentaje de población de las comunas con PTPS que ejecutan actividades en los 4 componentes respecto del total de población de comunas con PTPS (Eficacia/ Proceso)	Población de las comunas con PTPS que ejecuten actividades en los 4 componentes en el año t/ Total de Población de comunas con PTPS en año t *100	22,8% (4.166.858/ 18.276.761)	22,7% (4.226.136/ 18.605.757)	17,4% (3.231.035/ 18.620.542)	34,9% (6.687.656/ 19.172.533)
	Tasa de variación de entornos habilitados u optimizados (Eficacia/ Proceso)	Nº de entornos saludables habilitados u optimizados T1 - Nº de entornos saludables habilitados u optimizados T0 en año t / Nº de entornos habilitados u optimizados T0 -1 en año t * 100	s/i	s/i	s/i	s/i

<sup>147</sup> Actividad física suficiente; dieta saludable; colesterol <200; presión arterial <120/80; no fumar; IMC<25; glicemia <100mg

<sup>148</sup> Objetivo N°3 Salud Óptima de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.

<sup>149</sup> Actividad física y alimentación saludable

	Porcentaje de personas que perciben positivamente la habilitación u optimización de los entornos) (Calidad/Proceso)	N° de personas que declaran opinión positiva respecto a los entornos habilitados u optimizados en el año t/ N° total de personas que declaran opinión en año t *100	s/i	s/i	s/i	s/i
	Porcentaje de ejecución presupuestaria del Programa (Eficiencia/producto)	Gasto devengado en año t/ Monto total del presupuesto inicial del Programa en año t *100	98,15%	89,91%	81,39%	91,17%
	Porcentaje de gasto de administración (Eficiencia/producto)	Gasto de administración del Programa en año t/ Gasto total del Programa en año t*100	99,59%	94,89%	172,07%	91,17%

Enunciado del objetivo	Indicadores		Evolución de Indicadores			
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)	Fórmula de cálculo	2017	2018	2019	2020
<b>COMPONENTE 1:</b> Regulaciones municipales sobre entornos saludables implementadas	Porcentaje de comunas que vinculan los PTPS con sus instrumentos de planificación local (PLADECO, PADEM, Planos reguladores, etc.)	N.º de comunas que vinculan los PTPS con sus instrumentos de planificación local/ N.º total de comunas *100	66,4%	82,3%	82,3%	n/a <sup>150</sup>
	Porcentaje de regulaciones municipales saludables publicadas	N.º de regulaciones municipales de vida saludable publicadas (instrumentos que forman parte de la planificación)/ N.º total de comunas con Planes trienales *100	19,0% (64/336)	24,0% (80/334)	32,1% (109/340)	38,2% (130/340)
	Proporción de gasto de producción destinada al componente 1 (Eficiencia/Producto)	Monto (\$) del gasto destinado a Componente 2 en año t / Monto (\$) total del gasto en año t	Anexo 5	Anexo 5	Anexo 5	Anexo 5
	Porcentaje de gasto de administración (Eficiencia/producto)	Gasto de administración del Componente en año t/ Gasto total del Programa en año t*100	Anexo 5	Anexo 5	Anexo 5	Anexo 5
<b>COMPONENTE 2:</b> Habilitación y optimización de espacios públicos para la vida saludable.	Porcentaje de comunas que instala infraestructura en espacios públicos para la actividad física y alimentación saludable respecto del total de comunas con PTPS. (Eficacia/Producto)	N.º de comunas que instala infraestructura en espacios públicos para la actividad física y alimentación saludable en año t /N.º total de comunas con PTPS en año t *100	84,2% (283/336)	67,0% (224/334)	43,2% (147/340)	80,0% (271/340)
	Porcentaje de espacios habilitados y optimizados respecto del total de espacios de las comunas y que cuenta con PTPS durante al año t (Eficacia/Resultado intermedio)	N.º total de espacios habilitados y optimizados en las comunas en año t / N.º total de espacios de las comunas que cuentan con PTPS en año t *100	s/i	s/i	s/i	s/i
	Porcentaje de personas que percibe una mejora en los entornos respecto del total de personas que responden la encuesta (Eficacia / Resultado intermedio)	N.º personas que percibe una mejora en los entornos en año t / N.º total de total de personas que responden la encuesta en año t *100	n/a	29,4% (531/1809)	s/i	76,0% <sup>151</sup> (3517/4632)
	Proporción de espacios saludables habilitados en comunas con PTPS respecto a los espacios planificados (Eficacia/Proceso)	N.º de espacios saludables habilitados en año t / N.º de espacios planificados en año t	s/i	s/i	s/i	s/i

<sup>150</sup> El dato se levanta en la evaluación trienal año 2021

<sup>151</sup> Se aplica versión abreviada de encuesta de auto-reporte con limitaciones metodológicas dada la imposibilidad de aplicación cara a cara producto de la pandemia.



	Proporción de espacios saludables optimizados en comunas con PTPS respecto a los espacios planificados (Eficacia/Proceso)	N.º de espacios saludables optimizados en año t / N.º de espacios planificados en año t	s/i	s/i	s/i	s/i
	Proporción de gasto de producción destinada al componente 2 (Eficiencia/Producto)	Monto (\$) del gasto destinado a Componente 2 en año t / Monto (\$) total del gasto en año t	Anexo 5	Anexo 5	Anexo 5	Anexo 5
	Porcentaje de gasto de administración (Eficiencia/producto)	Gasto de administración del Componente en año t/ Gasto total del Programa en año t*100	Anexo 5	Anexo 5	Anexo 5	Anexo 5
<b>COMPONENTE 3:</b> Participación Comunitaria para el Empoderamiento	Porcentaje de mecanismos de participación desarrollados para la vida Saludable	N.º de comunas que desarrollan mecanismo de participación sobre vida saludable/ N.º total de comunas con Planes trienales*100	85,0% (284/336)	75,0% (250/334)	22,4% (76/340)	44,0% (148/340)
	Proporción de gasto de producción destinada al componente 3 (Eficiencia/Producto)	Monto (\$) del gasto destinado a Componente 2 en año t / Monto (\$) total del gasto en año t	Anexo 5	Anexo 5	Anexo 5	Anexo 5
	Porcentaje de gasto de administración (Eficiencia/producto)	Gasto de administración del Componente en año t/ Gasto total del Programa en año t*100	Anexo 5	Anexo 5	Anexo 5	Anexo 5
<b>COMPONENTE 4:</b> Difusión y comunicación social.	Porcentaje de acciones de difusión y comunicación social para la vida saludable	N.º de comunas que desarrollan acciones de difusión y comunicación/ N.º total de comunas con Planes trienales*100	90,0% (302/336)	78,4% (262/334)	49,0% (165/340)	74,0% (251/340)
	Peso relativo de las actividades de Educación para la salud en el Plan Trienal	Nº de Actividades de Educación para la salud ejecutadas en el año / Nº Total de Actividades ejecutadas en el año en las comunas que tienen PTPS * 100	47,4% (3332/7023)	47,4% (3332/7023)	54,4% (2396/4405)	42,1% (3689/8753)
	Proporción de gasto de producción destinada al componente 4 (Eficiencia/Producto)	Monto (\$) del gasto destinado a Componente 2 en año t / Monto (\$) total del gasto en año t	Anexo 5	Anexo 5	Anexo 5	Anexo 5
	Porcentaje de gasto de administración (Eficiencia/producto)	Gasto de administración del Componente en año t/ Gasto total del Programa en año t*100	Anexo 5	Anexo 5	Anexo 5	Anexo 5

## Anexo 2(c): Análisis de diseño del programa

### A. Relaciones de causalidad de los objetivos del programa (Lógica Vertical)

Teniendo en cuenta que la necesidad que aborda el programa es la falta de entornos saludables, tanto para una alimentación sana como para el ejercicio físico, a juicio del panel tanto la formulación del fin (Contribuir a aumentar el número de personas con factores protectores<sup>152</sup> para la salud en el país<sup>153</sup>), como la del propósito (Mejorar el acceso de la población a la promoción de la salud a través de los planes trienales habilitando y optimizando entornos saludables) dan una adecuada respuesta al problema, pues ambas formulaciones son coherentes con el resultado esperado tanto a nivel intermedio como final. Esto se fundamenta en la lógica de que frente a la falta de entornos saludables el programa se propone mejorar el acceso, lo cual resulta consistente. Se debe agregar que la matriz analizada no es nueva, sino que corresponde a una versión mejorada de la original propuesta por el programa, y representa el acuerdo de las tres partes involucradas en la evaluación: programa, panel y Dipres.

Para el cumplimiento del propósito, el programa cuenta con cuatro componentes<sup>154</sup>: 1. Regulaciones municipales sobre entornos saludables implementadas; 2. Espacios públicos para la vida saludable habilitados y optimizados; 3. Participación Comunitaria para el Empoderamiento; y 4. Difusión y comunicación social. La literatura respecto a Promoción en Salud es abundante en señalar que las acciones deben estar dirigidas a lo menos en cuatro niveles: macro (políticas y regulaciones), meso (redes y comunidades), micro (grupos y familias) e individual (personas), con estrategias que impacten en diversas áreas del desarrollo humano como: normatividad, materialidad espacial, participación y empoderamiento, comunicación y formación. De allí que, a juicio del panel, los cuatro componentes son suficientes y necesarios para el cumplimiento del propósito, no se identifican componentes que sea necesario y no se produzca.

Respecto a las actividades<sup>155</sup>, a continuación, serán revisadas según componente:

A continuación, se presentan las actividades diseñadas para el Componente n°1 **Regulaciones municipales sobre entornos saludables implementadas**, las que han sido agrupadas por el panel según acción que involucra, esto es, Dictación, Implementación, Construcción, Impulso y otras:

- *Dictación de ordenanzas y/o decretos* para asegurar cierre de calles los fines de semana y fomentar la actividad física; para asegurar el desarrollo de ciclo vías y sendas peatonales; para promover la recuperación, habilitación y uso de espacios públicos para la práctica de actividad física
- *Implementación de programas* de supervisión y vigilancia de la Ley N° 20.606 Sobre Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad en Establecimientos Educativos (EE); que fomenten la facilitación y sostenimiento de la caminata, uso de bicicleta y uso de transporte público para viajes a los EE; de colaciones saludables para EE; de recreos y pausas activas, facilitando implementación deportiva y personal especializado en coordinación con la Dirección de Educación Municipal.
- *Construcción de regulaciones locales* (ordenanzas, reglamentos, decretos) de Promoción de la Salud para regulaciones locales para la disminución de patentes de locales de venta de alimentos "ALTOS EN..."; para el control de venta de alimentos "ALTOS EN.." en el entorno escolar y establecimientos de salud y/o la vía pública; para kioscos en centros de salud municipal u otros de la red pública, para la protección y promoción de lactancia materna; sobre entornos libres de humo de tabaco; para aumentar la práctica regular de actividad física en el entorno de EE, resguardando un mínimo de 60 minutos diarios al día para toda la población escolar.
- *Impulso de regulaciones* que aumenten la subvención a pequeños agricultores locales para el aumento de la producción de legumbres, frutas, hortalizas y/o verduras; la reorientación de planes y programas que entregan recursos y habilitación laboral para la venta de alimentos en el espacio público hacia una oferta de alimentación saludable;

<sup>152</sup> Actividad física suficiente; dieta saludable; colesterol <200; presión arterial <120/80; no fumar; IMC<25; glicemia <100mg

<sup>153</sup> Objetivo N°3 Salud Óptima de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.

<sup>154</sup> Los componentes han sido descritos en el capítulo 1 y serán caracterizados en el anexo 3

<sup>155</sup> Son descritas en el anexo 3

para control de la publicidad de alimentos no saludables en espacios de uso público (escuelas, plazas, plazoletas, costaneras, senderos, estadios, etc.).

- *Otras actividades:* Asignación de días y horarios para el uso de los recintos deportivos municipales, procurando que todos/as tengan la posibilidad de utilizarlos; incorporación de iniciativa de ruta segura para trayecto desde la casa al EE y retorno a la casa; Incorporación en planes y programas curriculares contenidos sobre la importancia nutricional del consumo de productos del mar; instalación de pausas activas permanentes tanto en empresas privadas como públicas; diseño en conjunto con trabajadores de un plan actividad física para los funcionarios; talleres recreativos y deportivos permanentes, según interés de los trabajadores; Escuela de Verano Saludable

Las actividades agrupadas por el panel, esto es: Dictación, Implementación, Construcción, Impulso y otras, son suficientes y necesarias para la producción del componente 1. El proceso de poner en marcha es lento, dada la complejidad que involucra la elaboración y vigencia de un PLADECO o Plan regulador (3 a 5 años). Por otra parte, las orientaciones para elaborar estos instrumentos son de otros organismos del Estado como SUBDERE y MINVU, y tomando en cuenta que en el nivel local debe tener presente los elementos contextuales como es la organización municipal, los diagnósticos participativos comunales y las voluntades políticas de cada Municipalidad. Las actividades entonces tienen en cuenta estos elementos.

Sin embargo, tal como las formula el programa resulta difícil identificar si cada una de las acciones son ejecutadas para distintos ámbitos de intervención, por ejemplo: alimentación y ejercicio físico, o escuela, barrio y transporte público, etc. Lo anterior es importante pues en Promoción se requiere el abordaje simultáneo de diversos tipos de entorno. Finalmente, se hace necesario un diseño organizado de las actividades que identifique distinto tipo de acción y ámbitos de intervención, además de la vinculación con otros instrumentos municipales.

Respecto a las actividades diseñadas para el Componente n°2 **Espacios públicos para la vida saludable habilitados y optimizados** a continuación, se presentan agrupadas por el panel según acción que involucra, esto es, Adquisición, Habilitación y Optimización.

- *Adquisición* de implementos deportivos para EE (asociados a programas permanentes propuestos); adquisición de juegos para instalar en los patios de los EE; de set de psicomotricidad, para realizar actividad física en preescolares; de set implementos deportivos.
- *Habilitación* a kioscos saludables en centros de salud; de Huertos / Invernaderos escolares; de infraestructura en plazas o parques para la actividad física y recreación (Skate park, Muros de escalar u otros); de programa de cierre de vía pública para el aumento de la práctica deportiva a través del juego incorporando a la comunidad y al municipio; de Bici máquinas; de estacionamiento de bicicletas en plazas saludables, en edificios públicos y EE de las ciudades; de juegos infantiles en plazas o parques; de mercados y ferias de pequeños agricultores y agricultores familiares (Circuitos Cortos); de puntos de feria; de sala de realidad virtual utilizando video juegos interactivos para aumentar la práctica de AF según curso de vida; de salas de lactancia materna, de huertos comunitarios; de bebederos en plazas saludables y patios de EE; de bicicleteros en escuelas; circuitos de máquinas para plazas saludables, de demarcación vial, señalización para plazas o intervenciones en el suelo de éstas con el objetivo de aumentar la educación vial y practica segura de ruta activa; de kioscos o puntos de feria de frutas, verduras y legumbres; de programa de mensajería breve para telefonía celular (SMS) para el fomento y acompañamiento de la práctica de AF en jóvenes, de código QR para entregar información sobre el uso adecuado de las máquinas de ejercicios de las plazas saludables; de recursos digitales (App) para ejecutarse en los smartphones sobre la oferta comunal de actividad física; programa Jugando al aire libre en los colegios.
- *Optimización* de espacios públicos que cuentan con infraestructura básica para realizar actividad física (techumbres, lockers, iluminación, entre otros); de infraestructura y equipamiento de kioscos y casinos escolares; de infraestructura y equipamiento para ferias libres.

Si bien a juicio del panel las actividades son suficientes y necesarias para la producción del componente 2, al agrupar las actividades según acción, quedan abultadas las de

habilitación respecto a las de optimización, quedando subrepresentadas, dado que tal como se ha señalado, esto no implica que se genere una saturación respecto a la mejora que se puede ir dando dentro de un mismo espacio. Aquí, nuevamente resulta importante distinguir las acciones según ámbito de intervención, por ejemplo: alimentación y ejercicio físico, o escuela, barrio y transporte público, etc., pues tal como ya ha sido señalado, en Promoción se requiere el abordaje simultáneo de diversos tipos de entorno<sup>156</sup>. Se requiere entonces, un diseño organizado de las actividades que identifique distinto tipo de acción y ámbitos de intervención.

En cuanto a las actividades diseñadas para el Componente n°3 **Participación Comunitaria para el Empoderamiento** a continuación, se presentan agrupadas por el panel según acción que involucra, esto es, Estrategias participativas, Formación y Conversatorios

- *Estrategias de participativas*, tales como Diagnóstico y Planificación estratégica participativa; Cuenta pública participativa del proyecto de innovación comunal saludable; Diseño en conjunto con comunidad educativa, mapas de rutas seguras para el traslado de los niños, en bicicleta o caminando, desde y hacia el establecimiento.
- *Formación* a organizaciones civiles en formulación y postulación a proyectos concursables deportivos del intersector, incentivando la práctica de actividad física; grupos de apoyo para la lactancia materna; líderes al interior de la comunidad educativa (consejo escolar, centro de alumnos, centro de padres, etc.) como actores claves para la postulación de proyectos locales para la promoción de la actividad física o proyectos deportivos al IND; de líderes comunitarios en la temática vida libre de humo de tabaco en instancias intersectoriales existentes; de ramas deportivas y recreativas para todos los integrantes de la familia, (escuelas deportivas para niños, talleres de baile para las mamás, senderismo, etc.); a funcionarios públicos (Escuela Comunal de salud); líderes comunitarios (Escuela de salud).
- *Conversatorios* de Promoción de la Salud, sobre entornos alimentarios saludables con la comunidad educativa.

Aunque las actividades son suficientes y necesarias para la producción del componente 3, aquí también se observa una mayor diversificación para un tipo de actividad, en este caso, la línea de Formación, especialmente si se compara con la de Estrategias participativas. Nuevamente entonces, resulta importante distinguir las acciones según ámbito de intervención, por ejemplo: alimentación y ejercicio físico, o escuela, barrio y transporte público, o actores locales. Se requiere entonces, un diseño organizado de las actividades que identifique distinto tipo de acción y ámbitos de intervención. La diferenciación de acciones hace posible saber si se solapan o apuntan a diferentes factores implicados en la conformación de entornos saludables.

A continuación, se presentan las actividades diseñadas para el Componente n°4 **Difusión y comunicación social**, las que han sido agrupadas por el panel según acción que involucra, esto es, Campañas comunicacionales, Capacitación y talleres, Difusión y eventos, Concursos y Otras.

- *Campañas comunicacionales* sobre apoyo a la lactancia materna; actividad física abordando por ejemplo las consecuencias del sedentarismo, uso de las escaleras, etc.; alimentación saludable; los beneficios nutricionales de los productos del mar; los beneficios nutricionales del consumo de legumbres; para fomentar el transporte activo; que informe a la comunidad escolar sobre los múltiples beneficios de la actividad física; en radios locales, medios de prensa escritos, y redes sociales, promoviendo la utilización de escaleras, transporte activo, oferta en actividad física (senderos de trekking, ríos, lagos, costaneras, rutas, etc.) y actividades que incrementan la AF en la comuna.
- *Capacitación y talleres*, capacitación a comunidad (grupos de apoyo, dirigentes sociales, madres, agrupaciones, etc.) en lactancia materna; comunidad educativa sobre Ley N° 20606 Sobre Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad; comunidad en preparaciones innovadoras, modernas y atractivas utilizando legumbres; a empleadores, comités paritarios y trabajadores sobre los beneficios de la práctica regular de actividad

---

<sup>156</sup> En Orientaciones Técnicas de años anteriores la matriz de actividades incluía el entorno que se intervenía con dicha acción, sin embargo, para el Trienio 2019-2021 las actividades cobran (en gran parte) un nivel más transversal en los espacios a intervenir, motivo por el cual cada comuna al programar debe identificar de manera obligatoria dónde se realizará la actividad en cuanto los entornos educacionales, laboral y/o comunal. Como dato obligatorio se extraerá en la reportabilidad.

física laboral para los trabajadores y para la empresa; manipuladoras de alimentos en inocuidad alimentaria y sobre preparaciones atractivas y accesibles utilizando productos del mar; pequeños agricultores, agricultores familiares (Circuitos Cortos); en Alimentación Laboral Saludable; práctica para la buena realización de actividad física a nivel preescolar y escolares por parte del profesor de educación física del EE, utilizando la guía de Recomendaciones de AF según curso de Vida del MINSAL-MINDEP-MINEDUC; práctica para la buena realización de actividad física a población de niños y niñas, adolescentes, jóvenes, adultos o adultos mayores en espacios públicos; práctica para la buena realización de actividad física a población adultos en espacios laborales utilizando la guía de actividad física Laboral MINSAL; sobre lactancia materna y autoeficacia; Formación Continua en Promoción de la Salud; Talleres de: alimentación saludable, de Hábitos Saludables para la familia dirigido a trabajadoras y trabajadoras (del sector público y privado), manipulación de alimentos para el expendio de pescados y mariscos, sobre los beneficios de la actividad física en niños, niñas y adolescentes, dirigidos a padres, en las reuniones de padres y apoderados de las escuelas, extraprogramáticos recreativos y deportivos con foco de inclusión, sobre preparaciones atractivas y accesibles utilizando productos del mar, recreativos de formación motora en primera infancia, vecinales de actividad física, segmentada por grupos etarios.

- *Difusión y Eventos*, difusión de catastro de puntos de venta de alimentos saludables como por ejemplo, pescaderías, marisquerías, fruterías, verdulerías; de éxitos deportivos locales en los medios de prensa local y/o regional; para poder contar con líderes y orientar sobre los beneficios de la AF tanto físicos como para la salud mental; eventos deportivos comunales, como celebración de hitos locales, con participación activa del intersector; Inserción de mensajes sobre los beneficios de la actividad física en los medios de difusión local como TV, radio, diario, boletines, etc. Eventos deportivos para celebración de hitos laborales; Campeonatos deportivos anuales con la comunidad; Celebración de efemérides o hitos escolares, como el Día de la Actividad Física (6 de abril), Foros Comunales de Promoción de la Salud; Hito comunicacional: Día Mundial Sin Tabaco, 31 de mayo; Instalación de amplificación musical en los recreos y comentar los beneficios de la actividad física; Redacción de artículos con los beneficios de la actividad física e incorporarlos en los medios de comunicación internos de la empresa
- *Concursos* de colaciones saludables en EE; de Huertos / Invernaderos Comunitarios; en EE.
- *Otras*: Elaboración de plan de gestión de utilización de espacios públicos para la práctica de actividad física; Recursos didácticos sobre actividad física que sean adaptados para quienes enseñan a los profesores y autoridades de los EE.

En el análisis de las actividades para el componente n°4 se advierten algunas dificultades, por ejemplo: las actividades de Capacitación tienden a ser equivalente a las de Formación del componente 3 y algunas otras van en la línea de habilitación del componente 1 (huertos, amplificación musical, etc.). Entonces, si bien las actividades son suficientes y necesarias para el cumplimiento del componente, se requiere tal como en los anteriores, un diseño organizado que identifique distinto tipo de acción y ámbitos de intervención. Tal como se ha señalado, en Promoción se requiere el abordaje simultáneo de diversos tipos de entorno

No se identifican actividades prescindibles o posibles de sustituir por otros más eficaces.

El programa identifica supuestos válidos y pertinentes, a la vez que propone medidas para enfrentar o minimizar los riesgos. A continuación, se presentan las propuestas de mitigación para cada riesgo identificado por el programa<sup>157</sup>:

- Frente a emergencias, desastres naturales, pandemias o epidemias, conflictos sociales, estado de guerra civil, ataque terrorista o insurgencias locales que den la condición de la pérdida de la democracia, haciendo uso al estado de excepción de seguridad nacional, u otras catástrofes que afecten la normal ejecución de las planificaciones del programa en territorios directamente afectados, la medida es: la Seremi respectiva y el nivel central prestan apoyo técnico a los equipos involucrados para que el programa reoriente su planificación e intervención en el nuevo escenario hacia resultados esperados y actividades que se puedan ejecutar dadas las circunstancias y que cumplan con orientaciones técnicas establecidas desde el nivel central. En la presente situación de

---

157 Ficha 1 de Antecedentes

pandemia, el programa ha adecuado las metodologías, utilizando aquellas que permiten el contacto remoto.

- Si no se mantiene la voluntad política de alcaldes y consejos municipales para presentar planes de promoción, llevar a cabo de forma íntegra las actividades del programa, y también en lo que respecta a la elaboración de regulaciones locales saludables, la medida es: el nivel central realiza actividades de abogacía y orienta a las Seremis a ejecutar un plan de Abogacía hacia las autoridades, de forma directa, así como alianzas con entidades como la Asociación Chilena de Municipalidades y la Asociación de Municipalidades de Chile. También hay que considerar que el convenio abarca tres años, lo que reduce el riesgo de la no presentación de Planes de Promoción de la Salud de forma anual, realizando esta acción cada tres años.
- En caso de que los municipios no presenten planificaciones por falta de competencias técnicas de los equipos locales, las Seremis de Salud prestan asesoría técnica para la elaboración de las planificaciones.
- Si no se cuenta con un encargado de promoción de la salud con al menos 22 horas a la semana, las Seremis de Salud realizan abogacía con las autoridades locales para disponer de este recurso.
- Las Seremis de Salud realizan abogacía y acompañamiento técnico y financiero permanente, asesorando a las municipalidades para la elaboración de rendiciones financieras, así prevenir que los municipios no tengan los procesos administrativos cerrados con el Minsal. Si hay situaciones que están en riesgo, informan a la autoridad local y realizan nuevos procesos de abogacía para lograr cerrar los procesos administrativos.
- Cuando las municipalidades no cuentan con espacios públicos disponibles para ser intervenidos, la Seremi presta asesoría técnica para realizar modificaciones a la planificación, reemplazando la actividad que no puede ejecutarse por la falta de espacios públicos por otra u otras que permitan el cumplimiento del resultado esperado planificado
- Frente a escasas condiciones de transporte y seguridad que permitan a las personas asistir a las actividades de participación comunitaria y educación para la salud, el nivel central y desde la Seremi asesora a la municipalidad para la adaptación técnica de actividades (ej. modificando actividades planificadas inicialmente de manera presencial a formato on-line).
- La Seremi asesora a la municipalidad para potenciar el trabajo en participación comunitaria que permitan acceder a radios comunitarias, y difusión de información a través de líderes locales, cuando la comuna no cuenta con medios locales de comunicación asequibles para el programa.

Por último, debe agregarse lo analizado en el apartado de *Justificación y Análisis de la Estrategia del Programa* respecto a que el árbol del problema existente muestra solo una línea causal “exceso de entornos no saludables”, lo cual es insuficiente respecto de la propia metodología de marco lógico y poco consistente con los marcos teóricos en que se sustenta su diseño. No se da debida cuenta de la complejidad del problema “aumento de conductas no saludables...”, sobre todo si se utiliza el marco de los determinantes sociales en su análisis: causas estructurales (Políticas Públicas, Políticas Sociales, Discriminación de acuerdo a clases sociales, género y etnia, Valores culturales de la sociedad chilena, segmentación de acuerdo a ingresos económicos) y determinantes intermedios tales como las cohesión social, las condiciones materiales de vida y trabajo, estrés psicosocial, calidad de los servicios sanitarios, etc.). Todo lo anterior hace necesario que se revise este aspecto en el diseño.

En conclusión, el diseño del programa es validado, aborda el problema/necesidad central y las causas que le dan origen. No se identifican actividades prescindibles o posibles de sustituir por otros más eficaces, pero sí es necesario un ordenamiento y jerarquización de

las actividades, que permitan al programa dimensionar el peso de cada línea de acción respecto a las otras, y su coherencia con el objetivo a cumplir por el componente.

**B. Sistema de indicadores del programa (Lógica Horizontal)**

Teniendo en cuenta que el propósito es: *Mejorar el acceso de la población a la promoción de la salud a través de los planes trienales habilitando y optimizando entornos saludables*, el presente análisis considera los siguientes indicadores:

<b>INDICADOR</b>		<b>Dimensión</b>	<b>Ámbito de Control</b>	<b>Fórmula de calculo</b>	<b>Medio de Verificación</b>
1	Porcentaje de personas que acceden a entornos saludables (alimentarios y para la práctica de actividad física) habilitados u optimizados durante año t	Eficacia	Resultado final	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas que acceden al menos dos veces a la semana a entornos saludables habilitados u optimizados en año t}}{\text{N}^\circ \text{ total personas en año t}} * 100$	<b>Encuesta de entornos Saludables</b>
2	Porcentaje de personas que acceden a entornos alimentarios saludables habilitados u optimizados durante año t	Eficacia	Resultado final	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas que accede al menos dos veces a la semana a entornos alimentarios saludables habilitados u optimizados en año t}}{\text{N}^\circ \text{ total personas en año t}} * 100$	
3	Porcentaje de personas que acceden a entornos habilitados u optimizados para la práctica de actividad física durante año t	Eficacia	Resultado final	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas que accede al menos dos veces a la semana a entornos para la práctica de actividad física) habilitados u optimizados en año t}}{\text{N}^\circ \text{ total personas en año t}} * 100$	
4	Porcentaje anual de comunas que incorporan ambos ejes <sup>158</sup> en sus PTPS	Eficacia	Producto	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de comunas que incorporan ambos ejes en sus PTPS en año t}}{\text{N}^\circ \text{ total de comunas con PTPS en año t}} * 100$	<b>Monitoreo intermedio y anual de PTPS</b>
5	Porcentaje de PTPS con cumplimiento de metas mayor al 90% respecto del total de PTPS (Eficacia/ Producto)	Eficacia	Producto	$\frac{\text{N}^\circ \text{ PTPS con cumplimiento de cumplimientos técnico de metas mayor al 90\% en año t}}{\text{N}^\circ \text{ Total de PTPS Formulados en año t}} * 100$	
6	Porcentaje de población de las comunas con PTPS que ejecutan actividades en los 4 componentes respecto del total de población de comunas con PTPS	Eficacia	Proceso	$\frac{\text{Población de las comunas con PTPS que ejecuten actividades en los 4 componentes en el año t}}{\text{Total de Población de comunas con PTPS en año t}} * 100$	
7	Tasa de variación de entornos habilitados u optimizados	Eficacia	Proceso	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de entornos saludables habilitados u optimizados T1} - \text{N}^\circ \text{ de entornos saludables habilitados u optimizados T0 en año t}}{\text{N}^\circ \text{ de entornos habilitados u optimizados T0 -1 en año t}} * 100$	No es posible obtener el dato

<sup>158</sup> Actividad física y alimentación saludable

8	Porcentaje de personas que perciben positivamente la habilitación u optimización de los entornos	Calidad	Proceso	N° de personas que declaran opinión positiva respecto a los entornos habilitados u optimizados en el año t/ N° total de personas que declaran opinión en año t *100	Encuesta 2018 y reporte con fecha 31 de diciembre 2020
9	Porcentaje de ejecución presupuestaria del Programa	Eficiencia	Producto	Gasto devengado en año t/ Monto total del presupuesto inicial del Programa en año t *100	Registro de transferencias
10	Porcentaje de gasto de administración	Eficiencia	Producto	Gasto de administración del Programa en año t/ Gasto total del Programa en año t*100	

Si bien el conjunto de indicadores formulados es pertinente para medir el propósito del programa, así como las fórmulas de cálculo y, además incorpora diferentes dimensiones y ámbitos de control, el panel propone, al momento de elaborar el presente informe, la consideración de un indicador de economía: Recursos de otras entidades (ej. Municipios), calculado según: monto total de recursos municipales/ total del presupuesto.

En cuanto a los medios de verificación, la Encuesta de Entornos Saludables (indicadores 1, 2, 3 y 8) presenta dificultades para levantar los datos requeridos, tanto a nivel de representación de la información (fue aplicada a una submuestra de comunas) como metodología que considera (en 2018 cara a cara, y 2020 aplicación por Survey Monkey con limitaciones metodológicas<sup>159</sup>). Para los indicadores 4, 5 y 6 el medio de verificación resulta pertinente (monitoreo intermedio y anual), y lo mismo para los indicadores 9 y 10. El indicador 7 no cuenta con el registro de los datos necesarios.

En el análisis de los indicadores a nivel de los componentes, vale la pena señalar que, respecto a las metas, el programa las ha definido para el trienio:

**Trienio 2016-2018:** 1. 70% de cumplimiento a noviembre de cada año de las actividades anuales planificadas; 2. Al menos un compromiso edilicio anual formalizado (por ejemplo cartas compromiso, dictación de regulación local, formalización de equipo gestor y/o comité intersectorial por decreto alcaldicio, entre otros); 3. Cumplimiento de, al menos, una acción anual tendiente a la formulación de una regulación local (ordenanza, reglamento o decreto) que promueva la creación de entornos que favorezcan una vida saludable, para su dictación a más tardar el año 2018; 4. Cumplimiento de, al menos, una acción anual de participación comunitaria (Escuelas de gestores sociales o diálogos ciudadanos) en el marco de las prioridades que establezca el Ministerio de Salud para el respectivo año, las que serán informadas durante el primer trimestre de cada año mediante Oficio; 5. Contar con planificación operativa del año siguiente aprobada por SEREMI

**Trienio 2019-2021:** 1. Al menos el 30% de cumplimiento de las actividades proyectadas del primer año a diciembre de 2019, 70% de cumplimiento de las actividades programadas del segundo año a diciembre de 2020 y 90% de cumplimiento de las actividades planeadas del tercer año a diciembre de 2021; 2. Cumplir con el registro de la ejecución del Plan Trienal en el sistema MIDAS; 3. Aplicación anual de la Encuesta de Entornos y Hábitos Saludables; 4. Realizar evaluación anual de resultados esperados en base a la aplicación de instrumentos estipulados en el Plan que permitan dimensionar el avance en el cumplimiento de indicadores planteados en el Plan.

El panel valida las metas propuestas, dado que su formulación es coherente con los objetivos de medición planteados por el programa.

Para el componente 1, Regulaciones municipales sobre entornos saludables implementadas, se han definido los siguientes indicadores:

<b>INDICADOR</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Ámbito de Control</b>	<b>Fórmula de calculo</b>	<b>Medio de Verificación</b>
------------------	------------------	--------------------------	---------------------------	------------------------------

<sup>159</sup> Señalado por el programa en el documento "Anexo1"



1	Porcentaje de comunas que vinculan los PTPS con sus instrumentos de planificación local (PLADECO, PADEM, Planos reguladores, etc.	Eficacia	Producto	N° de comunas que vinculan los PTPS con sus instrumentos de planificación local en año t / N° total de comunas con PTPS en año t *100	<b>Auto reporte comunal</b>
2	Porcentaje de comunas con regulaciones municipales saludables publicadas	Eficacia	Producto	N.º de comunas con regulaciones municipales saludables publicadas en año t / N° total de comunas con PTPS en año t *100	
3	Proporción de gasto de producción destinada al componente 1	Eficiencia	Producto	Monto (\$) del gasto destinado a Componente 2 en año t / Monto (\$) total del gasto en año t	Registro de transferencias

Los tres indicadores para medir este componente son pertinentes, sin embargo, también se requieren indicadores de calidad como: Grado de satisfacción con las ordenanzas impulsadas por el programa, así como, de economía (ej. Ejecución presupuestaria). En cuanto a las fórmulas de cálculo y medios de verificación no hay observaciones.

Para el componente 2, Habilitación y optimización de espacios públicos para la vida saludable, se han definido los siguientes indicadores:

<b>INDICADOR</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Ámbito de Control</b>	<b>Fórmula de calculo</b>	<b>Medio de Verificación</b>	
1	Porcentaje de comunas que instala infraestructura en espacios públicos para la actividad física y alimentación saludable respecto del total de comunas con PTPS	Eficacia	Producto	N.º de comunas que instala infraestructura en espacios públicos para la actividad física y alimentación saludable en año t / N.º total de comunas con PTPS en año t *100	<b>Auto reporte comunal</b>
2	Porcentaje de espacios habilitados respecto del total de espacios de las comunas y que cuenta con PTPS durante al año t	Eficacia	Resultado Intermedio	N.º total de espacios habilitados en las comunas en año t / N.º total de espacios de las comunas que cuentan con PTPS en año t *100	
3	Proporción de espacios saludables habilitados en comunas con PTPS respecto a los espacios planificados	Eficiencia	Proceso	N.º de espacios saludables habilitados en año t / N.º de espacios planificados en año t	
4	Proporción de espacios saludables optimizados en comunas con PTPS respecto a los espacios planificados	Eficiencia	Proceso	N.º de espacios saludables optimizados en año t / N.º de espacios planificados en año t	
5	Proporción de gasto de producción destinada al componente 2	Eficiencia	Producto	Monto (\$) del gasto destinado a Componente 2 en año t / Monto (\$) total del gasto en año t	Registro de transferencias

Los cinco indicadores para medir este componente son pertinentes, sin embargo, también se requieren indicadores de calidad como: Grado de satisfacción con espacios habilitados y optimizados por el programa, así como, de economía (ej. Ejecución presupuestaria). En cuanto a las fórmulas de cálculo y medios de verificación no hay observaciones.

Para el componente 3, Participación Comunitaria para el Empoderamiento, se han definido los siguientes indicadores:

<b>INDICADOR</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Ámbito de Control</b>	<b>Fórmula de calculo</b>	<b>Medio de Verificación</b>
------------------	------------------	--------------------------	---------------------------	------------------------------

1	Porcentaje de comunas con mecanismos de participación desarrollados para la vida Saludable	Eficacia	Producto	N.º de comunas que desarrollan mecanismo de Participación sobre vida saludable en año t / N.º total de comunas con Planes trienales en año t *100	<b>Auto reporte comunal</b>
2	Proporción de gasto de producción destinada al componente 3	Eficiencia	Producto	Monto (\$) del gasto destinado a Componente 2 en año t / Monto (\$) total del gasto en año t	Registro de transferencias

Los dos indicadores para medir este componente son pertinentes, sin embargo, también se requieren indicadores de calidad como: Grado de satisfacción con los mecanismos de participación desarrollados por el programa, así como, de economía (ej. Ejecución presupuestaria). Por otra parte, en vista de la centralidad que tiene este componente para el logro del objetivo general del programa, resulta relevante conocer mediciones respecto al proceso y resultado, tales como grado de participación en Cabildos ciudadanos, Diálogos locales relacionados con la promoción de la vida saludable, Consultas ciudadanas en materias de espacio público, Presupuestos participativos u otros. En cuanto a las fórmulas de cálculo y medios de verificación no hay observaciones.

Para el componente 4, Difusión y comunicación social, se han definido los siguientes indicadores:

<b>INDICADOR</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Ámbito de Control</b>	<b>Fórmula de calculo</b>	<b>Medio de Verificación</b>	
1	Porcentaje de comunas con PTPS que desarrollan acciones de difusión y comunicación	Eficacia	Producto	N.º de comunas que desarrollan acciones de difusión y comunicación en año t / N.º total de comunas con Planes trienales en año t *100	<b>Auto reporte comunal</b>
2	Porcentaje de Actividades de Educación para la salud ejecutadas en el PTPS	Eficacia	Producto	Nº de Actividades de Educación para la salud ejecutadas en año t / Nº Total de Actividades ejecutadas en el año en las comunas que tienen PTPS en año t * 100	
3	Proporción de gasto de producción destinada al componente 4	Eficiencia	Producto	Monto (\$) del gasto destinado a Componente 2 en año t / Monto (\$) total del gasto en año t	Registro de transferencias

Los tres indicadores para medir este componente son pertinentes, sin embargo, también se requieren indicadores de calidad como: Grado de satisfacción con las acciones de difusión y mecanismos de participación desarrollados por el programa, así como, de economía (ej. Ejecución presupuestaria). Por otra parte, en vista de la centralidad que tiene este componente para el logro del objetivo general del programa, resulta relevante conocer mediciones respecto al proceso y resultado, tales como grado de conocimiento sobre temas relacionados con la promoción de salud o vida saludables, utilización de medios de información sobre estos temas, etc.

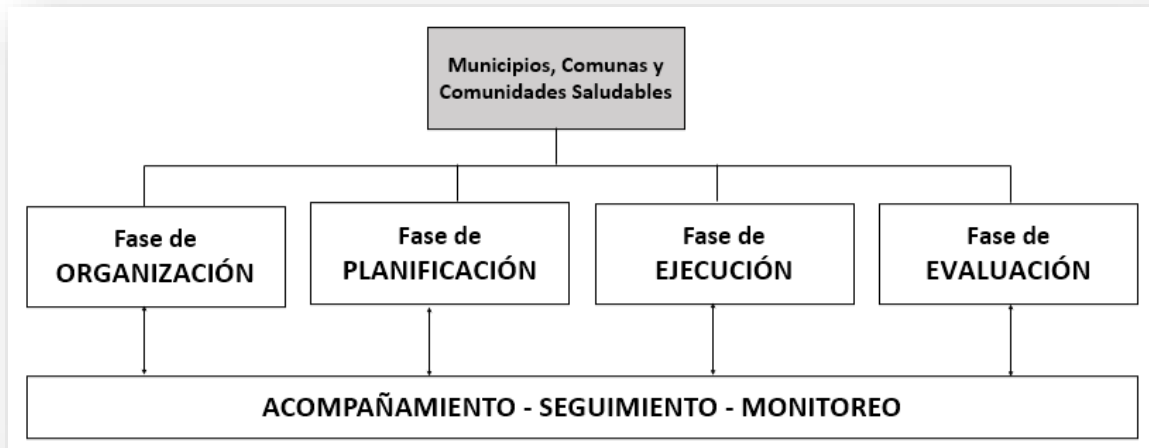
### **Anexo 3: Procesos de Producción y Organización y Gestión del Programa**

#### **A. Proceso de producción de cada uno de los bienes y/o servicios (componentes) que entrega el programa**

Tal como se indica en la sección de Implementación de este documento, el Programa lleva a cabo su estrategia de intervención a través de la elaboración de planes trienales de promoción de la salud (PTPS). Como se ha indicado, esta estrategia se implementa en 4 etapas principales: organización, planificación, ejecución y evaluación. En este apartado, se profundiza en las actividades y tareas asociadas a cada una de estas fases.

La implementación global del Programa se puede sistematizar en cuatro fases secuenciales con un proceso de seguimiento y evaluación transversal a todas las fases.

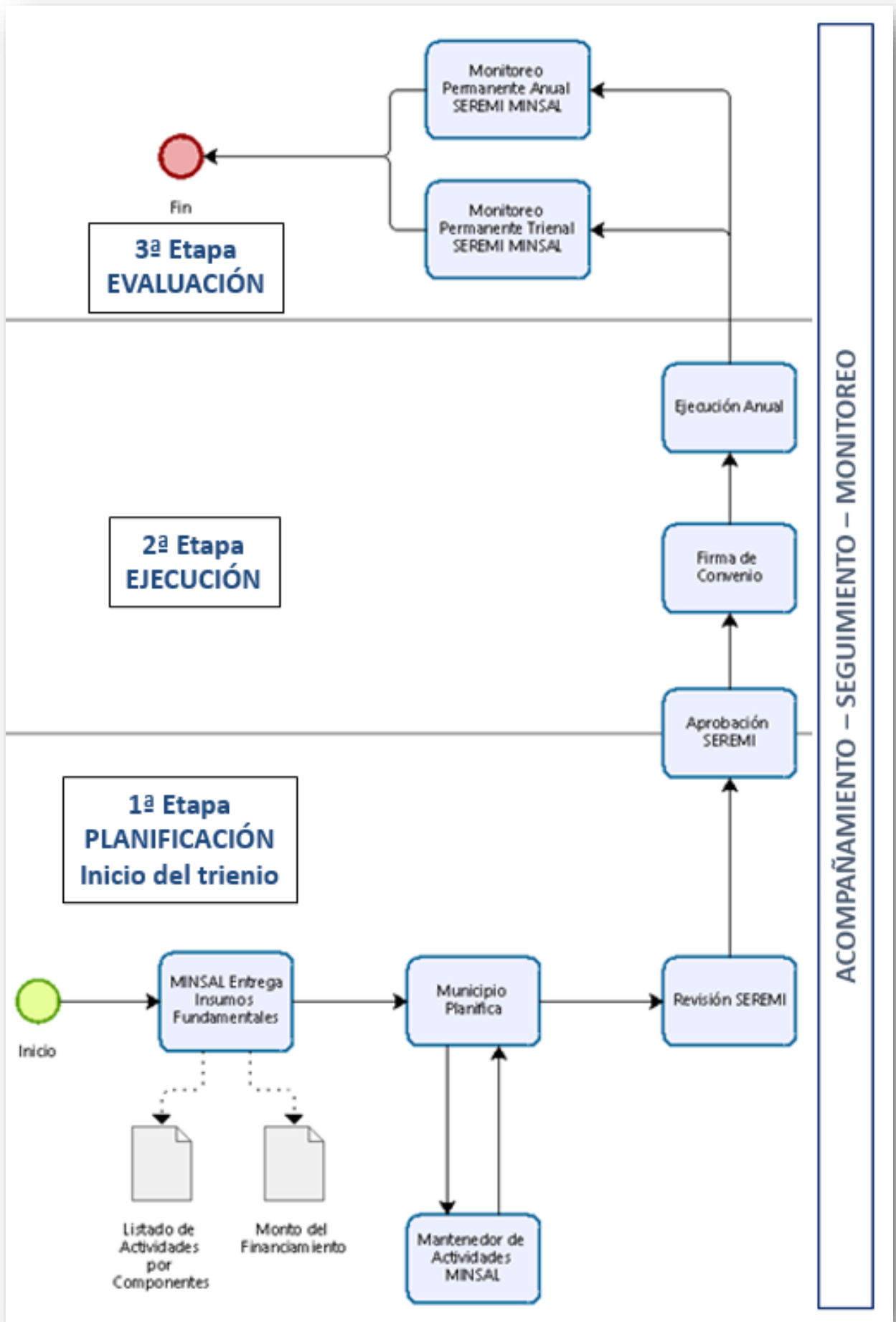
**Figura 11 - Fases de implementación**



Fuente: Elaboración Propia

A continuación, se muestra el flujograma de gestión general del programa.

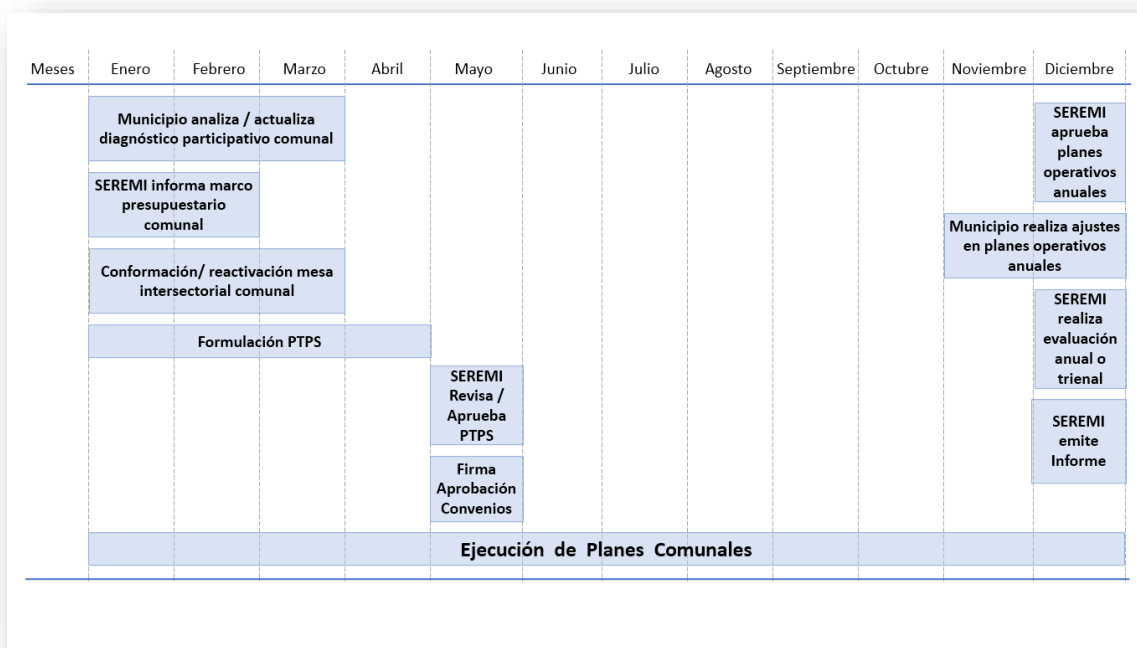
Figura 12 - Flujoograma gestión general del Programa



Fuente: Elaboración Propia

A continuación, se muestra un cronograma general de las actividades y fases principales del Programa.

**Figura 13 - Cronograma general del Programa<sup>160</sup>**



Fuente: Elaboración Propia

A continuación, se detallan tiempos y actividades para cada fase del PTPS:

**Cuadro 55 - Cronograma detallado de las fases del PTPS**

FASE DE ORGANIZACIÓN		
ACTIVIDAD	FECHA LÍMITE	NIVEL RESPONSABLE
Actualizar instructivos y guías de MCCS.	Enero a diciembre	Central
Elaboración de Plan Regional de Acompañamiento.	Marzo a diciembre	Regional
Transferencia técnica y difusión de orientaciones técnicas a equipos comunales.	Febrero a marzo	Regional
Reactivación o conformación y formalización de equipo gestor.	Enero a marzo	Comunal
Conformación y formalización de comité intersectorial regional y comunal.	Enero a marzo	Regional y Comunal
Envío de marcos presupuestarios regionales a Seremis.	Enero	Central
Negociación y cálculo de índice comunal del nivel regional con el nivel central.	25 Enero al 15 de febrero	Regional-Central
Informar a las comunas y nivel central los marcos presupuestarios comunales mediante Ordinario.	Hasta el 19 de febrero	Regional
Elaboración de Diagnósticos Integrales de Calidad de Vida y Salud.	Enero a marzo	Comunal
Análisis de Diagnósticos y priorización de Problemas.	Enero a marzo	Comunal
Abogacía <sup>1</sup> de Seremi de Salud con autoridades regionales, provinciales y comunales.	Enero a diciembre	Regional
Jornadas de trabajo con los equipos técnicos comunales y acompañamiento en los procesos.	Enero a diciembre	Regional
Constitución de Comisión Técnica de Promoción de la Salud.	Enero a marzo	Regional
Distribución de remanentes de acuerdo a índice Comunal.	Enero a abril	Regional
Realización de hito comunicacional de firma de convenio.	Marzo a mayo	Regional Comunal

<sup>160</sup> Este cronograma es válido solo para el primer año del trienio.

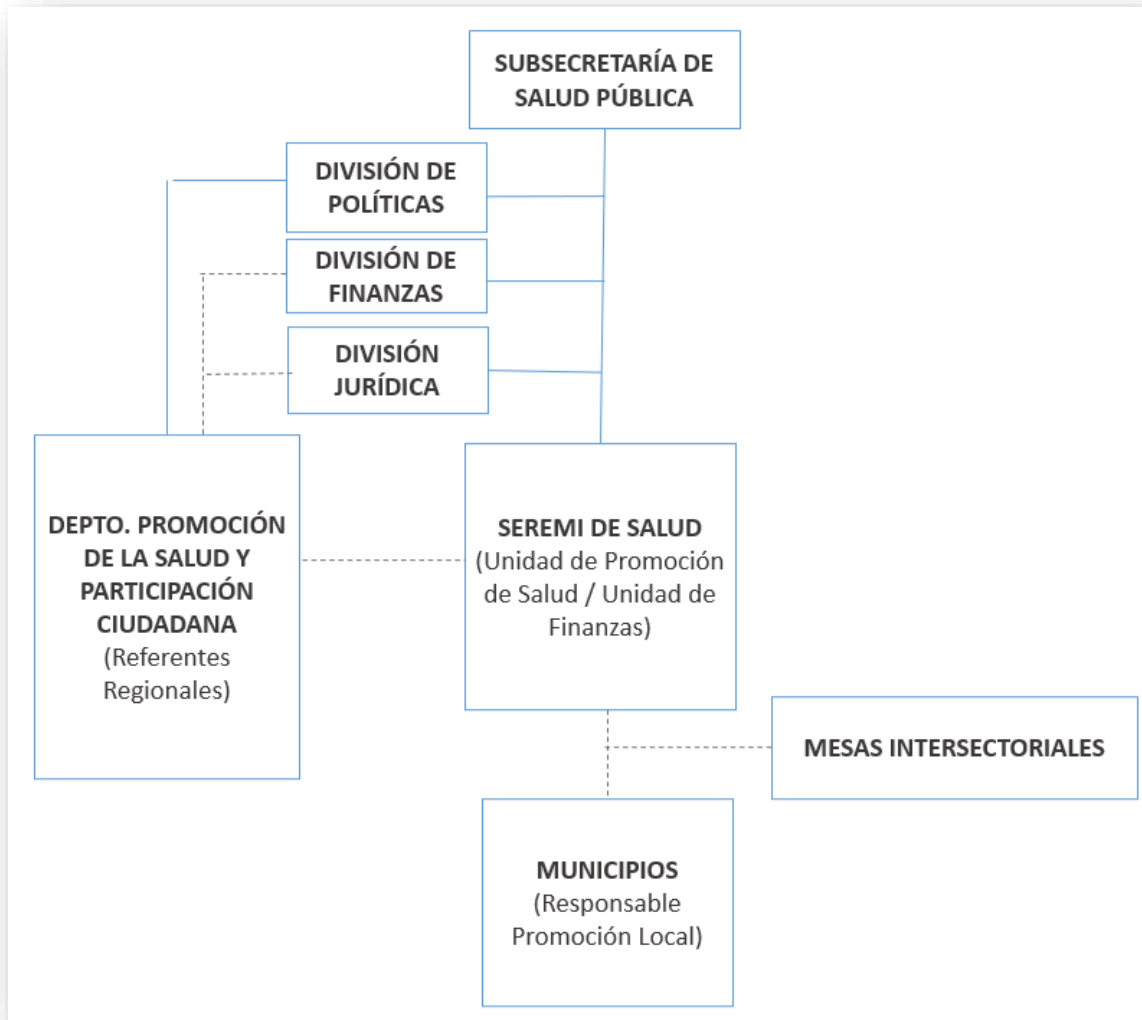
FASE DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA		
Elaboración de planes Trienales para MCCS.	Enero al 30 de abril	Comunal
Elaboración de plan Operativo.	Enero al 30 de abril	Comunal
Proceso de Evaluación de Planes Trienales.	30 abril al 20 de mayo	Regional
Presentación a Sr./Sra. Seremi de salud de resultados evaluación y aprobación de los Planes Trienales.	Mayo	Regional
Presentación a Sr./Sra. Seremi de salud de resultados evaluación anual de los planes Trienales.	Diciembre	Regional
Seremi de Salud informa resultados de evaluación de Planes Trienales justo al nivel central y comunal.	30 mayo	Regional
FASE DE EJECUCIÓN		
Gestión de firma de convenios de comunas con Planes Trienales aprobados.	Hasta 30 mayo	Regional Comunal
Aprobación de Convenio mediante Resolución de la Seremi de Salud.	Hasta 30 mayo	Regional
Aprobación de presupuestos desde la Subsecretaría de Salud Pública y Transferencia de recursos.	Junio y Enero a febrero	Central
Envío de certificado de ingreso de fondos desde el nivel comunal al regional.	Máximo un mes después de realizada la transferencia de recursos	Comunal
Envío de certificados de ingreso de fondos municipales desde el nivel regional al central.	Máximo un mes después de realizada la transferencia de recursos	Regional
Ejecución de los Planes Trienales de promoción de la Salud.	Permanente	Comunal
Envío mensual de rendición de cuentas a Seremi.	Permanente	Comunal
Monitoreo de la ejecución técnica y financiera.	Permanente	Regional Comunal
FASE DE EVALUACIÓN		
Ajustes a planificación estratégica y plan operativo año siguiente.	Noviembre a diciembre	Comunal
Evaluación técnico-financiera del Plan operativo anual.	Diciembre	Regional Comunal
Sistematización y evaluación del proceso y resultados.	Enero	Central Regional
Aprobar Planes operativos de las comunas en el marco de cada Plan Trienal de promoción de la Salud.	Diciembre	Regional
Cierre técnico-financiero del PCPS y Resolución de Cierre.	Hasta 31 de enero	Regional y Comunal

Fuente: Programa <sup>161</sup>

<sup>161</sup> OOTT 2016-18.

A continuación, se muestra la identificación de actores públicos involucrados en la gestión del Programa.

**Figura 14 - Organigrama de actores públicos según nivel de administración**



Fuente: Elaboración propia.

**Nivel Central (Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud):**

- **Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana:**  
El Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana corresponde al equipo coordinador de PTPS. Mediante su función de acompañamiento técnico y apoyo, es responsable de la conducción de acciones para la ejecución de los Planes que deben llevar a cabo las Comunas y las SEREMI.
- **División Jurídica:**  
Presta asesoría jurídica a los Departamentos de la Subsecretaria, cada vez que sea requerida para ello, evacuando los informes pertinentes e informando las recomendaciones o cursos de acción a seguir. El Departamento de Asesoría Jurídica es, por su natural apego a la ley y por ser la unidad encargada de su aplicación en el Ministerio de Salud, quien colecciona, sistematiza y mantiene actualizados los diferentes cuerpos legales y reglamentarios que estructuran, definen y fijan los límites del quehacer de salud.
- **Departamento de Finanzas y Presupuesto:**  
Administrar el sistema financiero- contable de la Subsecretaria, a través de la planificación, ejecución, registro y control del presupuesto asignado al servicio. Gestionar y optimizar la ejecución de los recursos humanos, financieros y materiales de la Subsecretaria, asesorando al Jefe de Servicio en la aplicación de normativa y políticas globales e integrales de estos sistemas.

**Nivel Regional (Secretarías Regionales (SEREMI). Ministerio de Salud):**

- **Unidad de Promoción de la salud:**  
La función principal es Implementar las orientaciones técnicas emanadas desde el Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana del Ministerio de Salud, considerando las diferentes realidades de la región, a través del desarrollo de la Gestión Local, la Participación Social y la Coordinación Intersectorial.
- **Unidad de Administración y Finanzas:** Proveer a todas las áreas de la SEREMI de los bienes y servicios, recursos humanos y físicos, soportes informáticos y financieros necesarios para su funcionamiento, de acuerdo con los presupuestos aprobados, los programas de compras y los programas de mantención de la infraestructura física y su equipamiento. Todo esto de acuerdo con las normas y procedimientos vigentes.
- **Mesas Intersectoriales:** mesas de trabajo con otras instituciones o dependencias municipales, que permiten iniciar un trabajo en red para la ejecución e las actividades/tareas de los PTPS. La premisa es que la mejor forma de resolver los problemas de la comunidad es entendiendo que estos nunca son solamente un problema de salud, o de educación o de falta de espacios públicos, por lo que las soluciones son mejores donde todos los miembros tienen la misma importancia.

**Nivel Comunal:**

- **Municipio:** es ejecutor del programa a nivel local, para lo que cuenta, a lo menos, con un encargado/a de Promoción de la Salud (con jornada mínima de 22 horas semanales de trabajo).

Las funciones, actividades y tareas principales para cada nivel de gestión se detallan a continuación:

**Cuadro 56 - Funciones, actividades y tareas principales para niveles Central y Regional**

FUNCIÓN	ACTIVIDAD	NIVEL RESPONSABLE
<b>ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA</b>	Solicitar información anual respecto al marco presupuestario nacional para planes, a la unidad de Presupuesto MINSAL.	Central
	Asignar presupuesto regional para PTPS, que consiste en la distribución de recursos a las regiones en base a criterios históricos, considerado como su marco regional.	Central
	Informar a las regiones sus respectivos presupuestos para planes, vía oficio	Central
	Elaborar y/o actualizar modelo de distribución de recursos (índice comunal) que implica determinar los indicadores que recomienda el nivel central y elaborar el instrumento para su cálculo automatizado (Planilla IC) e informar a Seremis de Salud.	Central
	Elaborar propuesta de indicadores y ponderaciones a utilizar en la planilla de cálculo regional del índice comunal	Regional
	Revisar y aprobar propuesta regional de indicadores y ponderaciones para la construcción del índice comunal de cada región.	Central
	Realizar revisiones a la planilla y cálculos del índice comunal entre referentes	Central-Regional
	Calcular distribución (preasignación de recursos) según índice comunal utilizando planilla de cálculo automatizada.	Regional
	Informar presupuesto preasignado a Municipalidades e invitar a participar del nuevo trienio e informar a Nivel central.	Regional
	Registrar asignación de presupuesto ya sea en documentos que se envían por conducto regular como en sistemas de información (SIGFE)	Central-Regional
Redistribuir remanentes de acuerdo a Orientaciones Técnicas e informar a Seremis de Salud.	Central	



<b>DISEÑO, ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE LOS PTPS</b>	Evaluar diseño de trienio anterior para actualizar o generar nuevas orientaciones. Se evalúan, los marcos conceptuales, evidencia científica disponible, la oferta de actividades, el modelo de gestión, entre otros.	Central
	Generar actualizaciones a Orientaciones, instructivos y guías de PTPS-MCCS y presentar propuestas a la Autoridad <sup>162</sup> .	Central
	Solicitar revisión y pronunciamiento jurídico a modificaciones en OOTT, consensuar flujos financieros con área finanzas MINSAL	Central
	Difundir Orientaciones técnicas, instructivos y guías de PTPS-MCCS	Central
	Transferir competencias técnicas a las SEREMI de Salud en orientaciones técnicas, metodologías e instrumentos como diagnósticos integrales, planificación estratégica, instrumentos como encuesta de entornos, EPOCH, Spider (Participación), entre otros y plataforma de acompañamiento y gestión en promoción de la Salud MIDAS.	Central
	Realizar transferencia técnica y difusión de orientaciones técnicas a equipos comunales.	Regional
	Elaborar el Plan Regional de Acompañamiento.	Regional
	Supervisar la reactivación o conformación y formalización de equipos gestores e intersectoriales en las comunas	Regional
	Asesorar en la elaboración de Diagnósticos Integrales de Calidad de Vida y Salud	Regional
	Asesorar a las comunas en el análisis de Diagnósticos y priorización de Problemas.	Regional
	Realizar abogacía de Seremi de Salud y equipo de promoción de la salud con autoridades regionales, provinciales y comunales.	Regional
	Realizar Jornadas de trabajo con los equipos técnicos comunales y acompañamiento en los procesos.	Regional
	Realizar Jornadas de trabajo con los equipos técnicos regionales y acompañamiento en los procesos <sup>163</sup> .	Central
	Constitución de Comisión Técnica de Promoción de la Salud.	Regional
	Asesorar y acompañar a equipos comunales en la elaboración de Planes Trienales para MCCS, transfiriendo competencias técnicas en planificación estratégica, marco lógico y plataforma MIDAS	Regional
	Asesorar a equipos regionales en la implementación de las Orientaciones para la elaboración de Planes Trienales para MCCS y uso de plataforma MIDAS.	Central
	Llevar a cabo proceso de validación de PTPS que consiste en una evaluación de formulación de Planes Trienales. Se revisan antecedentes de condiciones comunales, y se evalúa la calidad global del plan en base a pautas, considerando evaluación de la matriz de marco lógico como las actividades diseñadas para cada resultado esperado planificado. Además, las Seremis de Salud revisan en profundidad la formulación de cada una de las actividades a nivel técnico como financiero. Culmina con la validación del PTPS por la Seremi de Salud	Regional-Central
	Presentación a Sr./Sra. Seremi de salud de resultados de la validación de PTPS	Regional
	Informar resultados de validación de Planes Trienales a comunas y Nivel Central.	Regional

<sup>162</sup> Se lleva a cabo en base a la evidencia científica disponible, las definiciones estratégicas de los objetivos sanitarios y prioridades de gobierno, aportes de los equipos regionales, evaluaciones, en coordinación con profesionales asesores de las temáticas de Alimentación Saludable, Actividad Física, Salud Mental, Vida libre de humo de tabaco, Atención Primaria de Salud y Ciclo Vital.

<sup>163</sup> Generando alianzas sectoriales e intersectoriales nacionales para facilitar el encuentro y diálogo entre actores regionales y así propiciar la generación de espacios adecuados para compartir liderazgos, recursos, líneas estratégicas, oportunidades y realizar una planificación conjunta.

	Evaluar funcionamiento de Plataforma MIDAS en la elaboración de los PTPS y solicitar los soportes informáticos cuando corresponda.	Central
	Licitación para el diseño y ejecución de plataforma MIDAS	Central
<b>ASESORAR Y ACOMPAÑAR TÉCNICAMENTE EN LA EJECUCIÓN DE LOS PTPS</b>	Elaborar y gestionar firma de convenios de comunas con Planes Trienales aprobados.	Regional
	Aprobar Convenio mediante Resolución de la Seremi de Salud.	Regional
	Realizar hito comunicacional de firma de convenio.	Regional
	Supervisar el envío de certificado de ingreso de fondos desde el nivel comunal al regional.	Regional
	Asesorar para la implementación de las actividades planificadas en las comunas. Se entregan recomendaciones para la compra de bienes y servicios, o para la ejecución misma de las acciones planificadas. Además, tanto de nivel central como regional se apoya a las comunas (en visitas a terreno o telemáticamente) en la construcción de alianzas intersectoriales.	Regional-Central
	Asesorar en el diseño de estrategias locales para posicionar políticas locales de Promoción de la Salud en la Agenda Pública Local (PLADECO, PADEM, Regulaciones locales, entre otras).	Regional-Central
	Facilitar el trabajo colaborativo y la transferencia de conocimientos entre equipos comunales, regionales e inter-regionales, favoreciendo la creación de redes de trabajo.	Regional-Central
	Revisar rendiciones mensuales de cuentas de las comunas enviadas a la SEREMI, pudiendo aprobar, rechazar o generar observaciones. También solicita las rendiciones y verificadores cuando éstos no han sido remitidos oportunamente a las SEREMI.	Regional
	Efectuar abogacía con autoridades locales para generar estructuras saludables (comités intersectoriales, equipos gestores) y políticas y regulaciones saludables.	Regional
	Evaluar capacidades y necesidades técnicas de los equipos locales y del intersector	Regional
	Fortalecer competencias de los equipos locales y del intersector.	Regional
	Evaluar la ejecución y los efectos en la puesta en marcha de la planificación estratégica.	Central
	Diseñar e implementar mejoras evolutivas y nuevos desarrollos a la Plataforma MIDAS. Se elaboran términos de referencia para las gestiones de compras de servicios, se supervisan dichos trabajos y se realiza la validación de los desarrollos (manuales y pruebas).	Central
	Levantar información para la georreferenciación de entornos	Central
	Desarrollar material de difusión sobre recomendaciones de alimentación saludable y actividad física	Central
	Desarrollar o actualizar recomendaciones para la construcción de entornos saludables considerando temáticas ambientales	Central
	Desarrollar orientaciones, instructivos y manuales en base a necesidades emergentes por ejemplo catástrofes.	Central
	Evaluar buenas prácticas regionales e informar a nivel central para posible distribución de remanentes	Regional
	Realizar análisis de situación de buenas prácticas, elaboración de propuestas para la autoridad y comunicar distribución de remanentes a regiones.	Central
	Solicitar transferencia de remanentes	Regional

	Asesorar en la realización de ajustes al plan de acuerdo a necesidades locales: en caso de ser necesario, se deben realizar ajustes al plan original de manera consensuada entre la Municipalidad y la SEREMI de Salud, con el propósito de mitigar riesgos de incumplimiento por dificultades o amenazas locales, tales como emergencias, catástrofes, conflictos sociales, falta de proveedores, entre otras.	Regional
<b>TRANSFERENCIA DE FONDOS</b>	Solicitar de transferencia de recursos: Las Unidades de Promoción de la Salud de las SEREMIS de salud envían la solicitud de transferencia de recursos a la Subsecretaría de Salud Pública, para remesar los fondos a las comunas para la ejecución de los PTPS (a través de Ordinario). Para esto han revisado que las comunas cuenten con el cierre del año anterior y rendiciones financieras al día siempre y cuando no se haya puesto término al convenio.	Regional
	Recibir y analizar las solicitudes de transferencia de recursos, para esto se verifica que tanto la solicitud como la región, cumplan con los requisitos acordados en el convenio para realizar el traspaso de fondos.	Central
	Registrar la solicitud (en los casos de cumplimiento de los requisitos) y enviar memorándum de solicitud de transferencia al Dpto. de Finanzas y Presupuesto Interno, para que realice la remesa.	
	Informar a las regiones las situaciones de no cumplimiento de los requisitos para realizar las transferencias y se instruye a la SEREMI cómo corregir las observaciones.	Central
	Realizar análisis presupuestario, en éste la Unidad de Presupuesto registra el ingreso de la solicitud de transferencia para dar inicio al procedimiento de remesa de fondos en el Departamento de Finanzas y Presupuesto Interna y da aviso del hecho al Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana, y a los encargados regionales, para que estén al tanto de que la solicitud está siendo tramitada.	Central
	Llevar el registro contable. La Unidad de Contabilidad registra estos movimientos, para fines de disponer de información consistente sobre la liquidez de la región.	Central-Regional
	Transferir recursos a SEREMI. Se realiza la transferencia bancaria de fondos a las cuentas de cada Secretaría Regional Ministerial de Salud.	Central
	Comunicar de la remesa de fondos al encargado regional de tesorería mediante correo electrónico.	Central
	Transferir recursos a las comunas que cumplen requisitos. Se realiza la transferencia bancaria de fondos a las cuentas de cada Municipalidad que cumple los requisitos.	Regional
	Comunicar de la remesa de fondos al encargado comunal.	Regional
	Realizar transferencia de remanentes.	Regional-Central
<b>MONITOREO Y EVALUACIÓN</b>	Supervisar en terreno del estado ejecución planes. Municipio informa a Unidad de promoción de la salud de la SEREMI, el estado de ejecución de sus planes y la SEREMI verifica en terreno y/o telemáticamente que se hayan efectuado las actividades.	Regional-Central
	Registrar la información del monitoreo. Se registran los informes de monitoreo intermedio y de seguimiento y evaluación regional, aportado por las regiones.	Regional Central
	Revisar rendición de fondos. Unidad de promoción de la salud de la SEREMI revisa que las rendiciones estén acorde a la ejecución de los planes. Si esto es correcto elabora le informe de monitoreo intermedio y si no lo está informa al municipio del rechazo y las observaciones.	Regional

Elaborar informe monitoreo intermedio e informe de cierre anual. Elaborar informe con información relevante del período.	Regional. Central
Elaborar informes y minutas que sean solicitados por la autoridad, por ejemplo, en fechas clave o hitos comunicacionales, también para la comisión especial mixta de presupuesto, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, DIPRES u intersector, para solicitudes de transparencia, para las intendencias regionales en el caso de las SEREMI, entre otros.	Regional- Central
Sistematización y evaluación de resultados. La información que aportan las SEREMI al Dpto. permite determinar el estado de desarrollo en que se encuentran los planes. El estado de desarrollo de los planes es documentado, lo que se traduce en informes. Al término del año se evalúan los resultados obtenidos durante el ejercicio de planes.	Central
Evaluación anual de PTPS. Al término del año se evalúan los resultados obtenidos durante el ejercicio de planes.	Central- Regional
Evaluar el cumplimiento de metas establecidas en los convenios. En caso de incumplimiento la SEREMI de Salud puede poner término a los convenios para lo que se genera una Resolución Exenta. Además, la SEREMI debe solicitar la devolución de los saldos no ejecutados o rechazados.	Regional
Elaborar informe final anual de actividades y gastos	Regional
Elaborar Cierre técnico-financiero trienal y Resolución de Cierre.	Regional
Monitorear la ejecución técnica y financiera, en terreno o de forma telemática	Regional
Asesorar a las comunas para efectuar ajustes a planificación y validar modificaciones al Plan	Regional
Cierre técnico-financiero del Plan operativo anual.	Regional Comunal
Realizar sistematización y evaluación del proceso y resultados.	Central
Diseñar y validar instrumentos de evaluación y su metodología o actualizar en caso necesario, por ejemplo, Encuesta de Entornos, App móvil para su aplicación. Considera la gestión de compra de servicios, supervisión y validación del trabajo, transferencia técnica al equipo de nivel central y generación de manuales y guías.	Central
Transferencia técnica de metodologías e instrumentos de evaluación a referentes técnicos regionales y comunales.	Central
Diseñar e implementar mejoras evolutivas y nuevos desarrollos a la Plataforma MIDAS relacionadas con la evaluación. Se elaboran términos de referencia para las gestiones de compras de servicios, se supervisan dichos trabajos y se realiza la validación de los desarrollos (manuales y pruebas)	Central
Poner término anticipado a convenios en caso de incumplimiento según lo establecido en éstos, emitir resolución exenta e informar a nivel central.	Regional

Fuente: Programa.

A continuación, se detallan las funciones y tareas del nivel comunal:

- Ejecutar el PTPS, incorporado en la planificación contemplada en el módulo de promoción de la salud del sistema MIDAS<sup>164</sup>.
- Disponer de al menos 22 horas semanales efectivas de un funcionario/a encargado de Promoción de la Salud que serán de costo de la Municipalidad, y de las horas de recurso

<sup>164</sup> Dicho instrumento digital será considerado el único medio oficial para la planificación, ejecución, seguimiento, evaluación y comunicación del PTPS.

humano necesario para las funciones de finanzas que apoyen en los procesos y faciliten el cumplimiento de las actividades<sup>165</sup>.

- Iniciar las gestiones preparatorias para comenzar la ejecución del PTPS, a más tardar dentro de los 15 días hábiles, contados desde el traspaso de los recursos.
- Emitir un comprobante de ingreso de los fondos recibidos por parte de la SEREMI dentro de los diez días hábiles siguientes a su recepción.
- Ingresar dichos recursos al presupuesto de la Municipalidad.
- Rendir cuenta mensualmente a la SEREMI, sobre el uso y destino de los recursos recibidos<sup>166, 167</sup>.
- Realizar reintegros de recursos financieros de acuerdo con las OOTT<sup>168</sup>.
- Conservar la documentación constitutiva de las rendiciones de cuentas en la forma y lugar señalados por la Contraloría General de la República y demás normas vigentes.
- Incorporar el logo del Ministerio de Salud en todas las actividades y productos relacionados con el Programa.
- Mantener disponible un registro con la documentación técnica que se genere a propósito de la implementación del PTPS.
- Presentar un Informe Final de Actividades y Gastos anual, dentro de los diez días hábiles siguientes al plazo de que dispone la Municipalidad para realizar las actividades. El Informe deberá detallar el uso y destino de los recursos recibidos y el grado de cumplimiento de los objetivos y actividades.

Los/as participantes entrevistados/as, en el marco del estudio complementario realizado, resaltan el sentido de la intervención en términos de aporte complementario con el intersector (salud y principalmente deporte) que beneficia a toda la comunidad, aportando particularmente al fomento de la actividad física y la alimentación saludable. La existencia de comités intersectoriales y su cooperación para el desarrollo de las actividades se reconoce como una fortaleza.

A juicio del panel, hay una clara definición/asignación de funciones en todos los niveles involucrados. El Programa cuenta con adecuada documentación que describe claramente las etapas, actividades y productos: Orientaciones Técnicas (OOTT), Manuales para el desarrollo técnico de las actividades, Resoluciones que aprueban anualmente la ejecución del Programa.

La fase que da nombre al Programa es la de planificación. A continuación, se visualizan los procesos de esta fase.

---

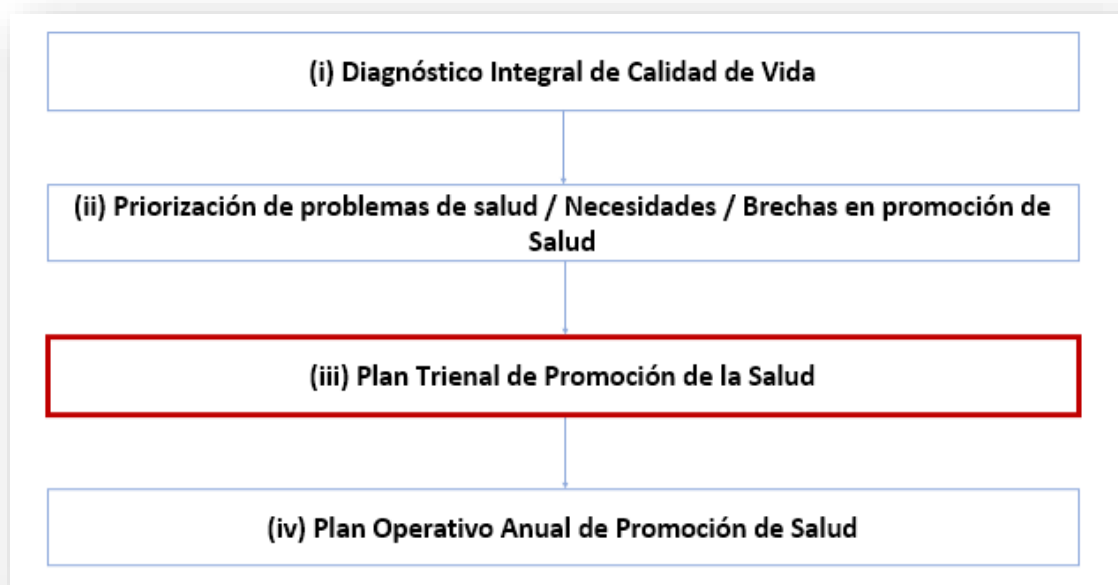
<sup>165</sup> No son de dedicación exclusiva para el programa, dada la función estratégica que tiene el funcionario encargado de Promoción de la Salud para relevar la función municipal en calidad de vida y desarrollo, la Municipalidad deberá tomar las medidas necesarias que resguarden la función local de Promoción de la Salud, facilitando la continuidad funcionaria, y capacitación dictada por el Ministerio de Salud a quienes realicen las tareas de gestor local.

<sup>166</sup> En los términos previstos en la resolución N°30, de 2015, de la Contraloría General de la República y demás normas vigentes.

<sup>167</sup> El informe mensual referido deberá ajustarse al formulario tipo "Rendición de cuentas", de las Orientaciones para elaborar Planes Trienales de promoción de la Salud.

<sup>168</sup> La determinación de los eventuales fondos a reintegrar se realizará una vez emitido el Informe final de actividades y gastos o el informe emitido al dar término anticipado al convenio. En caso de proceder el reintegro de los recursos transferidos, éste deberá efectuarse dentro de los cinco días hábiles siguientes a la recepción en la Municipalidad de la comunicación efectuada por la SEREMI para tal efecto.

**Figura 15 - Fase de Planificación Estratégica**



Fuente: Programa

### **Elaboración y validación del plan trienal**

Los PTPS se formulan a partir de dos insumos relevantes entregados por el MINSAL: el listado de las actividades posibles de ejecutar en cada componente y el monto del financiamiento disponibilizado. La planificación comunal se realiza con metodología de marco lógico, lo que se traduce en el diseño de programaciones locales que proyectan intervenciones orientadas a resultados al mediano plazo con involucramiento permanente de la comunidad. Las planificaciones son elaboradas por los encargados comunales de promoción de la salud junto con su equipo gestor y/o intersectorial en la Plataforma institucional del Ministerio de Salud MIDAS (Modernización de la Información Digital de la Autoridad Sanitaria) que cuenta con un módulo específico para este efecto<sup>169</sup>. Este sistema informático es una herramienta de acompañamiento y monitoreo de la gestión local y cuenta con perfiles como: Encargado Comunal, Encargado Regional, Encargado Nacional<sup>170</sup>.

#### **Proceso de producción**

- a. Se comienza realizando el árbol de problemas dónde las comunas seleccionan las causas del problema que se han determinado como posibles a nivel nacional.
- b. Se continúa con la elaboración de un árbol de objetivos a partir del árbol de problemas.
- c. Luego, se seleccionan del árbol de objetivos los resultados esperados que se trabajarán en el Plan.
- d. Se elabora la matriz de marco lógico (MML)<sup>171</sup>.
- e. Programación de actividades<sup>172</sup>. Cada actividad cuenta con ciertos atributos en relación con el componente, tipo de actividad, Nivel (según el modelo socio ecológico) y pilar del Sistema Elige Vivir Sano<sup>173</sup>.

Las actividades presentes en el listado general se presentan con una serie de dimensiones o de datos propios de cada actividad, tales como:

- Nombre de la actividad
- Descripción de la actividad (estándar)
- Descripción de la actividad con enfoque local

<sup>169</sup> Al cual se accede con usuario y contraseña a través del siguiente enlace <https://promocionsalud.minsal.cl/>

<sup>170</sup> Encargado del nivel central.

<sup>171</sup> MIDAS tiene precargados los resultados esperados seleccionados en la etapa anterior y se completan en formato de glosa los siguientes campos: indicadores, fórmula de cálculo, meta, medios de verificación y supuestos

<sup>172</sup> Se cuenta con un universo de 132 actividades cargadas en la plataforma, las cuales están asociadas a uno o varios resultados esperados que aproximadamente son 142.

<sup>173</sup> Para más detalles ver anexo 6.

- N° de veces que se realizará la actividad
- Uso y/o desarrollo de tecnología
- Programación de la actividad por mes y año
- Población objetivo de la actividad
- Caracterización de la población objetivo de la actividad (Grupos Especiales, genero, edades)
- Entornos que intervenir con la actividad
- Características del desarrollo de la actividad
- Detalle asociado a sus gastos<sup>174</sup>

También se cuenta con un set detallado de características de cómo se desarrollará la actividad:

- Tema de la actividad
- Duración
- Unidades municipales involucradas
- Características del sector
- Perfil de los beneficiarios
- Número de participantes
- Evaluación de Resultados de la actividad
- Diseño participativo
- Tipo de espacio
- Número de unidades instaladas o mejoradas
- Capacidad del lugar
- Programas asociados a este espacio público/infraestructura o equipamiento

Al terminar esta etapa se pasa a la programación de las actividades de gestión del plan, que corresponden a actividades que fortalecen la capacidad de gestión y así se aporta sostenibilidad a las planificaciones como, por ejemplo, capacitación del equipo local en promoción de la salud, aplicación de instrumentos de evaluación del plan, entre otros.

Una vez elaborado el PTPS el encargado comunal de promoción de la salud, a través de MIDAS, finaliza la planificación, la que inmediatamente aparece en la bandeja del encargado regional de promoción de la salud en la SEREMI de Salud, comenzando el proceso de validación del Plan.

En esta fase de validación, los referentes a nivel de SEREMI de salud revisan:

- Pertinencia: que las actividades apunten a resolver las necesidades de la comuna en materia de promoción de la salud y calidad de vida:
- Consistencia: Adecuada relación del PTPS con las políticas ministeriales, los objetivos estratégicos de la institución y con otros programas públicos.
- Atingencia: Adecuada relación entre el diseño planteado y su posterior ejecución, analizada a partir de la definición de indicadores que permitirán hacer seguimiento al cumplimiento de los objetivos planteados, del sistema de información con que contará el programa, y de los gastos asociados planificados.

Bajo estas orientaciones, una vez cerrado el proceso de presentación de proyectos, las SEREMI de Salud validan en la plataforma MIDAS contemplando la revisión de criterios de entrada y antecedentes presentados. Las SEREMI confirmaron que los proyectos contaban con todos los pasos completados en MIDAS. En esta fase las SEREMI de Salud revisan que las actividades sean pertinentes con las necesidades de la comuna en materia de salud y calidad de vida. Luego, dichos proyectos se revisaron por una comisión evaluadora del nivel central que estuvo constituida por al menos dos profesionales del Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana del Ministerio de Salud y representantes de las Seremis de Salud.

Dicha comisión aplicó una Pauta de Evaluación que evaluaba las dimensiones de Condiciones Comunales (según la información reportada por las comunas y validada por Seremis de Salud en el MIDAS al momento del cierre de presentación de los proyectos) y Calidad Global con puntajes en base a una rúbrica.

---

<sup>174</sup> Contempla datos como: Tipo de gasto, Descripción del gasto, Fuente financiamiento, descripción, monto y año de Gasto.

El Programa tiene mecanismos para asegurar la atinencia de las intervenciones (actividades asociadas a resultados), sin embargo no existen mecanismos estandarizados que aseguren la vinculación entre ellos tanto en la planificación y la ejecución, otorgando coherencia a las intervenciones locales, entendida ésta como la búsqueda de que las actividades incluidas se potencien entre ellas, que los resultados esperados en los componentes estén o se vean potenciados por la sintonía / sincronía entre las actividades planificadas y ejecutadas. De acuerdo a las entrevistas realizadas a nivel regional no se ha podido implementar este tipo de evaluaciones debido a múltiples factores, entre los que se relatan como más importantes están la falta de tiempo (recursos humanos), falta de estandarización de criterios a valorar, entre otros.

Asimismo, las SEREMI de Salud evalúan la formulación de las actividades y el detalle de gastos planificado. Además, el Programa estimula a que se consideren los diversos contextos locales en la elaboración del diagnóstico, y en la programación de las intervenciones del plan trienal, dimensiones que son evaluadas por los referentes de cada SEREMI de Salud.

Los PTPS pueden ser validados o rechazados. Un PTPS rechazado debe ser corregido en base a las observaciones realizadas por la SEREMI para su posterior validación y aprobación.

Para formalizar el PTPS para Municipios, Comunas y Comunidades Saludables se debe suscribir un convenio y la SEREMI de Salud emitirá una resolución que lo aprueba. Se trata de un convenio a tres años con cláusula de término anticipado cuando la comuna no cumpla con las metas presupuestarias establecidas. Existe un formato de convenio.

Para una acción territorial coherente y sinérgica, que aumente las probabilidades de éxito en la implementación de la estrategia MCCS, es de gran relevancia que el plan estratégico de Municipios, Comunas y Comunidades Saludables esté articulado al menos con el Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO) y el Plan de Salud Comunal e idealmente, además con el Plan Anual de Desarrollo de la Educación Municipal (PADEM), Plano regulador y otros instrumentos de planificación local.

Durante el 2021 se ha iniciado el desarrollo de nuevas funcionalidades y mantenedores en el módulo de Promoción MIDAS, con el objetivo de que las SEREMI de Salud y las Comunas puedan efectuar modificaciones a los Planes Trienales, ejecutar un monitoreo en tiempo real y evaluar la ejecución de los citados planes oportunamente, según lo indicado en las Orientaciones Técnicas del programa y convenios suscritos con las Municipalidades. Al respecto, uno de estos desarrollos consiste en la creación de un mantenedor de actividades.

Para el Programa resulta clave contar con un equipo interdisciplinario que cumpla con la calidad técnica requerida para efectuar de forma idónea esta labor, para comprender y enfocar acciones en varios ámbitos que permitan enfrentar en su mayor dimensión el problema, y esencialmente que este equipo esté motivado, alineado y comprometido con los objetivos de la iniciativa.

Así mismo, el Programa considera fundamental generar capacitación y actualización permanente a los equipos gestores, de contenidos en concordancia a la iniciativa implementada ya que permite dotarlos de herramientas de gestión, permitiéndoles aumentar su eficacia, resolver conflictos o problemas que puedan surgir en la implementación de la estrategia MCCS<sup>175</sup>.

### **Asesoramiento o apoyo técnico**

Se trata de una actividad central en la implementación del programa. El objetivo del asesoramiento es acompañar desde el nivel central a los equipos de promoción de salud y participación de las SEREMI de Salud en las diferentes etapas de ejecución de PTPS,

---

<sup>175</sup> Ministerio de Salud Chile, ASIDES. Informe Final "Servicios Profesionales para Documentación en terreno de Buenas Prácticas de Promoción de Salud". 2015.



asegurando que los gobiernos regionales y locales avancen en el logro de los objetivos del Programa.

A juicio del panel evaluador, el apoyo o respaldo técnico que se brinda por parte del nivel central a cada SEREMI de Salud es una de las condiciones básicas para la ejecución de los planes, dada la desigual situación de capacidades en los gobiernos regionales y locales. Operativamente el asesoramiento en el nivel central recae en la figura del referente de nivel central.

El referente de nivel central es un/a profesional asesor perteneciente al Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana, quién está a cargo del acompañamiento de 2 a 3 regiones.

Los referentes de nivel central se distribuyen como se señala a continuación:

**Cuadro 57 - Distribución de regiones por referente nivel central**

Referente	Regiones
1	Arica Tarapacá Atacama Coquimbo
2	Antofagasta O'Higgins Aysén
3	Maule Ñuble Biobío
4	Araucanía Los Lagos Los Ríos
5	Valparaíso Metropolitana Magallanes

Fuente: Programa

Entre las funciones/actividades/tareas que éste debe desempeñar se encuentran las siguientes:

**Cuadro 58 - Funciones, actividades y tareas principales referente del nivel central**

FUNCIÓN	ACTIVIDAD / TAREA
Realizar la asignación presupuestaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitud de información anual respecto al marco presupuestario nacional para planes, a la unidad de Presupuesto MINSAL.</li> <li>- Asignación del presupuesto regional, que consiste en la distribución de recursos a las regiones.</li> <li>- Informar a las regiones sus respectivos presupuestos para planes, vía oficio</li> </ul>
Diseñar, elaborar y validar los PTPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación del diseño de trienio anterior para actualizar o generar nuevas orientaciones (marcos conceptuales, evidencia científica disponible, la oferta de actividades, el modelo de gestión, entre otros).</li> <li>- Generación de actualizaciones de orientaciones, instructivos y guías de PTPS-MCCS y presentación de propuestas a la autoridad.</li> <li>- Solicitud de revisión y pronunciamiento jurídico a modificaciones en OOTT, consenso de flujos financieros con área finanzas MINSAL</li> <li>- Difusión de OOTT, instructivos y guías de PTPS-MCCS.</li> <li>- Asesoramiento a las SEREMI de Salud en OOTT, metodologías e instrumentos (diagnósticos integrales, planificación estratégica, encuesta de entornos, EPOCH, Spider, entre otros y plataforma de acompañamiento y gestión en promoción de la Salud MIDAS).</li> <li>- Realización de Jornadas de trabajo con los equipos técnicos regionales y acompañamiento en los procesos.</li> <li>- Evaluar funcionamiento de Plataforma MIDAS en la elaboración de los PTPS y solicitar los soportes informáticos cuando corresponda.</li> </ul>

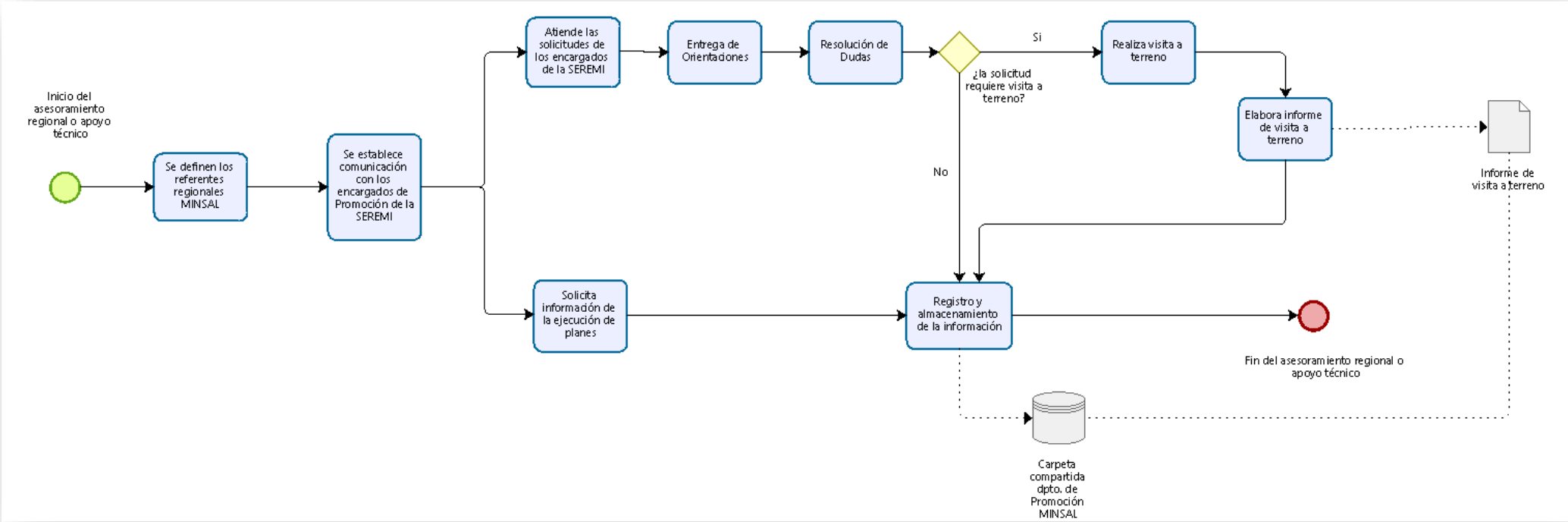
Asesorar y acompañar técnicamente la ejecución de los PTPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoreo de la ejecución y los efectos en la puesta en marcha de la planificación.</li> <li>- Diseño e implementación de mejoras evolutivas y nuevos desarrollos a la Plataforma MIDAS.</li> <li>- Levantamiento de información para la georreferenciación de entornos</li> <li>- Desarrollo de material de difusión sobre recomendaciones de alimentación saludable y actividad física.</li> <li>- Desarrollo o actualización de recomendaciones para la construcción de entornos saludables considerando temáticas ambientales</li> <li>- Análisis de situación de buenas prácticas, elaboración de propuestas para la autoridad y comunicar distribución de remanentes a regiones.</li> <li>- Desarrollo de orientaciones, instructivos y manuales en base a necesidades emergentes por ejemplo catástrofes.</li> </ul>
Realizar transferencia de fondos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recepción y análisis de las solicitudes de transferencia de recursos.</li> <li>- Registro de la solicitud (en los casos de cumplimiento de los requisitos) y enviar memorándum de solicitud de transferencia al Dpto. de Finanzas y Presupuesto Interno, para que realice la remesa.</li> <li>- Informar a las regiones las situaciones de no cumplimiento de los requisitos para realizar las transferencias y se instruye a la SEREMI cómo corregir las observaciones.</li> <li>- Análisis presupuestario, en éste la Unidad de Presupuesto registra el ingreso de la solicitud de transferencia para dar inicio al procedimiento de remesa de fondos.</li> <li>- Transferencia de recursos a SEREMI.</li> <li>- Comunicación de la remesa de fondos al encargado regional de tesorería mediante correo electrónico.</li> </ul>
Realizar monitoreo y evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistematización y evaluación de resultados.</li> <li>- Realizar sistematización y evaluación del proceso y resultados.</li> <li>- Diseño y validación de instrumentos de evaluación y su metodología o actualización en caso necesario.</li> <li>- Transferencia técnica de metodologías e instrumentos de evaluación a referentes técnicos regionales y comunales.</li> <li>- Diseño e implementación de mejoras y nuevos desarrollos a la Plataforma MIDAS relacionadas con la evaluación.</li> </ul>

Fuente: Programa

El asesoramiento técnico se realiza de forma permanente y contempla las siguientes etapas:

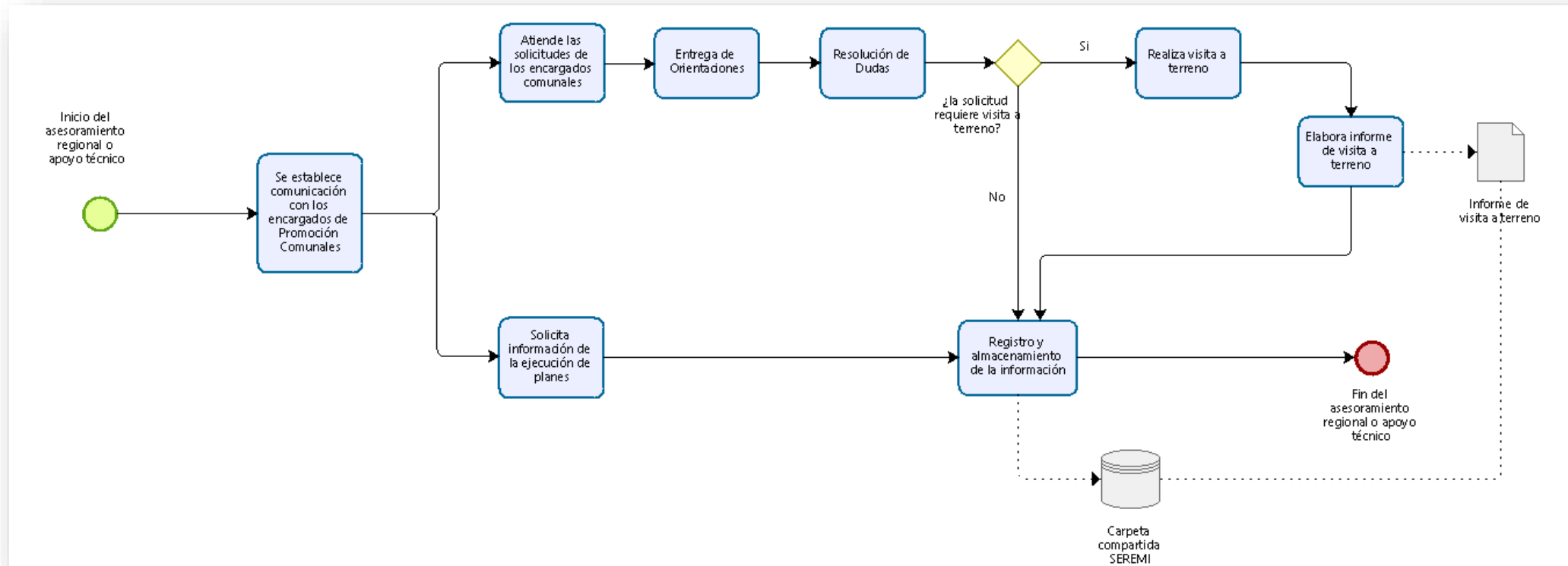
1. Definición de Referentes de nivel central
2. Comunicación con los encargados de Promoción regionales
3. Capacitación
4. Atención de solicitudes
5. Solicitud de información de la ejecución de PTPS
6. Registro y almacenamiento de la información

Figura 16 - Flujograma del proceso de asesoramiento de los referentes de nivel central



Fuente: Programa

Figura 17 - Flujoograma del proceso de asesoramiento de los referentes regionales



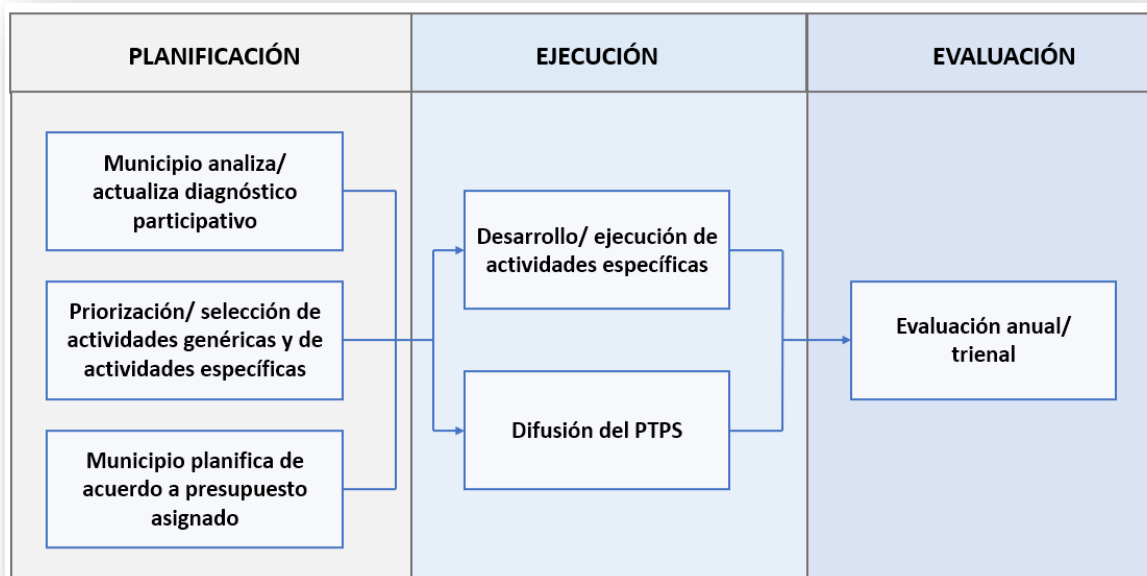
Fuente: Programa

De acuerdo a los/as entrevistados/as del nivel regional, la actividad de acompañamiento es algo diferente a asesoramiento y supervisión, ya que “no hay imposición de conocimiento”, los referentes “vamos a aprender a las comunas”. Se trata de una actividad en la que se da una relación más horizontal, se presta apoyo y facilitación, es “algo más que la transferencia de plata”, “no se trata sólo del cumplimiento de una actividad.

### Proceso de producción de los componentes

A continuación se presenta el flujograma de producción general de los componentes del Programa:

**Figura 18 - Flujograma General de Producción de Componentes**



Fuente: Elaboración Propia

A continuación se presentan los procesos de producción de cada uno de los componentes.

### Componente n°1. Regulaciones y políticas municipales sobre entornos saludables implementadas

Cabe destacar que el ciclo completo de ejecución de la estrategia, que constituye una acción permanente sobre los entornos físico, informativo y social, es completado y complementado con este componente de regulaciones y políticas municipales para la vida saludable, que busca potenciar la elaboración, implementación y seguimiento de regulaciones y políticas locales (ordenanzas, decretos, planes comunales) que buscan mejorar los entornos señalados.

Para la implementación del componente 1 MINSAL ha definido 25 actividades a ser seleccionadas por los municipios.

Con el objeto de sistematizar y modelar la producción del componente, el panel ha agrupado las actividades anteriores según la acción que involucra, esto es, Dictación, Implementación, Construcción, Impulso y otras:

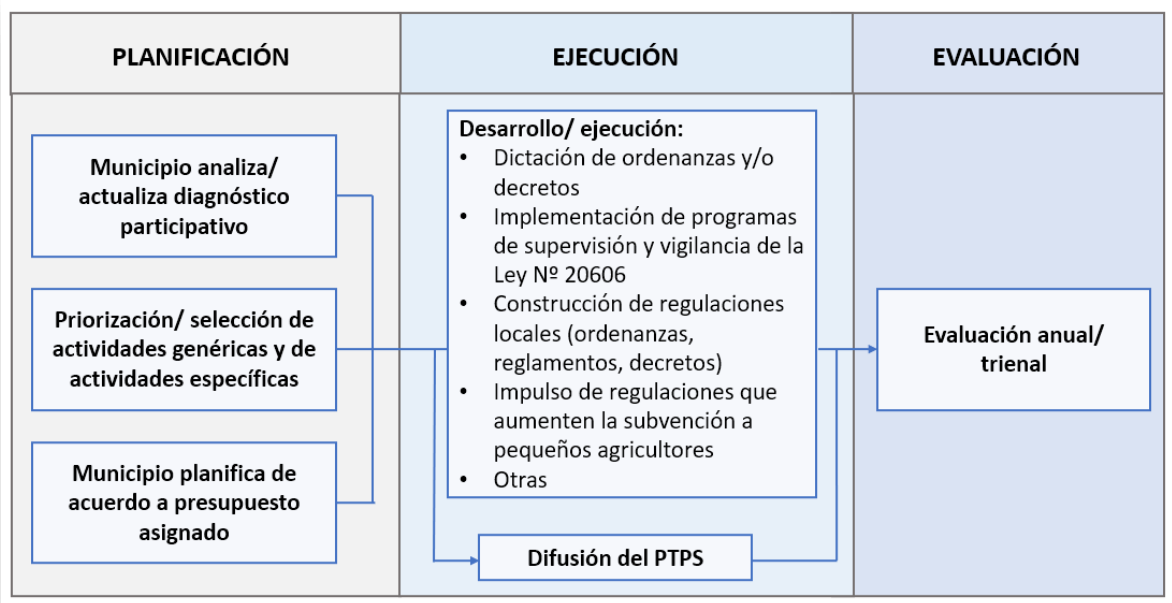
- **Dictación de ordenanzas y/o decretos** para asegurar cierre de calles los fines de semana y fomentar la actividad física; para asegurar el desarrollo de ciclo vías y sendas peatonales; para promover la recuperación, habilitación y uso de espacios públicos para la práctica de actividad física.
- **Implementación de programas de supervisión y vigilancia de la Ley N° 20.606** Sobre Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad en EE; que fomenten la facilitación y sostenimiento de la caminata, uso de bicicleta y uso de transporte público para viajes a los EE; de colaciones saludables para EE; de recreos y pausas activas,

facilitando implementación deportiva y personal especializado en coordinación con la Dirección de Educación Municipal.

- **Construcción de regulaciones locales (ordenanzas, reglamentos, decretos)** de Promoción de la Salud para regulaciones locales para la disminución de patentes de locales de venta de alimentos "ALTOS EN..."; para el control de venta de alimentos "ALTOS EN.." en el entorno escolar y establecimientos de salud y/o la vía pública; para kioscos en centros de salud municipal u otros de la red pública, para la protección y promoción de lactancia materna; sobre entornos libres de humo de tabaco; para aumentar la práctica regular de actividad física en el entorno de EE, resguardando un mínimo de 60 minutos diarios al día para toda la población escolar.
- **Impulso de regulaciones que aumenten la subvención a pequeños agricultores** locales para el aumento de la producción de legumbres, frutas, hortalizas y/o verduras; la reorientación de planes y programas que entregan recursos y habilitación laboral para la venta de alimentos en el espacio público hacia una oferta de alimentación saludable; ara control de la publicidad de alimentos no saludables en espacios de uso público (escuelas, plazas, plazoletas, costaneras, senderos, estadios, etc.).
- **Otras actividades:** Asignación de días y horarios para el uso de los recintos deportivos municipales, procurando que todos/as tengan la posibilidad de utilizarlos; incorporación de iniciativa de ruta segura para trayecto desde la casa al EE y retorno a la casa; Incorporación en planes y programas curriculares contenidos sobre la importancia nutricional del consumo de productos del mar; instalación de pausas activas permanentes tanto en empresas privadas como públicas; diseño en conjunto con trabajadores de un plan actividad física para los funcionarios; talleres recreativos y deportivos permanentes, según interés de los trabajadores; Escuela de Verano Saludable.

A continuación se muestra el flujograma de proceso de producción del componente Regulaciones municipales sobre entornos saludables implementadas.

**Figura 19 - Flujograma de Producción de Componente 1**



Fuente: Elaboración Propia

En general, a juicio del panel las actividades son suficientes y necesarias para la producción del componente 1, pero tal como las formula el programa resulta difícil identificar si cada una de las acciones son ejecutadas para distintos ámbitos de intervención, por ejemplo: alimentación y actividad física o escuela, barrio y transporte público, etc. Se requiere un diseño organizado de las actividades que identifique distinto tipo de acción y ámbitos de intervención. A continuación se muestran las actividades específicas en detalle.

**Cuadro 59 - Actividades del Componente 1**

N°	NOMBRE	DESCRIPCIÓN / OBSERVACIÓN
1	Construcción de regulaciones (ordenanzas, reglamentos, decretos) de Promoción de la Salud	<p>Consiste en un proceso participativo, en que se incluye a la comunidad en la fase de formulación y en el proceso de difusión y de aplicación de la regulación.</p> <p>La participación de la comunidad en todo el proceso de formulación y aplicación de la Ordenanza Municipal permite que sea ésta quien proponga ideas y sugerencias y, además, controle y vigile la aplicación de la ordenanza.</p> <p>Busca que el municipio regule los ámbitos de Promoción de la Salud (Alimentación Saludable, Actividad Física, entre otros), en apoyo a la implementación de la estrategia MCCA, con participación permanente de la comunidad en el diseño, difusión y aplicación de la ordenanza.</p> <p>Para la construcción de la Ordenanza el Equipo Gestor debe ser el responsable de realizar la abogacía correspondiente con el Alcalde y el intersector, además de diseñar un plan de trabajo con los actores comunitarios para el diseño de la regulación y su posterior implementación.</p>
2	Regulaciones locales para la disminución de patentes de locales de venta de alimentos "ALTOS EN..."	Elaboración y promulgación de regulaciones locales (ordenanzas municipales y decretos alcaldicios) para la disminución en un 50% de patentes de locales especializados en alimentos "altos en".
3	Regulaciones locales para el control de venta de alimentos "ALTOS EN.." en el entorno escolar y establecimientos de salud y/o la vía pública	Elaboración y promulgación de regulaciones locales (ordenanzas municipales y decretos alcaldicios) para la prohibición de venta de alimentos "altos en" en el entorno escolar y establecimientos de salud
4	Regulación local para kioscos en centros de salud municipal u otros de la red pública	Elaboración y promulgación de regulación local (ordenanza municipal, decreto alcaldicio u otro) que indiquen que los kioscos ubicados en centros de salud municipal y otros de la red pública cuenten con una oferta exclusivamente saludable y libre de alimentos "ALTOS EN..".
5	Programas de supervisión y vigilancia de la Ley N° 20606 Sobre Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad en establecimientos educacionales	Implementación de acciones para la supervisión y vigilancia del cumplimiento de la Ley N°20.606 Sobre Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad en establecimientos educacionales.
6	Implementación de Programa de colaciones saludables para establecimientos educacionales	Elaboración e implementación de programa de colaciones saludables para establecimientos educacionales, a través de los cuales se sugiere a las familias alternativas de colaciones sanas que favorecen el desarrollo y desempeño académico de los niños/as, previniendo el desarrollo de enfermedades futuras.
7	Regulaciones locales (ordenanzas municipales y/o decretos alcaldicios) que promuevan la protección y promoción de lactancia materna.	Elaboración y promulgación de regulación local (ordenanza municipal, decreto alcaldicio u otro) que promuevan y protejan la lactancia materna en la vía pública, espacios municipales y otros espacios públicos como por ejemplo: plazas, parques u otros.
8	Dictación de ordenanzas y/o decretos para asegurar cierre de calles los fines de semana y fomentar la actividad física	Se trata de generar, con autoridades locales, compromisos formales mediante ordenanzas, decretos edilicios, reglamentos u otros. Esta actividad pretende regular autorizaciones o permisos para la realización de actividades masivas que necesiten cierre temporal de calles, plazas, desplazamientos masivos, entre otros.
9	Dictación de reglamento u ordenanza para promover la recuperación, habilitación y uso de espacios públicos para la práctica de actividad física	Se trata de generar, con autoridades locales, compromisos formales mediante ordenanzas, decretos edilicios, reglamentos u otros. Esta actividad pretende regular autorizaciones o permisos para la construcción de espacios públicos, como plazas y parques, senderos, miradores, etc.
10	Dictación de ordenanzas y/o decretos para asegurar el desarrollo de ciclo vías y sendas peatonales	Se trata de generar, con autoridades locales, compromisos formales mediante ordenanzas, decretos edilicios, reglamentos u otros. Esta actividad pretende regular autorizaciones o permisos para la construcción de ciclo vías y sendas peatonales.

11	Asignación de días y horarios para el uso de los recintos deportivos municipales, procurando que todos/as tengan la posibilidad de utilizarlos.	En coordinación con las oficinas municipales que correspondan, incluidos los centros de salud Se sugiere confeccionar un calendario de recintos deportivos locales para programar y ejecutar las acciones del PCPS, en alianza con el intersector local.
12	Regulación y/o políticas municipales sobre entornos libres de humo de tabaco.	Realizar abogacía con autoridades municipales para implementar entornos libres de humo de tabaco por medio de ordenanzas municipales que prohíban el consumo de tabaco en parques, plazas saludables y lugares de recreación destinados a niños y niñas
13	Instalación de recreos y pausas activas, facilitando implementación deportiva y personal especializado en coordinación con la Dirección de Educación Municipal.	Corresponde a actividades como juegos recreativos, juegos deportivos y juegos teatrales, son recomendadas. Los materiales deben ser: pelotas, sogas, aros, petos, elásticos, disfraces, conos. Se requiere de abogacía para intervenir en los recreos y romper el tiempo de conducta sedentaria.
14	Incorporación de iniciativa de ruta segura para trayecto desde la casa al establecimiento educativo y retorno a la casa	Ruta Segura: Estrategia que aumenta la AF en escolares, logrando acumular un tercio de las recomendaciones diarias de AF. La estrategia se coordina con el gobierno local y se dispone un radio de 1 kilómetro alrededor del establecimiento y se utilizan vigías en las esquinas para controlar el desplazamiento de los estudiantes. Recomendable utilizar vínculos con centros de adultos mayores o juntas vecinales. Se requiere de abogacía para incorporar programa de ruta segura (caminar o bicicleta).
15	Implementación de programas que fomenten la facilitación y sostenimiento de la caminata, uso de bicicleta y uso de transporte público para viajes a los EE	En coordinación con DAEM, MINDEP, SECTRA y Unidad de Tránsito Municipal, con los encargados de convivencia y los consejos escolares, desarrollar y difundir un manual de operación que incluya ejemplos de casos y un menú de opciones para aumentar la actividad física a través del transporte público, ruta segura a la escuela y programas de arriendo de bicicletas.
16	Instalación de pausas activas permanentes tanto en empresas privadas como públicas.	Incorporar especialistas en el desarrollo de pausas de activación en lugares de trabajo por categorización de puestos de trabajo. Es recomendable el trabajo con ergónomos.
17	Diseño en conjunto con trabajadores de un plan actividad física para los funcionarios del municipio.	Con el fin de incrementar la cantidad recomendada de AF en adultos y reducir la brecha de género en la práctica de AF, se sugiere tener representación de ambos géneros para aumentar la adherencia a los programas de AF
18	Norma de Acceso a Talleres recreativos y deportivos permanentes, según interés de los trabajadores.	Con el fin de incrementar la cantidad recomendada de AF en adultos y mejorar el entorno laboral, se propone el realizar acciones sistematizadas que involucren a los trabajadores de manera que tengan acceso durante todo el año a talleres o competencias, como: liga deportiva de fútbol, basquetbol, voleibol, handball, atletismo. Los talleres de baile, acondicionamiento físico, yoga, thai chi, TRX, pilates, son espacios muy favorables para que los trabajadores programen sus espacios de actividad física.
19	Autorización para la realización de la Escuela de Verano Saludable	Promover hábitos de vida saludable, buena convivencia y buen uso del tiempo libre, utilizando las instalaciones comunales y recursos naturales
20	Implementación de regulaciones locales para aumentar la práctica regular de actividad física en el entorno de establecimientos educacionales, resguardando un mínimo de 60 minutos diarios al día para toda la población escolar.	Disposición de tener estrategias pedagógicas para aumentar la práctica regular de actividad física en un mínimo de 60 minutos en el entorno de establecimientos educacionales dirigidos a toda la población escolar.
21	Incorporación en planes y programas curriculares contenidos sobre la importancia nutricional del consumo de productos del mar	Incorporación en planes y programas curriculares contenidos sobre la importancia nutricional del consumo de productos del mar
22	Impulsar regulaciones que aumenten la subvención a pequeños agricultores locales para el aumento de la producción de legumbres, frutas, hortalizas y/o verduras	Impulsar regulaciones que aumenten la subvención a pequeños agricultores locales para el aumento de la producción de legumbres, frutas, hortalizas y/o verduras



23	Impulsar regulaciones que aumenten la reorientación de planes y programas que entregan recursos y capacitación laboral para la venta de alimentos en el espacio público hacia una oferta de alimentación saludable	Impulsar regulaciones que aumenten la reorientación de planes y programas que entregan recursos y capacitación laboral para la venta de alimentos en el espacio público hacia una oferta de alimentación saludable
24	Impulsar regulaciones de publicidad de alimentos no saludables en espacios de uso público (escuelas, plazas, plazoletas, costaneras, senderos, estadios, etc.)	Impulsar regulaciones de publicidad de alimentos no saludables en espacios de uso público (escuelas, plazas, plazoletas, costaneras, senderos, estadios, etc.)
25	Elaborar plan de gestión de utilización de espacios públicos para la práctica de actividad física	la elaboración de un plan de gestión de utilización de espacios públicos deberá basarse en un catastro de espacios públicos para la actividad física y considerar la generación de estándares y criterios de utilización.

*Fuente: Programa*

## Componente n°2. Instalación y habilitación de espacios públicos para la vida saludable

La mejora del entorno físico se efectúa a través de este componente, que busca implementar instalar, habilitar y/o mejorar espacios públicos, infraestructura y equipamiento, con involucramiento directo de la comunidad, de las personas que son parte de aquellos entornos, para aumentar el acceso a la alimentación saludable y actividad física.

Cada PTPS, en su etapa de diagnóstico, debe identificar necesidades para el mejoramiento o habilitación en estos espacios, tales como:

- kioscos escolares,
- huertos urbanos,
- ferias libres,
- plazas con máquinas de ejercicios,
- ciclovías,
- skatepark,
- bebederos,
- techumbres, entre otros.

Para la instalación, los recursos entregados por el Ministerio de Salud, los utiliza la Municipalidad para la compra o contratación de servicios para implementar este componente. Finalmente, el proceso concluye con la recepción de obras y la respectiva difusión a la comunidad de la disponibilidad de dichos espacios.

Se utiliza información georreferenciada para entender de mejor manera las condiciones de los territorios que están influyendo en las causas de la alimentación no saludable y de altos niveles de sedentarismo<sup>176</sup>. Contar con esta información permite alimentar procesos de planificación más eficientes, poniendo los recursos en lo que realmente se necesita y no hacer más de lo mismo. Tener esta información georreferenciada permite tener una comunicación más productiva con los otros sectores del Estado, es decir, una interacción más eficiente con el intersector para generar estrategias que permitan revitalizar con más fuerza el Sistema Elige Vivir Sano en los niveles comunal, regional y nacional.

Para la implementación del componente 2, MINSAL ha definido 28 actividades para ser seleccionadas por los municipios. Con el objeto de sistematizar y modelar la producción del componente, el panel ha agrupado las actividades anteriores según la acción que involucra, esto es, Adquisición, Habilitación y Optimización.

- **Adquisición de implementos deportivos para EE** (asociados a programas permanentes propuestos); adquisición de juegos para instalar en los patios de los EE; de set de psicomotricidad, para realizar actividad física en preescolares; de set implementos deportivos.
- **Habilitación de espacios saludables**, como kioscos saludables en centros de salud; de Huertos / Invernaderos escolares; de infraestructura en plazas o parques para la actividad física y recreación (Skate park, Muros de escalar u otros); de programa de cierre de vía pública para el aumento de la práctica deportiva a través del juego incorporando a la comunidad y al municipio; de Bici máquinas; de estacionamiento de bicicletas en plazas saludables, en edificios públicos y EE de las ciudades; de juegos infantiles en plazas o parques; de mercados y ferias de pequeños agricultores y agricultores familiares (Circuitos Cortos); de puntos de feria; de sala de realidad virtual utilizando video juegos interactivos para aumentar la práctica de AF según curso de vida; de salas de lactancia materna, de huertos comunitarios; de bebederos en plazas saludables y patios de EE; de bicicleteros en escuelas; circuitos de máquinas para plazas saludables, de demarcación vial, señalización para plazas o intervenciones en el suelo de éstas con el objetivo de aumentar la educación vial y practica segura de ruta activa; de kioscos o puntos de feria de frutas, verduras y legumbres; de programa de mensajería breve para telefonía celular (SMS) para el fomento y acompañamiento de la práctica de AF en jóvenes, de código QR para entregar información sobre el uso adecuado de las máquinas de ejercicios de las plazas saludables; de recursos digitales (App) para

---

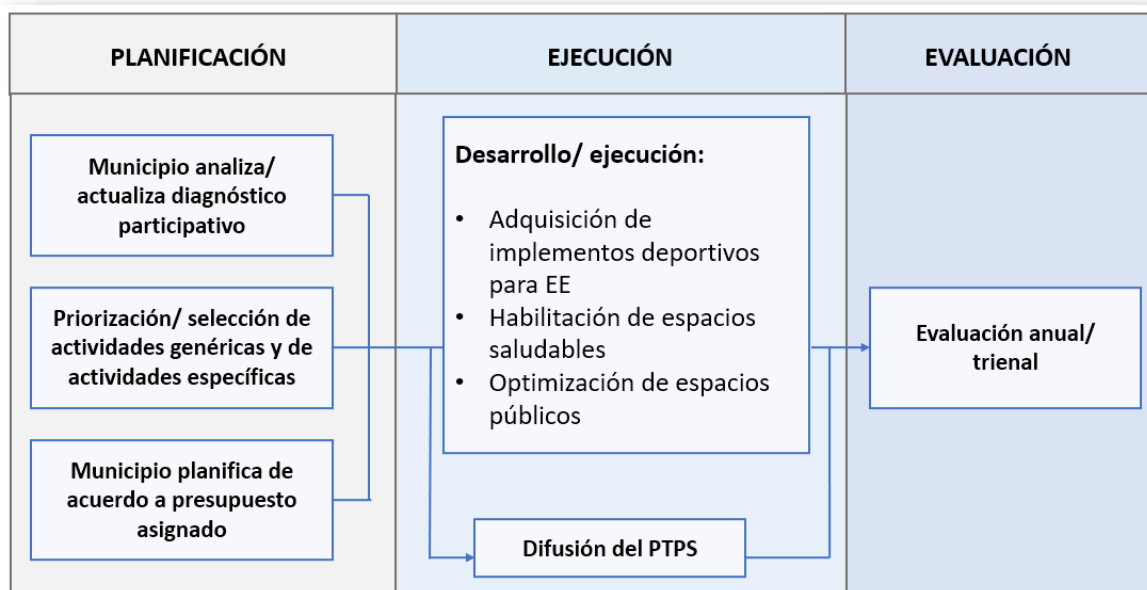
<sup>176</sup> Por ejemplo, problemas como barrios sin disponibilidad de ferias libres, plazas con inseguridad ciudadana que desincentiva su uso, podrán ser visualizados.

ejecutarse en los smartphones sobre la oferta comunal de actividad física; programa Jugando al aire libre en los colegios.

- **Optimización de espacios públicos** que cuentan con infraestructura básica para realizar actividad física (techumbres, lockers, iluminación, entre otros); de infraestructura y equipamiento de kioscos y casinos escolares; de infraestructura y equipamiento para ferias libres.

A continuación se muestra el flujograma de proceso de producción del componente Instalación y habilitación de espacios públicos para la vida saludable.

**Figura 20 - Flujograma de Producción de Componente 2**



Fuente: Elaboración Propia

Si bien a juicio del panel las actividades son suficientes y necesarias para la producción del componente 2, al agrupar las actividades según acción, quedan abultadas las de habilitación respecto a las de optimización. Aquí, nuevamente resulta importante distinguir las acciones según ámbito de intervención, por ejemplo: alimentación y ejercicio físico, o escuela, barrio y transporte público, etc. Se requiere entonces, un diseño organizado de las actividades que identifique distinto tipo de acción y ámbitos de intervención.

A continuación se muestran en detalle las actividades específicas.

**Cuadro 60 - Actividades del Componente 2**

N°	NOMBRE	DESCRIPCIÓN / OBSERVACIÓN
1	Mejoramiento de infraestructura y equipamiento para ferias libres	implementación de infraestructura y equipamiento como, por ejemplo: fierros u otros materiales para a estructura de toldos y carpas, mobiliario para la exposición de productos, equipos de refrigeración, letreros para la presentación de precios y señaléticas, contenedores de basura, entre otros, para el fortalecimiento de las ferias libres de la comuna.
2	Disposición de kioscos o puntos de feria de frutas, verduras y legumbres.	Instalación de kioscos o puntos de feria permanentes para la venta de frutas, verduras, legumbres y otros alimentos recomendados por las Guías Alimentarias. Se recomienda priorizar en lugares donde no existan ferias libres cercanas o también fuera de establecimientos educacionales, instituciones públicas, entre otros.
3	Instalación de puntos de feria	Disposición de puntos de feria para la venta de frutas, verduras, legumbres y otros alimentos recomendados por las Guías Alimentarias, en servicios públicos, establecimientos educacionales, lugares de trabajo, servicios de salud, entre otros.
4	Instalación de mercados y ferias de pequeños agricultores y agricultores familiares (Circuitos Cortos)	Implementación de ferias de productores locales de alimentos saludables en espacios públicos, en eventos o mediante programaciones anuales.
5	Habilitación a kioscos saludables en centros de salud	Habilitación y conversión de kioscos de centros de salud a kioscos saludables en los cuales no se expenda alimentos "ALTOS EN..."
6	Mejoramiento de infraestructura y equipamiento de kioscos y casinos escolares	<p>Mejoramiento de infraestructura y equipamiento de kioscos y casinos de establecimientos educacionales públicos para dar cumplimiento a la Ley N°20.606 Sobre Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad.</p> <p>Mejoramiento de infraestructura y equipamiento de kioscos en los establecimientos educacionales, con el fin de contribuir al cumplimiento de la ley 20.606 "Composición y etiquetado de los alimentos y su publicidad". Por ejemplo adquisición de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipos de refrigeración y/o congelación</li> <li>- conexión a la red de agua potable y alcantarillado</li> <li>- Instalación de energía eléctrica</li> <li>- Instalación de lavamanos</li> <li>- Instalación de visicooler</li> <li>- Contenedor de materias primas que no necesiten refrigeración</li> <li>- Deposito con tapa para desperdicios</li> <li>- Microondas</li> </ul> <p>Además se recomienda pintar fachada del kiosco con la comunidad escolar e implementar un diario mural, promoviendo con estas acciones hábitos de vida saludable.</p>
7	Apoyo y creación de Huertos Comunitarios	Creación de huertos o invernaderos en espacios municipales o públicos para que las personas de la comuna puedan cultivar frutas, verduras y plantas medicinales para su consumo. Espacios que pueden complementarse con infraestructura afín, como espacios para cursos y talleres, pérgolas, zonas de picnic y de sombra, muros verdes, estacionamientos para bicicletas, entre otros. Entrega a organizaciones de la sociedad civil de la comunidad, materiales e insumos para la implementación de iniciativas de huertos / invernaderos comunitarios.
8	Implementación de Huertos / Invernaderos escolares	Implementación de huertos, invernaderos escolares o universitarios, destinados a la plantación y/o siembre, tales como: herramientas para preparación de suelo, estructuras para hacer huerto, semillas, etc. Esta actividad tiene como objetivo de que la comunidad educativa experimente distintas actividades orientadas al aprendizaje como también al desarrollo de actitudes y valores relacionados con el bienestar personal, social y familiar. Estos espacios se pueden complementar con infraestructura afín como pérgolas, muros verdes, entre otros.

9	Instalación de salas de lactancia materna.	Implementación de salas de lactancia materna en espacios públicos (municipio, servicios públicos, entre otros), según la Guía de Implementación de Salas de Lactancia Materna a Nivel Local. Chile Crece. ( <a href="http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2018/01/Guia-de-implementacion-sala-de-lactancia-2017.pdf">http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2018/01/Guia-de-implementacion-sala-de-lactancia-2017.pdf</a> )
10	Mejoramiento de espacios públicos que cuentan con infraestructura básica para realizar actividad física (techumbres, lockers, iluminación, entre otros).	Realizar mejoras a espacios públicos ya creados para la actividad física y que cuentan con infraestructura básica para la actividad física y recreación, por ejemplo instalar techumbre o toldos en zona de máquinas de AF/ juegos infantiles, habilitar casilleros para facilitar la seguridad de pertenencias, (idealmente que involucre recursos municipales y/o intersectoriales) que facilite la práctica de la actividad física de la comunidad, instalación de bebederos, instalación de mejores luminarias, entre otros).
11	Instalación de estacionamiento de bicicletas en plazas saludables, en edificios públicos y establecimientos educacionales de las ciudades.	Instalar estacionamiento para bicicletas (idealmente que involucre recursos municipales y/o intersectoriales) que permitan implementar o recuperar espacios públicos para la práctica de la actividad física de la comunidad.
12	Bicicleteros en escuelas.	La instalación de los estacionamientos es clave para facilitar el uso y cuidado de las bicicletas. Se requiere realizar abogacía para incorporar estacionamientos para coordinar con el programa de ruta segura (caminar o bicicleta).
13	Circuitos de máquinas para plazas saludables.	En base al diagnóstico y en coordinación con el área de desarrollo social, DIDECO, SECPLAC, deportes, medio ambiente y otros Implementar circuito de máquinas, incorporando recursos financieros (idealmente que involucre recursos municipales y/o intersectoriales) que permitan implementar o recuperar espacios públicos para la práctica de la actividad física de la comunidad mayor de 18 años.
14	Bebederos en plazas saludables y patios de Establecimientos Educacionales.	Instalar bebederos de agua dulce (idealmente que involucre recursos municipales y/o intersectoriales) que facilite la práctica de la actividad física de la comunidad.
15	Instalación de juegos infantiles en plazas o parques	En base al diagnóstico y en coordinación con el área de desarrollo social, DIDECO, SECPLAC, deportes, medio ambiente y otros habilitar nuevos espacios de juego o mejorar los existentes para niños y niñas.
16	Implementación de infraestructura en plazas o parques para la actividad física y recreación (Skate park, Muros de escalar u otros)	Implementar skate park o muro de escalada, (idealmente que involucre a otras fuentes de financiamiento, por ejemplo recursos municipales y/o intersectoriales) que permitan implementar o recuperar espacios públicos para la práctica de la actividad física de la comunidad.
17	Jugando al aire libre en los colegios.	Corresponde a actividades como: diseños de circuitos dibujados en el patio para recorrer simulando ciclo vías, senderos que recorran diferentes áreas del patio, dibujo de lucho o escaleras de motricidad.
18	Adquisición de juegos para instalar en los patios de los establecimientos educativos.	Compra de implementos para las actividades de los recreos activos. Se recomienda: pelotas deportivas (fútbol, basquetbol, voleibol y handball), sogas, elásticos, colchonetas, conos, aros, petos.
19	Adquisición de implementos deportivos para EE (asociados a programas permanentes propuestos)	Apoyo a la adquisición de material deportivo para programar y ejecutar las acciones del Plan Trienal, en alianza con el intersector local.
20	Adquisición de set de psicomotricidad, para realizar actividad física en preescolares.	Adquisición de set de psicomotricidad, para realizar actividad física en preescolares.
21	Adquisición de set implementos deportivos.	Los implementos sugeridos son para toda la población escolar: pelotas deportivas (basquetbol, voleibol, fútbol, handball), petos, conos, aros, colchonetas.
22	Instalación de sala de realidad virtual utilizando video juegos interactivos para aumentar la práctica de AF según curso de vida	Videojuegos interactivos, como Dance Dance Revolution (DDR), Wii Sports, Wii Fit, Sony Play Station, Xavix y EyeToy, fueron diseñados para crear un juego más atractivo. Se recomienda la instalación en escuelas, juntas vecinales y centros para personas mayores, ofreciendo juegos interactivos para promover la actividad física de niños, adolescentes y adultos mayores. Estos juegos interactivos son adecuados para jugar solos o con otros, y requieren poco entrenamiento o habilidad, proporcionan una alternativa al ejercicio con mal tiempo, y puede servir como una transición para participar realmente en deportes y actividades física. Los videojuegos activos permiten a los jugadores interactuar físicamente a través de movimientos de brazos, piernas o todo el cuerpo con imágenes en pantalla en una variedad como boxeo, baile, tenis, esquí, fútbol y caminatas.

23	Elaborar código QR para entregar información sobre el uso adecuado de las máquinas de ejercicios de las plazas saludables	Los códigos QR permiten entregar información técnica sobre las características de cada máquina de ejercicios que se encuentra en las plazas saludables y el adecuado uso que se debe tener para no sufrir ninguna lesión física. Al escanear a través de teléfonos celulares inteligentes o tablets se puede obtener el gesto técnico correcto a realizar y la dosis- respuesta según grupo etario y sexo (intensidad, frecuencia, volumen)
24	Programa de mensajería breve para telefonía celular (SMS) para el fomento y acompañamiento de la práctica de AF en jóvenes.	Programa de acompañamiento para el cambio conductual en jóvenes sedentarios. A través de un registro local de jóvenes que previamente se inscriban en el municipio, recibirán SMS de apoyo para poder mantener un plan de acondicionamiento físico personalizado. Los SMS serán enviados semanalmente para ir conociendo el avance del usuario y entregar información sobre nutrición y actividad física
25	Demarcación vial, señalización para plazas o intervenciones en el suelo de éstas con el objetivo de aumentar la educación vial y practica segura de ruta activa.	Demarcación vial, señalización para plazas o intervenciones en el suelo de éstas con el objetivo de aumentar la educación vial y practica segura de ruta activa. Se recomienda combinar con estrategias educativas para que los niños, niñas y sus familias aprendan normas de tránsito y seguridad en el marco de la ley de convivencia de modos.
26	Desarrollar y difundir recursos digitales (App) para ejecutarse en los smartphones sobre la oferta comunal de actividad física	Desarrollar una APP para localizar la oferta programática comunal de actividad física, en donde se describa el tipo de actividad, horario, lugar y frecuencia.
27	Instalación de Bici máquinas	Instalación de bici máquinas que permiten aumentar la práctica de actividad física y sensibilizar con la conciencia energética. Cualquier persona a través del pedaleo puede preparar licuados o recargar celulares, utilizando bici máquinas preparadas para realizar estas funciones. Instalar en juntas de vecinos, escuelas, lugares de trabajo, centros de salud o en clubes deportivos.
28	Implementación de programa de cierre de vía pública para el aumento de la práctica deportiva a través del juego incorporando a la comunidad y al municipio	Programa para el aumento de la práctica regular de actividad física en infancia y adolescencia. A través de juntas de vecinos, clubes deportivos u alguna organización civil se articulan el municipio y el barrio para revertir el cambio conductual en jóvenes e infantes sedentarios. El programa consiste en el cierre temporal de una vía pública que sea identificada para realizar intervenciones en actividad física como juegos, bailes, malabares, skake, bicicleta, otros. El municipio debe a través de su depto. de transito realizar el cierre de calle y monitores estarán a cargo de dirigir actividades que fomenten la adherencia del público. El programa se debe diseñar con la comunidad para asegurar representatividad cultural y territorial.

Fuente: Programa

### Componente n°3. Participación Comunitaria para el empoderamiento

La participación social y comunitaria cobra especial relevancia en la promoción de la salud a nivel local, ya que crea mayor fluidez entre el Municipio y la comunidad, permite mayor adhesión a la política pública y otorga sustentabilidad al plan trienal. El modelo planteado también se orienta hacia la transparencia y responsabilidad democrática, esta última implica la rendición de cuentas a la propia comunidad<sup>177</sup>.

El entorno social es intervenido a través de la actividad de Formación de Redes locales que busca incidir en cambios culturales y de costumbres asociados a la alimentación y actividad física, involucrando a las personas con su entorno de vida y asociatividad.

Las iniciativas de participación comunitaria consultiva (Consejo local de salud, Consejo de Salud Familiar, Consejo Vida Chile, organizaciones sociales, entre otras,) han demostrado ser facilitadores en el éxito de la implementación del Programa. Se sugiere que la comunidad también sea integrada en la planificación y ejecución de actividades, y coordinar con división educacional del Municipio para utilización de Plazas por parte de colegios<sup>178, 179</sup>.

El Programa PTPS recogió los aprendizajes del Programa Comunas Vulnerables<sup>180</sup> en relación a la participación social que impulsó, por tanto, se estableció la necesidad de realizar diagnósticos participativos en las orientaciones técnicas de 2015, los cuales podían efectuarse en una instancia que incluyera la formulación del Plan Comunal de Promoción de Salud o bien en una instancia exclusiva para elaborar el diagnóstico. Con esta herramienta pudo obtenerse información relativa a la prioridad y pertinencia de las actividades desde la perspectiva de la ciudadanía y la comunidad para la cual estaban destinadas. Ejemplos de temas que se consultaron fueron: prioridad y/o pertinencia de actividades a realizar, pertinencia de infraestructura a instalar, sectores de la comuna prioritarios para focalizar alguna inversión, grupos etarios prioritarios según sector, identificación de otros grupos poblacionales a priorizar.

En este contexto, además, durante el año 2015 se adaptaron los recursos y tiempos administrativos a generar buenas bases para los próximos planes trienales. En dichas orientaciones se recomendó que un 50% del Plan Comunal de Promoción se destinara a acciones tradicionales de Promoción de la Salud y el otro 50% a la elaboración de diagnósticos participativos y a la instalación de la estructura organizacional que requería el nuevo modelo.

Actualmente, el componente de participación da sostenibilidad al Plan Trienal de Promoción de la Salud en la medida que aporta pertinencia al diseño e implementación del Plan, así como también la participación en la etapa de creación de las intervenciones contribuye a la sostenibilidad de éstas una vez implementadas.

---

<sup>177</sup> MINSAL. Orientaciones para la elaboración de planes trienales de promoción de la salud para municipios comunas y comunidades saludables. Subsecretaría de Salud Pública. División de Políticas Públicas Saludables y Participación. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. 2016.

<sup>178</sup> Ministerio de Salud Chile, Subsecretaría de Salud Pública, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, Katalejo Investigaciones Sociales. Diseño y evaluación de promoción de la salud en las comunas. 2013.

<sup>179</sup> Ministerio de Salud Chile, Subsecretaría de Salud Pública, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, El Agua Consultores. Evaluación sobre las condiciones para instalar la promoción de salud en las comunas del país. 2012.

<sup>180</sup> En una iniciativa sin precedentes, la Subsecretaría de Salud Pública, como actor del Sistema de Protección Social y en el marco de implementación de la reforma de salud, asumió el debate sobre la producción social de la enfermedad, el marco teórico de la determinación social del proceso salud/enfermedad/atención y la definición de derechos exigibles por la ciudadanía. Los objetivos fueron: Identificar e intervenir las principales barreras de acceso al sistema de salud y a las garantías sociales del sistema integral de protección social en cada una de las 92 comunas más vulnerables. Elaborar un diagnóstico de las barreras de acceso a salud en términos de calidad de vida y de servicios de salud en particular, utilizando el modelo de cobertura efectiva en cada una de las 92 comunas seleccionadas. Priorizar con la comunidad las barreras de acceso más relevantes en cada una de las 92 comunas. Elaborar un plan de acción de intervención sobre las barreras priorizadas en cada una de las 92 comunas que incluya la participación de la red de protección social, y en particular la del gabinete social a nivel del gobierno regional. Implementar un plan de acción para la reducción de las barreras de acceso en cada una de las 92 comunas más vulnerables. Contribuir desde salud al acceso oportuno a las garantías sociales contempladas en el sistema de protección Social y al ejercicio de derechos en cada una de las 92 comunas seleccionadas. Fortalecer el trabajo integrado de los Servicios de Salud, Fonasa y los Seremi a nivel regional.

Entonces los mecanismos de participación efectiva están dados al iniciar un plan como también por actividades que se planifican en el mismo como son: diagnóstico participativo, escuela de salud para líderes comunitarios, conversatorios promoción de la salud, foros comunales de promoción de la salud, conversatorios sobre entornos alimentarios saludables con la comunidad educativa, cuenta pública participativa del proyecto de innovación comunal saludable, confección en conjunto con comunidad educativa de mapas de rutas seguras para el traslado de los niños, en bicicleta o caminando, desde y hacia el establecimiento, formación de líderes al interior de la comunidad educativa (consejo escolar, centro de alumnos, centro de padres, etc.) como actores claves para la postulación de proyectos locales para la promoción de la actividad física o proyectos deportivos al IND, formación de líderes comunitarios en la temática vida libre de humo de tabaco en instancias intersectoriales existentes, formación de grupos de apoyo para la lactancia materna, formación a organizaciones civiles en formulación y postulación a proyectos concursables deportivos del intersector, incentivando la práctica de actividad física, formación de ramas deportivas y recreativas para todos los integrantes de la familia, (escuelas deportivas para niños, talleres de baile para las mamás, senderismo, etc.), diseño participativo de Instrumentos de Planificación Local (IPL) y finalmente diagnóstico y planificación estratégica participativa.

Respecto de este último, se establece como una fase esencial de la Estrategia MCCS, no sólo porque permite contar con información sobre el estado de salud de la comunidad, sino que también porque permite que la comunidad explore y reflexione sobre los determinantes sociales y sobre su propia calidad de vida.

El Diagnóstico Integral por definición, corresponde a un proceso reflexivo en el que se analiza la situación de salud de la comuna desde un enfoque de determinantes sociales y equidad social. Este proceso tiene un doble propósito; el primero, es que permite recopilar y generar información sobre la situación de salud y calidad de vida en la comuna para la definición de problemas que se abordan o abordarán en los PTPS. Por otra parte, permite contar con información base de la comuna, para comparar en el tiempo (al final del período trienal) los cambios sucedidos en el estado de salud y calidad de vida de la comuna.

Los diagnósticos participativos se realizaron durante los años 2015-2016, y continúan vigentes dado que no se ha resuelto la situación de abundancia de entornos no saludables. Las comunas que lo requirieron, de acuerdo a sus necesidades locales, programaron nuevamente para el trienio 2019-2021 diagnósticos participativos.

También en lo que respecta a la ejecución del plan y los mecanismos de participación social, los equipos locales definen a qué entidades o grupos consideran en la planificación, en gran parte de los casos los equipos intersectoriales se consideran a miembros de la comunidad, lo que mejora la calidad de las intervenciones, haciéndolas más pertinentes y aumentando el empoderamiento en salud de las personas.

Las SEREMIS de Salud tienen un rol importante en la implementación de mecanismos de Participación efectivos en promoción de la salud realizando escuelas de gestores sociales sobre la estrategia de Municipios, Comunas y Comunidades Saludables a dirigentes y funcionarios públicos durante el año 2017.

El entorno social es intervenido a través del componente Participación Comunitaria con la formación de redes locales que busca incidir en cambios culturales y de costumbres asociadas a la alimentación y actividad física, involucrando a las personas con su entorno de vida y asociatividad, lo cual contribuye al desarrollo de factores protectores psicosociales, debido a que un vínculo saludable al interior de la comunidad fortalece la confianza en los otros, la reciprocidad, el liderazgo comunitario y, en definitiva, fortalece el tejido social comunitario que permite a los individuos proteger su salud mental.

Para la implementación del componente 3, MINSAL ha definido 12 actividades a ser seleccionadas por los municipios. Con el objeto de sistematizar y modelar la producción del componente, el panel ha agrupado las actividades anteriores según la acción que involucra, esto es, Estrategias participativas, Formación y Conversatorios.

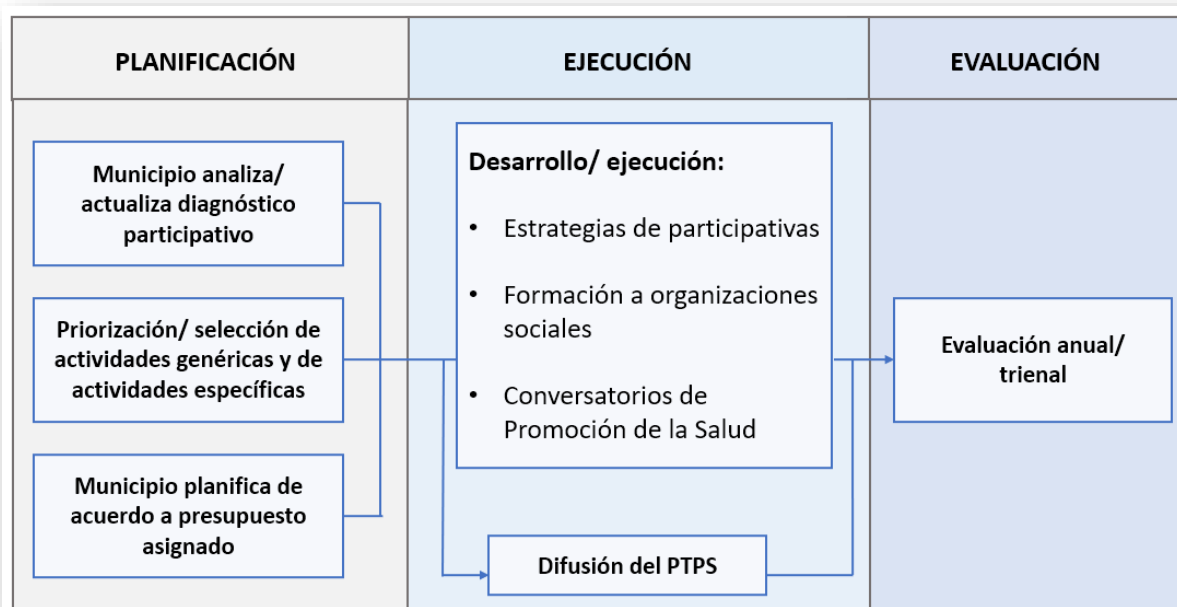


- **Estrategias participativas**, tales como Diagnóstico y Planificación estratégica participativa; Cuenta pública participativa del proyecto de innovación comunal saludable; Diseño en conjunto con comunidad educativa, mapas de rutas seguras para el traslado de los niños, en bicicleta o caminando, desde y hacia el establecimiento.
- **Formación a organizaciones sociales** en formulación y postulación a proyectos concursables deportivos del intersector, incentivando la práctica de actividad física; grupos de apoyo para la lactancia materna; líderes al interior de la comunidad educativa (consejo escolar, centro de alumnos, centro de padres, etc.) como actores claves para la postulación de proyectos locales para la promoción de la actividad física o proyectos deportivos al IND; de líderes comunitarios en la temática vida libre de humo de tabaco en instancias intersectoriales existentes; de ramas deportivas y recreativas para todos los integrantes de la familia, (escuelas deportivas para niños, talleres de baile para las mamás, senderismo, etc.); a funcionarios públicos (Escuela Comunal de salud); líderes comunitarios (Escuela de salud).
- **Conversatorios de Promoción de la Salud**, sobre entornos alimentarios saludables con la comunidad educativa.

A nivel del diagnóstico, las comunidades participan activamente en procesos consultivos; los/as encargados/as de Programa refieren utilizar medios como entrevistas, encuestas y encuentros grupales con los actores relevantes de la comunidad para indagar sobre las necesidades sentidas desde el territorio, así como para priorizar y levantar acciones para su beneficio, adquiriendo un conocimiento sobre la realidad local.

A continuación se muestra el flujograma de proceso de producción del componente Participación Comunitaria para el empoderamiento.

**Figura 21 - Flujograma de Producción de Componente 3**



Fuente: Elaboración Propia

Aunque las actividades son suficientes y necesarias para la producción del componente 3, aquí también se observa una mayor diversificación para un tipo de actividad, en este caso, la línea de Formación, especialmente si se compara con la de Estrategias participativas. Nuevamente entonces, resulta importante distinguir las acciones según ámbito de intervención, por ejemplo: alimentación y ejercicio físico, o escuela, barrio y transporte público, o actores locales. Se requiere entonces, un diseño organizado de las actividades que identifique distinto tipo de acción y ámbitos de intervención.

A continuación se muestran en detalle las actividades específicas.

**Cuadro 61 - Actividades del Componente 3**

N°	NOMBRE	DESCRIPCIÓN / OBSERVACIÓN
1	Escuela de salud para líderes comunitarios	<p>Consiste en la implementación de un programa de capacitación y formación de competencias a líderes sociales y representantes de organizaciones gremiales, sindicales y de la sociedad civil de la comuna, en ámbitos de políticas públicas en promoción de la salud, sus objetivos, beneficios y procedimientos para participar de éstas, además de formación en metodologías para la promoción de la salud en comunidad. Luego de la capacitación se busca que los participantes repliquen los conocimientos adquiridos para construir procesos organizativos que contribuyan al desarrollo de la democracia participativa y la promoción de la salud en sus comunidades, instituciones y lugares de trabajo.</p> <p>Busca contribuir a la formación de dirigentes y líderes sociales, en participación ciudadana, ejercicio de derechos y promoción de la salud, a través de un proceso sistemático y práctico que incorpora y valida su experiencia y fortalece sus competencias específicas. Participan líderes de la comunidad y dirigentes sociales de las organizaciones territoriales y funcionales, dirigentes sindicales y gremiales, miembros de instituciones locales, ONGs y del intersector.</p>
2	Conversatorios Promoción de la Salud	<p>Es una modalidad de consulta ciudadana, en que se convoca a la comunidad, instituciones públicas y privadas e intersector a dialogar sobre algún tema relevante de promoción de la salud.</p> <p>Ejemplo: En lugares de trabajo, se convoca a trabajadores, gestores (comités paritarios, bienestar, sindicatos) y empleadores a dialogar sobre temas relacionados con la Salud y Calidad de Vida Laboral.</p> <p>Busca informar, sensibilizar e involucrar a la comunidad y a las instituciones educacionales y/o laborales públicas y privadas en el debate sobre formulación y ejecución de políticas públicas relacionadas con el Plan Trienal de Promoción de la Salud, como por ejemplo temas de impacto en la salud cardiovascular de los trabajadores, la ley composición nutricional de alimentos para los establecimientos educacionales, entre otros. Participan representantes de organizaciones territoriales y funcionales de la comuna; dirigentes y líderes comunitarios; miembros de instituciones locales, miembros de lugares de trabajo y establecimientos educacionales promotores de salud y del intersector.</p> <p>Es una instancia de diálogo comunal intersectorial encabezada por el Alcalde, orientada a tomar acuerdos para abordar problemas de salud pública relacionados con los planes trienales de Promoción de la Salud. En ella, los participantes asumen acuerdos con plazos determinados y acotados, el seguimiento debe estar encabezado por el Equipo Gestor.</p>
3	Escuela Comunal de salud para funcionarios públicos	<p>Su propósito es posicionar temas relevantes de salud pública y vida sana en las agendas locales a nivel intersectorial, a través de un diálogo conjunto entre autoridades, ciudadanía y representantes de instituciones públicas y privadas presentes en la comuna. Participan actores de las distintas instituciones locales, como Municipio, Gobernación, Hospitales, APS, escuelas, organizaciones de la sociedad civil, ONGs, Empresas, gremios, entre otras.</p>
4	Conversatorios sobre entornos alimentarios saludables con la comunidad educativa	<p>Realización de conversatorios en establecimientos educacionales para levantar propuestas de como construir entornos alimentarios saludables en las escuelas. Se recomienda convocar a diferentes actores de la comunidad educativa, como por ejemplo: estudiantes, padres y apoderados, docentes, administrativos, etc.</p>
5	Confección en conjunto con comunidad educativa, mapas de rutas seguras para el traslado de los niños, en bicicleta o caminando, desde y hacia el establecimiento.	<p>Consiste en formar a líderes y representantes de la comunidad como pueden ser los integrantes de organizaciones funcionales y territoriales como el consejo escolar, centro de alumnos, centro de padres, consejo de desarrollo o la comunidad. El objetivo es incrementar los niveles de AF en la población escolar.</p>
6	Formación de líderes al interior de la comunidad educativa (consejo escolar, centro de alumnos, centro de padres, etc.) como actores claves para la postulación de proyectos locales para la promoción de la actividad física o proyectos deportivos al IND.	<p>En coordinación con DAEM, con los encargados de convivencia y los encargados de salud Consiste para formar a líderes y representantes de la comunidad como pueden ser los integrantes de organizaciones funcionales y territoriales como el consejo escolar, centro de alumnos, centro de padres, consejo de desarrollo o la comunidad. El objetivo es mejorar las competencias para elaboración y postulación a proyectos locales para la promoción de la actividad física o proyectos deportivos al IND u otra fuente de financiamiento de proyectos.</p>

7	Formación de líderes comunitarios en la temática vida libre de humo de tabaco en instancias intersectoriales existentes.	Empoderar líderes comunitarios para impulsar ambientes libres de humo de tabaco en parques, plazas saludables y lugares de recreación destinados a niños y niñas, utilizando las coordinaciones intersectoriales ya existentes
8	Formación de grupos de apoyo para la lactancia materna	Formación de grupos de apoyo en Lactancia Materna a través de los cuales, muchas mujeres se ayudan unas a otras en las inquietudes que surgen relacionadas con este tema. Un grupo de apoyo a la Lactancia Materna es un grupo de mujeres (generalmente embarazadas y madres en período de amamantamiento) que se reúnen con el fin de intercambiar información, reflexionar y darse apoyo en todo lo que se refiere a la lactancia materna. Se recomienda que los grupos de apoyo sean coordinados por mujeres que hayan recibido capacitación y tengan experiencia positiva de amamantamiento.
9	Formación a organizaciones civiles en formulación y postulación a proyectos concursables deportivos del intersector, incentivando la práctica de actividad física.	Consiste en formar a líderes y representantes de la comunidad como pueden ser los integrantes de organizaciones funcionales y territoriales como el consejo escolar, centro de alumnos, centro de padres, consejo de desarrollo o la comunidad.
10	Formación de ramas deportivas y recreativas para todos los integrantes de la familia, (escuelas deportivas para niños, talleres de baile para las mamás, senderismo, etc.)	Fortalecimiento de la comunidad y organizaciones ya existentes en el territorio a través de un espacio de encuentro comunal en sedes comunitarias u otros espacios, en que los participantes, se reúnen en forma periódica a realizar actividades de carácter físico recreativo, según sus propios intereses, motivados y orientados por un profesional o técnico de la actividad física, para promover la adquisición de hábitos de vida saludable.
11	Diagnóstico y Planificación estratégica participativa	Convocar a DEM, Directivos de EE y EEPS, Consejos Escolares y Comunidad educativa del territorio al Diagnostico de MCCS y Planificación, a fin de asegurar que las OT o las líneas estratégicas de cada institución estén integradas a la planificación 2019-2021 si es que la institución en los distintos niveles avala las intervenciones. Se procurará informar al nivel nacional y regional las medidas que comunalmente se tomen en lo que les compete. Programar esta actividad contribuye a la sostenibilidad del proyecto
12	Cuenta pública participativa del proyecto de innovación comunal saludable	Uno de los instrumentos más importantes para el involucramiento de las personas en la evaluación y control de las políticas públicas lo constituyen las Cuentas Públicas Participativas. Contribuye a mejorar los niveles de transparencia en la gestión pública y los índices de gobernanza. Sin embargo, para que la Cuenta Pública pueda concretar las virtudes mencionadas, es necesario que cumpla con algunos requisitos mínimos: Que sea informada, esto es, que los participantes en la Cuenta Pública cuenten con información suficiente en calidad y claridad, en cada una de las etapas, y que permita tener una real participación y no ser, simplemente, meros espectadores. - Que la convocatoria sea abierta y representativa. En otras palabras que pueda asistir toda persona que tenga interés en ello y, que en los participantes e invitados, no se excluya arbitrariamente a personas u organizaciones que representen opiniones o posturas de beneficiarios de las políticas públicas. - Que se realice con una metodología participativa que permita recoger las preguntas y opiniones de los asistentes y, posteriormente, utilizarlas para el enriquecimiento de las políticas públicas.

Fuente: Programa

#### Componente n°4. Difusión y comunicación social

Se busca contribuir a aumentar la percepción de riesgo de Enfermedades No transmisibles asociado a las conductas no saludables, facilitando información a la población de forma permanente y sistemática sobre los riesgos de las conductas no saludables a través de la entrega de mensajes de salud positivos, y difundiendo la oferta de actividad física y alimentación saludable.

Este componente considera la realización de campañas comunicacionales y acciones de difusión masivas en actividad física y alimentación saludable (difusión de Guías Alimentarias Básicas de Alimentación Saludable y Ley 20.606 sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad; de la oferta municipal y o comunal para la vida sana, actividades masivas, como cicletadas familiares, corridas, zumbatón, etc.).

Se facilita información a la población de forma permanente y sistemática, con mensajes de promoción de salud, información sobre la oferta de actividad física y alimentación saludable. También se educa para aumentar la percepción de riesgo de ECNT asociado a las conductas no saludables. Asimismo, se busca aumentar los conocimientos, autoeficacia y autocontrol de las personas para llevar una vida más saludable. Incrementar la conciencia de salud, desarrollando una estrategia comunicacional con la participación de la comunidad, en la cual se expresen mensajes de salud positivos.

El programa recomienda:

- Utilizar todos los medios de comunicación disponibles en la comuna.
- Garantizar que los mensajes y la información sean compartidos con la comunidad continuamente.
- Adaptar los mensajes de acuerdo con las necesidades de los diferentes grupos y poblaciones y a las
- prioridades de promoción de la salud a lo largo del ciclo vital.
- Promover mensajes sobre la estrategia, utilizando ejemplos positivos existentes y personalidades influyentes.
- Utilizar diferentes metodologías de capacitación, por ejemplo: uso de medios digitales, jornadas, reuniones, entre otros.
- Los equipos deberán fortalecer sus competencias en ejercicio de derechos, enfoque de género, interculturalidad, determinantes sociales de la salud, equidad, descentralización, planificación estratégica y operativa, liderazgo, abogacía, dinámicas de participación social, y desarrollo local entre otros contenidos, que potenciarán las capacidades locales para instalar el proceso de Comuna Saludable.

Se busca aumentar los conocimientos, autoeficacia y autocontrol de las personas para llevar una vida más saludable. Entrega información que motive y eduque a la población para desarrollar competencias que les facilite llevar una vida más sana, por ejemplo, se realizan acciones educativas sobre cómo utilizar la infraestructura disponible en actividad física y alimentación saludable, charlas sobre la ley 20.606, elaboración de regulaciones locales en vida sana, entre otros.

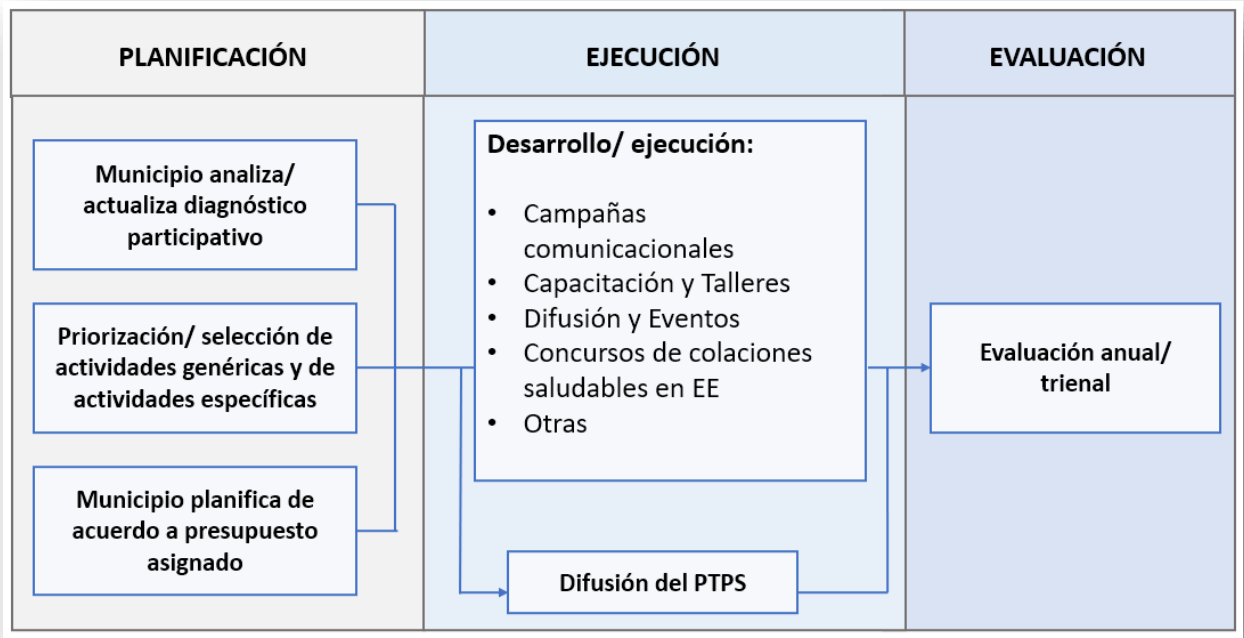
Para la implementación del componente 4, MINSAL ha definido 45 actividades a ser seleccionadas por los municipios. Con el objeto de sistematizar y modelar la producción del componente, el panel ha agrupado las actividades anteriores según la acción que involucra, esto es, Campañas comunicacionales, Capacitación y talleres, Difusión y eventos, Concursos y Otras.

- **Campañas comunicacionales** sobre apoyo a la lactancia materna; actividad física abordando por ejemplo las consecuencias del sedentarismo, uso de las escaleras, etc.; alimentación saludable; los beneficios nutricionales de los productos del mar; los beneficios nutricionales del consumo de legumbres; para fomentar el transporte activo; que informe a la comunidad escolar sobre los múltiples beneficios de la actividad física; en radios locales, medios de prensa escritos, y redes sociales, promoviendo la utilización de escaleras, transporte activo, oferta en actividad física (senderos de trekking, ríos, lagos, costaneras, rutas, etc.) y actividades que incrementan la AF en la comuna.

- **Capacitación y talleres**, capacitación a comunidad (grupos de apoyo, dirigentes sociales, madres, agrupaciones, etc.) en lactancia materna; comunidad educativa sobre Ley N° 20606 Sobre Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad; comunidad en preparaciones innovadoras, modernas y atractivas utilizando legumbres; a empleadores, comités paritarios y trabajadores sobre los beneficios de la práctica regular de actividad física laboral para los trabajadores y para la empresa; manipuladoras de alimentos en inocuidad alimentaria y sobre preparaciones atractivas y accesibles utilizando productos del mar; pequeños agricultores, agricultores familiares (Circuitos Cortos); en Alimentación Laboral Saludable; práctica para la buena realización de actividad física a nivel preescolar y escolares por parte del profesor de educación física del EE, utilizando la guía de Recomendaciones de AF según curso de Vida del MINSAL-MINDEP-MINEDUC; práctica para la buena realización de actividad física a población de niños y niñas, adolescentes, jóvenes, adultos o adultos mayores en espacios públicos; práctica para la buena realización de actividad física a población adultos en espacios laborales utilizando la guía de actividad física Laboral MINSAL; sobre lactancia materna y autoeficacia; Formación Continua en Promoción de la Salud; Talleres de: alimentación saludable, de Hábitos Saludables para la familia dirigido a trabajadoras y trabajadoras (del sector público y privado), manipulación de alimentos para el expendio de pescados y mariscos, sobre los beneficios de la actividad física en niños, niñas y adolescentes, dirigidos a padres, en las reuniones de padres y apoderados de las escuelas, extraprogramáticos recreativos y deportivos con foco de inclusión, sobre preparaciones atractivas y accesibles utilizando productos del mar, recreativos de formación motora en primera infancia, vecinales de actividad física, segmentada por grupos etarios.
- **Difusión y Eventos**, difusión de catastro de puntos de venta de alimentos saludables como por ejemplo, pescaderías, marisquerías, fruterías, verdulerías; de éxitos deportivos locales en los medios de prensa local y/o regional; para poder contar con líderes y orientar sobre los beneficios de la AF tanto físicos como para la salud mental; eventos deportivos comunales, como celebración de hitos locales, con participación activa del intersector; Inserción de mensajes sobre los beneficios de la actividad física en los medios de difusión local como TV, radio, diario, boletines, etc. Eventos deportivos para celebración de hitos laborales; Campeonatos deportivos anuales con la comunidad; Celebración de efemérides o hitos escolares, como el Día de la Actividad Física (6 de abril), Foros Comunales de Promoción de la Salud; Hito comunicacional: Día Mundial Sin Tabaco, 31 de mayo; Instalación de amplificación musical en los recreos y comentar los beneficios de la actividad física; Redacción de artículos con los beneficios de la actividad física e incorporarlos en los medios de comunicación internos de la empresa
- **Concursos de colaciones saludables en EE**; de Huertos / Invernaderos Comunitarios; en EE.
- **Otras**: Elaboración de plan de gestión de utilización de espacios públicos para la práctica de actividad física; Recursos didácticos sobre actividad física que sean adaptados para quienes enseñan a los profesores y autoridades de los EE.

A continuación se muestra el flujograma de proceso de producción del componente Difusión y comunicación social.

**Figura 22 - Flujograma de Producción de Componente 4**



Fuente: Elaboración Propia

En el análisis de las actividades para el componente 4 se advierten algunas dificultades, por ejemplo: las actividades de Capacitación tienden a ser equivalente a las de Formación del componente 3 y algunas otras van en la línea de habilitación del componente 1 (huertos, amplificación musical, etc.). Entonces, si bien las actividades son suficientes y necesarias para el cumplimiento del componente, se requiere tal como en los anteriores, un diseño organizado que identifique distinto tipo de acción y ámbitos de intervención.

A continuación se detallan las actividades específicas.

**Cuadro 62 - Actividades del Componente 4**

N°	NOMBRE	DESCRIPCIÓN / OBSERVACIÓN
1	Concursos de Huertos / Invernaderos Comunitarios	Implementación de concursos para la creación de huertos o invernaderos comunitarios que consideren premios en implementación e insumos para la construcción y permanencia.
2	Concursos de colaciones saludables en establecimientos educacionales	Implementación de concursos de cumplimiento de colaciones saludables. Se recomienda utilizar un registro anual por curso y/o establecimientos que culmine con una premiación de los cursos y/o establecimientos que cumplieron sobre un 80% de la programación durante el periodo.
3	Concursos de Huertos / Invernaderos en establecimientos educacionales	Implementación de concursos para la creación de huertos o invernaderos en establecimientos educacionales que consideren premios en implementación e insumos para su construcción y permanencia.
4	Talleres de manipulación de alimentos para el expendio de pescados y mariscos	Implementación de talleres de manipulación de los alimentos dirigidos a organizaciones y asociaciones de pescadores artesanales en caletas u otros, con el fin de mejorar condiciones de expendio de pescados y mariscos.
5	Capacitación a pequeños agricultores, agricultores familiares (Circuitos Cortos)	Implementación de capacitaciones a pequeños agricultores, los temas que se pueden incluir son: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Venta directa en la explotación (canasta, cosecha, otros)</li> <li>· Venta directa en ferias locales</li> <li>· Venta en tiendas (puntos de venta colectivos, restaurantes, comerciantes detallistas, otros)</li> <li>· Venta directa en supermercados</li> <li>· Reparto a domicilio</li> <li>· Venta anticipada</li> <li>· Venta por correspondencia (Internet, otros)</li> <li>· Consumo directo en la explotación (agroturismo)</li> <li>· Venta al sector público</li> <li>· Exportación bajo las normas del comercio justo.</li> </ul>
6	Formación Continua en Promoción de la Salud	Capacitación a integrantes del equipo gestor y/o equipo intersectorial de promoción de la salud en áreas temáticas de interés y metodologías apropiadas para el trabajo en promoción de la salud.
7	Foros Comunales de Promoción de la Salud	Consiste en la implementación de un programa de capacitación y formación de competencias a funcionarios en ámbitos de políticas públicas en promoción de la salud, sus objetivos, beneficios y procedimientos para participar de éstas, además de formación en metodologías para la promoción de la salud en comunidad.
8	Capacitación a comunidad educativa sobre Ley N° 20606 Sobre Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad	Diseñar e implementar programa de capacitación a comunidad educativa sobre Ley N°20.606 Sobre Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad para instalar acciones de vigilancia. Incluye adquisición de material educativo
9	Eventos deportivos comunales, como celebración de hitos locales, con participación activa del intersector.	Participar en la coordinación y realización de Hitos municipales de participación masiva tales como corridas, caminatas o cicletadas, como corolario de las actividades deportivas anuales de tipo permanente etc. Es una actividad masiva que permite la participación con curso de vida de los asistentes.
10	Difusión de éxitos deportivos locales en los medios de prensa local y/o regional.	Fomentar la difusión de los logros deportivos alcanzados por juntas vecinales, clubes o algún tipo de organización civil en medios de prensa local, comunal o regional.
11	Difusión para poder contar con líderes y orientar sobre los beneficios de la AF tanto físicos como para la salud mental	Realizar en medios de comunicación local (radio y TV escolares, radio y TV comunal) entrevistas a deportistas del mismo establecimiento, apoyado por profesores de educación física
12	Campañas de comunicación que informe a la comunidad escolar, sobre los múltiples beneficios de la actividad física.	Difusión para actualizar información sobre noticias relacionadas a la AF, utilizando canales de comunicación internos de los EE, como: boletines informativos, diario mural, radio escolar, redes sociales, otros.

13	Recursos didácticos sobre actividad física que sean adaptados para quienes enseñan a los profesores y autoridades de los EE.	Elaborar material didáctico basándose en las Recomendaciones de AF según Curso de Vida (MINSAL-MINDEP-MINEDUC 2017) para que los profesores y autoridades puedan difundir los beneficios de la práctica regular de la AF en NNA, como: tipos de pausas activas en la sala de clase, juegos para recreos activos, actividades de transporte activo, otros.
14	Celebración de efemérides o hitos escolares, como el Día de la Actividad Física (6 de abril).	La conmemoración de la celebración de hitos simbólicos representa la oportunidad de organizar actividades con el fin de lograr un impacto comunicacional e integrador de la comunidad educativa. Por ejemplo, proponer que durante el mes del hito se realicen campañas de difusión sobre los beneficios de la AF, realizar carteleras, organizar actividades recreativas y deportivas. Se sugieren las actividades que vinculan a la comunidad educativa como corridas, cicletadas, caminatas, torneos deportivos o gymnkanas.
15	Redacción de artículos con los beneficios de la actividad física e incorporarlos en los medios de comunicación internos de las empresas públicas y privadas.	Estrategia comunicacional para estimular a la adherencia de hábitos saludables, asociados a los beneficios de la AF
16	Campaña comunicacional sobre actividad física abordando por ejemplo las consecuencias del sedentarismo, uso de las escaleras, etc.	Estrategia comunicacional para sensibilizar y estimular a la adherencia de hábitos saludables, asociados a los beneficios de la AF
17	Hito comunicacional: Día Mundial Sin Tabaco, 31 de mayo.	Celebrar el 31 de mayo, día mundial sin tabaco de la OMS, a través de la realización de diferentes actividades relacionadas con el fomento de los entornos libres de humo de tabaco en los ámbitos laboral, educacional y comunitario.
18	Campeonatos deportivos anuales con la comunidad.	Eventos comunales los que tienen una modalidad de competencia, asegura la máxima participación, de carácter no excluyente y debe durar al menos 4 fechas. Idealmente deberá privilegiarse la modalidad de todos contra todos. Con enfoque de género.
19	Utilización de amplificación musical en los recreos y difundir los beneficios de la actividad física	Aumentar la práctica recomendada de AF en NNA, un gran desafío actualmente, por lo que requiere de estímulos constantes para sensibilizar y facilitar la práctica regular de AF. Se recomienda impulsar el uso de amplificación musical para tener una voz de mando que pueda ser reconocida por los estudiantes. Si las actividades a realizarse lo requieren y crear un ambiente distendido con ritmos musicales seleccionados por líderes escolares, para contribuir a la adherencia en las actividades de los recreos activos. Los diarios murales son espacios de comunicación abierta para difusión en la comunidad educativa sobre los beneficios de la práctica regular de AF en NNA.
20	Eventos deportivos para celebración de hitos laborales	Estrategia comunicacional para estimular a la adherencia de hábitos saludables, asociados a los beneficios de la AF
21	Capacitación práctica para la buena realización de actividad física a nivel preescolar y escolares por parte del profesor de educación física del EE, utilizando la guía de Recomendaciones de AF según curso de Vida del MINSAL-MINDEP-MINEDUC.	Con el nuevo Núcleo Corporalidad y Movimiento de las Bases Curriculares Educación Parvularia (2018), se hace prioritario el extender capacitación de desarrollo práctico para lograr la cantidad recomendada de AF en NN al personal docente, con contenido de la guía de Recomendaciones de AF según curso de Vida del MINSAL-MINDEP-MINEDUC.
22	Capacitación a empleadores, comités paritarios y trabajadores sobre los beneficios de la práctica regular de actividad física laboral para los trabajadores y para la empresa.	Consiste en formar a los actores claves que implementan estrategias de promoción de salud en los lugares de trabajo en aspectos técnicos de actividad física laboral. Para desarrollar este trabajo se cuenta con los siguientes materiales MINSAL: 1. Recomendaciones de actividad física según curso de vida, 2. Guía clínica actividad física para personas con comorbilidad y 3. Guía de Actividad Física Laboral disponible a partir del 2019.
23	Taller de alimentación saludable	Realización de talleres educativos en alimentación saludable, algunos de los temas recomendados son: - Talleres educacionales, vivenciales y demostrativos sobre educación alimentaria y hábitos de vida saludable - Sensibilización en hábitos alimentarios saludables - Recomendaciones para la toma de decisiones alimentarias más saludables, según presupuesto familiar.



24	Talleres educativos sobre los beneficios de la actividad física en niños, niñas y adolescentes, dirigidos a padres, en las reuniones de padres y apoderados de las escuelas.	Realizar talleres educativos e informativos a los padres para poder orientar sobre los beneficios de la AF en el ámbito físico y mental
25	Talleres extraprogramáticos recreativos y deportivos con foco de inclusión.	Se recomienda la abogacía para incorporar actividades vinculantes con enfoque de integración para situación de discapacidad física e intelectual.
26	Talleres vecinales de actividad física, segmentada por grupos etarios.	Actividad de carácter permanente, que representen los intereses deportivos y recreativos de los participantes locales, resguardando la calidad técnica del mismo. Requiere incorporar enfoque de género, y segmentación etaria, considerando las necesidades y requerimientos de cada grupo de la población, ya que trabajar con adolescentes, no es lo mismo que hacerlo para adultos mayores. Por otro lado, los hombres pueden demandar actividades distintas de las actividades de mujeres, lo que significa que es necesario tener presente dichas especificidades. Podrá realizarse en la modalidad o expresión físico-deportiva que los participantes demanden. También se pueden realizar talleres sobre "transporte activo en bicicleta", "beneficios de la actividad física", entre otros.
27	Talleres recreativos de formación motora en primera infancia.	Con el fin de incrementar la cantidad recomendada de AF en niños y niñas, se recomienda la abogacía para incorporar actividades vinculantes con el desarrollo motor a través del juego.
28	Capacitación sobre lactancia materna y autoeficacia	Capacitación a directivos y jefaturas y profesionales sobre lactancia materna y autoeficacia.
29	Inserción de mensajes sobre los beneficios de la actividad física en los medios de difusión local como TV, radio, diario, boletines, etc.	Una campaña es útil como apoyo a otras actividades de educación para la salud, respecto por ejemplo, a los beneficios de la actividad física, a la oferta comunal en esta área; horarios para el uso de los recintos deportivos, lugar de realización de talleres, instituciones que los dictan o difusión sobre deportistas destacados de la comuna. En medios de comunicación local con un lenguaje creativo y sencillo es posible lograr gran cobertura, por lo que es una herramienta para sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de la realización de actividad física y las posibilidades de acceso a ella.
30	Talleres de Hábitos Saludables para la familia dirigido a trabajadoras y trabajadoras (del sector público y privado)	Consiste en implementar Talleres de Hábitos Saludables dirigido a madres, padres y cuidadores de niños para el desarrollo de hábitos saludables al interior de la Familia con el propósito de mantener en normo peso y prevenir la obesidad infantil. Para desarrollar este trabajo se contara con el "Manual Taller de Alimentación y Actividad Física para Familias" del Programa EVS-SALUD.
31	Campaña comunicacional de apoyo a la lactancia materna	Campaña comunicacional de apoyo a la lactancia materna. Se incluyen hitos, conmemoración de la semana de la lactancia materna), concursos de apoyo a la lactancia materna, por ejemplo: cuentos, corridas, fotográficos, etc.
32	Campañas locales en radios, medios de prensa escritos, y redes sociales, promoviendo la utilización de escaleras, transporte activo, oferta en actividad física (senderos de trekking, ríos, lagos, costaneras, rutas, etc.) y actividades que incrementan la AF en la comuna.	Se puede realizar a través de medios digitales (intranet, páginas web, correos electrónicos, redes sociales), escritos (Boletines, periódicos, diarios murales) y audiovisuales (radio, televisión).
33	Capacitación a comunidad (grupos de apoyo, dirigentes sociales, madres, agrupaciones, etc.) en lactancia materna	Capacitación a comunidad (grupos de apoyo, dirigentes sociales, madres, agrupaciones, etc) en lactancia materna por ejemplo a través de escuela de gestores sociales.
34	Campaña para fomentar el transporte activo.	Con el fin de incrementar la cantidad recomendada de AF en adultos se sugiere realizar campaña de difusión sobre los beneficios del transporte activo para los trabajadores. Acciones como: Implementar estacionamiento de bicicletas, entrega de mapas de ciclovías, acondicionamientos de vestuarios, creación de grupos motivadores.
35	Capacitación en Alimentación Laboral Saludable	Realización de capacitación a empleadores, comités paritarios y trabajadores (privados o públicos) sobre los beneficios de la alimentación laboral saludable tanto para la salud de los trabajadores y la productividad de la institución laboral o empresa.
36	Difusión de catastro de puntos de venta de alimentos saludables como por ejemplo, pescaderías, marisquerías, fruterías, verdulerías	Elaboración y difusión de catastro comunal de puntos de venta de alimentos saludables como por ejemplo, pescaderías, marisquerías, fruterías, verdulerías

37	Campaña comunicacional sobre los beneficios nutricionales de los productos del mar	Campaña comunicacional sobre los beneficios nutricionales de los productos del mar y/o alternativas de preparación entre otros. Se puede realizar a través de medios digitales (intranet, páginas web, correos electrónicos, redes sociales), escritos (Boletines, periódicos, diarios murales) y audiovisuales (radio, televisión).
38	Capacitación a manipuladoras de alimentos en inocuidad alimentaria y sobre preparaciones atractivas y accesibles utilizando productos del mar.	Capacitación a manipuladoras de alimentos en inocuidad alimentaria y sobre preparaciones atractivas y accesibles utilizando productos del mar.
39	Talleres grupales sobre preparaciones atractivas y accesibles utilizando productos del mar	Talleres grupales sobre preparaciones atractivas y accesibles utilizando productos del mar
40	Campaña comunicacional sobre los beneficios nutricionales del consumo de legumbres	Campaña comunicacional sobre los beneficios nutricionales de las legumbres, y/o alternativas de preparación entre otros. Se puede realizar a través de medios digitales (intranet, páginas web, correos electrónicos, redes sociales), escritos (Boletines, periódicos, diarios murales) y audiovisuales (radio, televisión).
41	Capacitación a comunidad en preparaciones innovadoras, modernas y atractivas utilizando legumbres	Capacitación a comunidad en preparaciones innovadoras, modernas y atractivas utilizando legumbres
42	Campaña comunicacional sobre alimentación saludable	Campaña comunicacional de alimentación saludable con pertinencia local que desincentive el consumo de alimentos "Altos en" y promueva el consumo de alimentos frescos y naturales. Se puede realizar a través de medios digitales (intranet, páginas web, correos electrónicos, redes sociales), escritos (Boletines, periódicos, diarios murales) y audiovisuales (radio, televisión). Debe contener objetivos comunicacionales por un periodo de tiempo mínimo y utilizando diferentes medios de difusión (radio, letreros, redes sociales u otras)
43	Capacitación para la elaboración de un plan de gestión de utilización de espacios públicos para la práctica de actividad física	La elaboración de un plan de gestión de utilización de espacios públicos deberá basarse en un catastro de espacios públicos para la actividad física y considerar la generación de estándares y criterios de utilización.
44	Capacitación práctica para la buena realización de actividad física a población de niños y niñas, adolescentes, jóvenes, adultos o adultos mayores en espacios públicos.	Capacitación práctica para la buena realización de actividad física a población de niños y niñas, adolescentes, jóvenes, adultos o adultos mayores en espacios públicos, utilizando la guía de Recomendaciones de AF según curso de Vida del MINSAL-MINDEP-MINEDUC o guía de actividad física y contaminación ambiental (MP 10 y 2,5)
45	Capacitación práctica para la buena realización de actividad física a población adultos en espacios laborales utilizando la guía de actividad física Laboral MINSAL	Capacitación práctica para la buena realización de actividad física a población adultos en espacios laborales utilizando la guía de actividad física Laboral MINSAL

Fuente: Programa

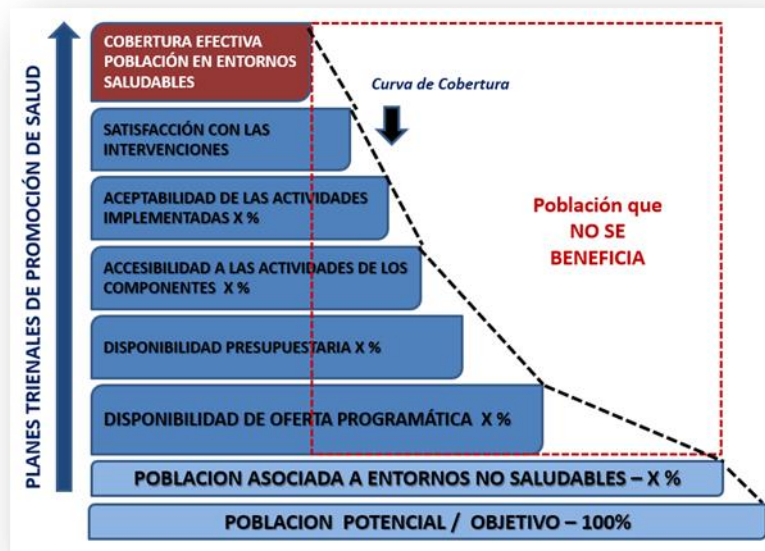
La planificación del Programa se hace de acuerdo a un presupuesto conocido y asignado, y no necesariamente en base a los resultados de los diagnósticos y priorizaciones participativas, ya que más bien se seleccionan actividades desde el pool existente, que son financiables con los marcos presupuestarios asignados y los recursos de programas relacionados (sinergias). Dado lo anterior, no existen brechas identificadas/definidas que puedan/deban ser cerradas por los PTPS, sin poder, por lo tanto, tener un dimensionamiento de la cobertura efectiva del Programa

Toda la situación observada plantea áreas de posibles problemas de equidad en el desarrollo del Programa, ya que existe una gran brecha entre la población que requiere la intervención promocional y la que finalmente la obtiene. Lo anterior, no obstante que el programa tiene dentro de sus marcos orientadores el de los Determinantes Sociales de la Salud y de Equidad, y aún cuando se han realizado permanentes esfuerzos para la realización de progresos en torno a la equidad de la implementación del Programa.

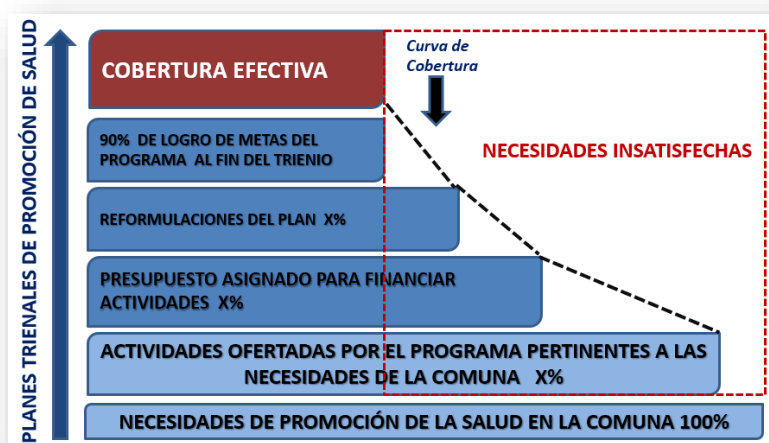
Aun así, se presentan situaciones que se transforman en barreras para que la población que debe beneficiarse de las intervenciones planificadas lo hagan de manera real o efectiva. Las intervenciones no solo deben ser disponibilizadas, también deben ser aceptadas por la población objetivo, deben ser utilizadas por las personas, deben resultar satisfactorias para los/as usuarios/os. Por otra parte, los aspectos de gestión deben procurar señalar las metas más altas para que las propias planificaciones potencien el logro de la cobertura efectiva.

El Modelo de evaluación de Equidad de acceso y barreras a servicios de salud<sup>181</sup>, sirve para esquematizar una curva de cobertura que permite visualizar las barreras para el logro de la equidad teórica del Programa.

**Figura 23 - Esquemas teóricos para el dimensionamiento de la cobertura efectiva del programa**



<sup>181</sup> Enfoque Innov8 para examinar los programas nacionales de salud para que nadie se quede atrás. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



Fuente: Elaboración Propia.

Si bien el programa aborda adecuadamente el problema/necesidad central y las causas que le dan origen, la composición de las actividades para cada componente requiere de una organización más coherente con el objetivo que persigue.

Se identifica que la composición de las actividades para cada componente requiere de jerarquización y organización coherente con el objetivo que persigue. Las actividades definidas dentro de cada componente surgen de un trabajo de revisión de evidencia científica, consenso con expertos y operadores del Programa. Las actividades son creadas para responder al árbol de objetivos, haciéndose cargo de las causas de las causas expresadas en el árbol del problema.

No obstante, lo anterior, el panel considera que no está asegurado que las actividades puedan cubrir adecuadamente los diferentes elementos constitutivos de cada componente a nivel comunal. Esto quiere decir que cada componente no está diseñado en base a un conjunto de actividades a cumplir, por tanto, no existe un conjunto de objetivos específicos a lograr para que el componente se produzca.

Esto trae consigo otra dificultad, que es la medición y evaluación más precisa de la producción, de allí que la construcción de indicadores de resultados se complejiza al punto de estar insuficientemente representados en la matriz de marco lógico. Esto, además, genera otra dificultad, que es la de operacionalizar estos elementos (líneas de acción) con vistas a la medición y evaluación de estos, de allí que la construcción de indicadores de resultados se complejiza al punto de estar insuficientemente representados en la matriz de marco lógico.

### Actividades de gestión local

Al inicio de esta evaluación, el Programa incluía dentro de su oferta de actividades, una serie de actividades que denominaba de "gestión local" ya que cumplían, desde su mirada, un rol transversal en el Programa que no permitía asignarlas a ninguno de los otros 4 componentes del programa. En el estudio de gastos administrativos que el Panel realizó junto al Programa, se determinó que la gran mayoría de estas correspondían a actividades de los componentes 1 y 3, y fueron reclasificadas de acuerdo a esto (más detalles en el Anexo 5, sección eficiencia).

En el siguiente cuadro se enuncian las actividades que previo a esta evaluación eran consideradas en esta categoría y la reclasificación realizada por el panel:

**Cuadro 63 - Actividades de “gestión local”**

N°	NOMBRE	DESCRIPCIÓN / OBSERVACIÓN	RECLASIFICACIÓN
1	Diseño participativo de Instrumentos de Planificación Local (IPL)	Consiste en la participación del Equipo Gestor y de la comunidad en el diseño de los contenidos sobre promoción de la salud de los IPL en su fase de elaboración. Los IPL corresponden al Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO), el Plan Anual de Educación Municipal (PADEM), Plan de Salud Comunal, Plan Regulador, entre otros. Busca que la Promoción de la Salud, en base a la estrategia MCCS, sea incorporada en el diseño de la planificación local del municipio con participación de la comunidad.	Componente 3
2	Incorporación en los PLADECO, el concepto " concepto de bienestar, calidad de vida "entorno saludable" y "estilos de vida saludable"	Realizar abogacía para que el PLADECO contenga la visión de MCCS, ya que es el principal instrumento de planificación y gestión con el que cuentan las municipalidades de Chile.	Componente 1
3	Abogacía con autoridades locales y directivos de establecimientos Educativos para incorporación en currículum integrado de educación preescolar hasta educación media al menos dos períodos diarios de 30 minutos de actividad Física moderada/vigorosa.	Con el fin de lograr la cantidad recomendada de AF en infantes y adolescentes, se recomienda la abogacía para la correcta ejecución de las horas de educación física, con al menos 30 minutos de AF moderada/ vigorosa.	Componente 1
4	Gestión desde la comuna, la postulación a los diversos fondos concursables para promoción de la actividad física en los establecimientos educacionales de la comuna.	Existen fondos concursables para poder desarrollar acciones deportivas o recreativas en la comuna o en el establecimiento educativo. *Ver anexo de oferta intersector	Componente 1
5	Generación de espacios protegidos para el desarrollo de actividades recreativas y deportivas en el entorno laboral.	Actualmente los lugares de trabajo son los que pueden facilitar que los trabajadores y trabajadoras aumenten su práctica regular de actividad física y deportiva, para ello se requiere realizar abogacía con directivos, jefaturas para garantizar un tiempo consensuado entre empleador-trabajador, con la finalidad de fortalecer y aumentar las instancias de actividades recreativas y deportivas al interior del entorno laboral.	Componente 1
6	Creación de espacios protegidos para que los trabajadores asistan al gimnasio.	Con el fin de incrementar la cantidad recomendada de AF en adultos, se sugiere otorgar horarios diferidos para facilitar el uso de infraestructura deportiva	Componente 1
7	Fomento al emprendimiento saludable	Implementar acciones para fomentar emprendimientos saludables como por ejemplo: kioscos, casetas y carros de elaboración y expendio de alimentos saludables (que cumplan con el Art 74b del Reglamento Sanitario de los Alimentos), tales como frutas, verduras, legumbres jugos de fruta, pescados y productos del mar u otros. Para desarrollar esta actividad se recomienda generar coordinaciones con administración municipal u otros actores del intersector (INDAP, Gobernación, Economía, Sercotec, Corfo etc.).	Componente 1

8	Elaboración de plan de mejora para Establecimientos Educativos	Los establecimientos educacionales que ingresan al sistema de reconocimiento elaboren un plan de mejora que se deriva de la aplicación de la pauta de autoevaluación, dependiendo de la categoría que se obtenga, se traducirán en procesos y directrices que sirvan como orientación y guía en el desarrollo de cada establecimiento (plan de mejora). Las acciones a desarrollar se enmarcan en los siguientes temas: alimentación saludable, actividad física, vida al aire libre, vida en familia.	Componente 3
9	Elaboración de plan de mejora para Lugares de Trabajo	Los lugares de trabajo que ingresan al sistema de reconocimiento elaboren un plan de mejora que se deriva de la aplicación de la pauta de autoevaluación, dependiendo de la categoría que se obtenga, se traducirán en procesos y directrices que sirvan como orientación y guía en el desarrollo de cada lugar de trabajo (plan de mejora). Las acciones a desarrollar se enmarcan en los siguientes temas: alimentación saludable, actividad física, vida al aire libre, vida en familia.	Componente 3
10	Generación de informes diagnósticos sobre actividad física de los trabajadores para efectuar abogacía para facilitar el acceso a la actividad física	A través de informes diagnósticos se conocen las dificultades de las pequeñas y medianas empresas en contar con instalaciones aptas para la realización de actividad física y ejercicio físico. Por lo que se sugiere invitar a los gimnasios locales a promover planes de descuentos para los trabajadores de los LTPS, con la finalidad de aumentar la práctica de actividad física y ejercicio físico de los trabajadores y trabajadoras.	Componente 1
11	Elaboración o actualización de catastro de fuentes de financiamiento intersectorial para incentivar la práctica de actividad física y/o mejorar el acceso a alimentación saludable	Existen en el nivel local distintas posibilidades de acceder a fondos públicos y privados para financiar actividades no cubiertas por el plan de promoción de salud. Un catastro es un registro que contiene, en este caso, la información descriptiva de los fondos a los que actores comunales pueden acceder para mejorar la calidad de vida de la población. Este catastro debería indicar al menos, la institución patrocinante, el nombre del fondo, descripción, quiénes pueden postular, cuáles son las tipologías y montos a financiar, fechas de postulación y referencias web de la información	Componente 1
12	Actualización de mapa de actores intersectoriales para convocarlos e involucrarlos en los distintos planes y programas que ofrece el intersector y/o el sector privado.	Confección de mapa de actores intersectoriales para convocarlos e involucrarlos en los distintos planes y programas que ofrece el intersector y/o el sector privado.	Componente 1
13	Construcción o actualización de línea de base	Construcción o actualización de la línea de base del problema de salud priorizado de acuerdo al diagnóstico. Consiste en realizar una caracterización específica del problema en el tiempo de inicio del plan trienal que considere indicadores cualitativos y cuantitativos. Se debe incluir la medición de los indicadores planteados en la matriz de marco lógico.	Componente 1
14	Instalación o Desarrollo de Sala de Situación de Salud Local	Consiste en la construcción o adaptación de un espacio físico en el que se gestiona datos de salud y calidad de vida, se analizan y se interpretan de forma permanente y sistemática. Busca construir un sistema de análisis e interpretación de información de salud en la comuna, para mejorar la calidad de las decisiones locales en promoción de la salud. Los datos producidos permiten: (i) utilizarlos para mejorar las intervenciones en los planes trienales; (ii) capacitar y empoderar a la comunidad sobre su situación de salud; (iii) realizar seguimiento de la información y analizar la evolución de los indicadores; (iv) realizar abogacía con autoridades para mejorar la política pública. Participa de este espacio, el Equipo Gestor y el Comité Intersectorial de la estrategia MCCS. Los datos recopilados, analizados e interpretados (gráficos, tablas, indicadores, informes, etc.). A partir del desconocimiento observado en los talleres de Nuble y Valparaíso, se sugiere incluir en la descripción la especificidad de los insumos que se pueden incorporar en este ítem. También se sugirió que el contar con condiciones básicas estuviese incluido en el convenio.	Componente 1

15	Capacitación y formación de competencias al equipo comunal de promoción de salud	Actividad de formación de competencias para la implementación de Municipios Saludables (MCCS), a través de recurso local o adquisición de servicios a terceros (OTEC u otro)	Componente 1
16	Diagnóstico Comunal	Detección de necesidades de la comunidad en de la promoción de salud y calidad de vida. Este proceso consta de una fase participativa y otra de aplicación de instrumentos y/o análisis de diversas fuentes de información. Se recomienda utilizar el instrumento EPOCH (observación de Factores de Riesgo de la Salud Cardiovascular) que fue generado para perfilar a una comunidad en relación a múltiples factores sociales y ambientales que pueden poner a esa comunidad en un riesgo elevado para enfermedades cardiovasculares. Permite la comparación estandarizada entre comunidades.	Componente 1
17	Jornada de Planificación en Promoción de la Salud	Este es un proceso participativo e intersectorial que pondrá en el centro del quehacer territorial de promoción de la salud, la generación de compromisos de los actores sociales, políticos e institucionales que aborden los determinantes sociales de la salud.	Componente 3
18	Confección de catastro de recintos deportivos disponibles, infraestructura recreativa y entornos habilitados (senderos para trekking, para bicicletas, rutas de escalada, sectores para navegación, etc.) y su difusión a la comunidad.	Confección de catastro de recintos deportivos disponibles, infraestructura recreativa y entornos habilitados (senderos para trekking, para bicicletas, rutas de escalada, sectores para navegación, etc.) y su difusión a la comunidad.	Componente 1
19	Identificación de los distintos programas asociados con AF en la comuna, especialmente los que llegan a Establecimientos Educativos	Este catastro garantiza la cobertura de las intervenciones, la oportunidad (que efectivamente sean un requerimiento del EE), Luego de tener identificada donde está ubicada la oferta, se pueden identificar brechas y cubrirlas. Desde los distintos programas de educación y deporte bajan intervenciones a los EE que están en la programación de la escuela. La función comunal de promoción y su relación con el EE tiene que ver más con la gestión para que la intervención suceda, que con hacer la acción.	Componente 1
20	Elaboración de plan de mejora para Municipios promotores de la Salud	Los municipios que ingresen al sistema de reconocimiento de Municipios Promotores de Salud elaboran un plan de mejora que se deriva de la aplicación de la pauta de reconocimiento, dirigido a mejorar condiciones de los entornos para promover salud y calidad de vida en diversas temáticas tales como: alimentación saludable, actividad física, vida en familia, vida al aire libre. El plan de mejora se debe elaborar en base a los requisitos no cumplidos en la pauta y/u otros aspectos que se quiera priorizar.	Componente 3
21	Aplicación anual de encuesta de entornos y hábitos saludables (Obligatoria)	La encuesta de percepción sobre encuesta de entornos y hábitos saludables en las comunas es uno de los instrumentos que sirve para medir si las actividades se realizan en el territorio, si los componentes se están entregando o generando, y el logro del propósito o resultado del Programa en materia de acceso de las personas, y mejoramiento de los entornos sociales e informativos.	Componente 1
22	Aplicación de instrumentos de evaluación para la medición de resultados esperados	Corresponde a la aplicación de distintos instrumentos que permitan la medición del grado de avance en el cumplimiento de los resultados esperados del proyecto. Pueden incorporarse instrumentos como EPOCH, SPIDER, SOPARC, módulos de encuestas validadas (SF36, SF12, ENCAVI, G-PAQ, u otros que sean considerados como pertinentes. Se recomienda destinar aproximadamente M\$1.000.- para la ejecución de esta actividad por año, su importancia radica en registrar los cambios que se desarrollen en las comunas para las oportunidades del consumo de frutas, verduras y agua, a partir de las intervenciones realizadas en el entorno comunal. También se espera registrar si los cambios en el espacio público facilitan mayor acceso a la vida al aire libre, fomentan la actividad física y la vida familiar. Deberá ser aplicada a un número determinado de personas de acuerdo a la selección de una muestra para cada comuna, definida por el Ministerio	Componente 1

	<p>de Salud. La Seremi de Salud apoyará al Municipio en el análisis de los datos. •La construcción de las muestras y metodología se realizará con la información obtenida de cada proyecto y del “levantamiento de entornos”. En el caso específico de los proyectos que se elaboren con un presupuesto estimado de M\$40.000 anuales, se recomienda destinar entre M\$2.000.- y M\$3.000.- para la ejecución de esta actividad por año ya que dichos proyectos tienen una inversión mayor por tanto requerirá realizar mediciones adicionales con representatividad comunal específicamente para los componentes de “regulaciones y políticas” y “comunicación y difusión social”.</p>	
--	---	--

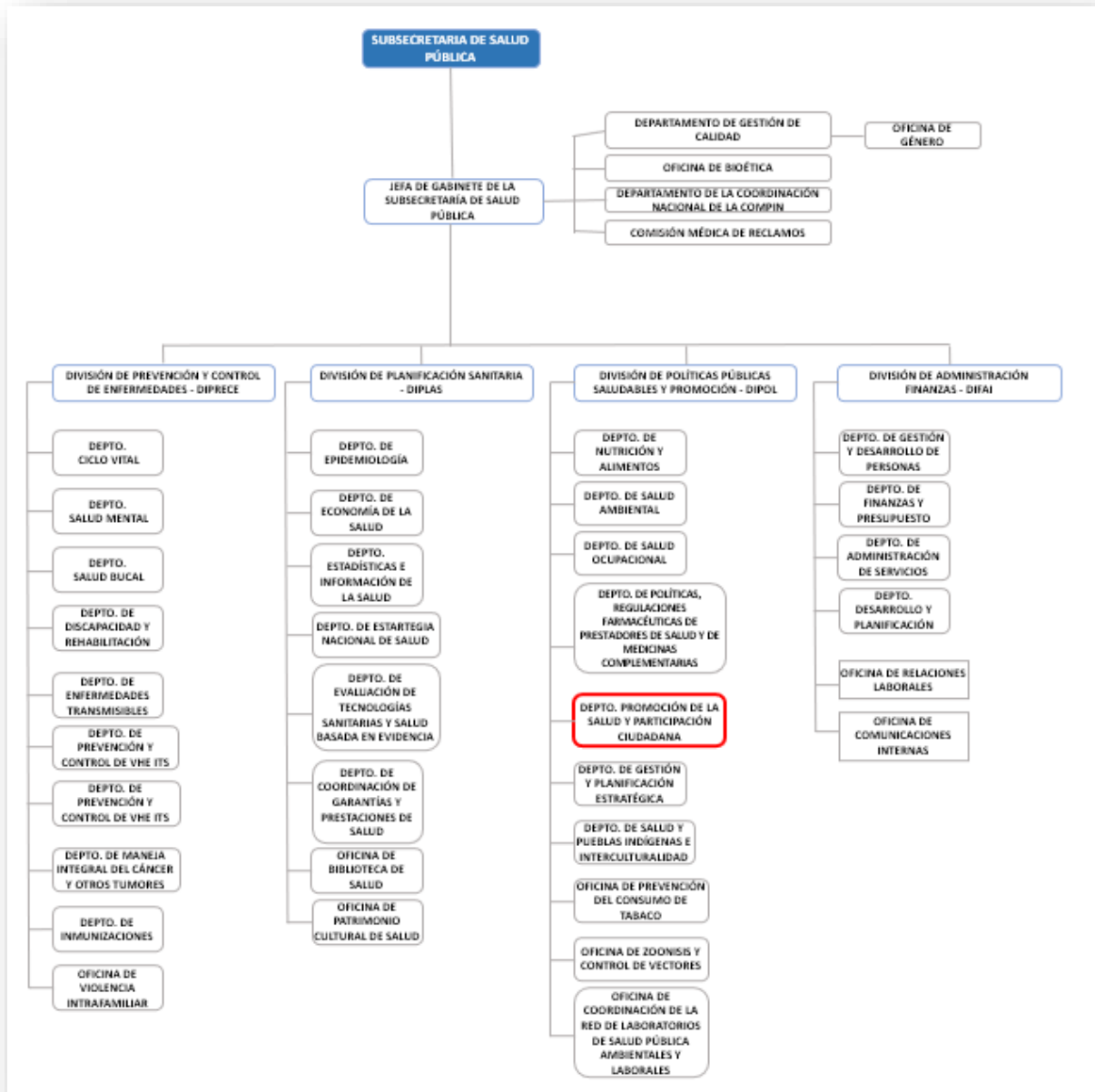
Fuente: Programa



B. Estructura organizacional y mecanismos de coordinación al interior de la institución responsable y con otras instituciones.

El responsable del Programa es el **Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana**, de la División de Políticas Saludables y Promoción (DIPOL), perteneciente a la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud.

**Figura 24 - Organigrama de la Subsecretaría de Salud Pública**



Fuente: Programa

La Resolución Exenta N° 46 de fecha 5 de febrero de 2020 establece que el Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana, tendrá las siguientes funciones<sup>182</sup>: Diseñar y velar por la operatividad en la implementación de políticas públicas tendientes a entregar oportunidades para que las personas y sus familias puedan acceder a entornos saludables, con calidad, equidad y en forma efectiva.

Son objetivos del Departamento:

- Impulsar la formulación e implementación de políticas locales en promoción de la salud en los entornos comunales, laborales y educacionales, construyendo oportunidades para

<sup>182</sup> Res ex N° 46, 5 Febrero 2020. Establece organización de la Subsecretaría de Salud Pública y deja sin efecto la Res Ex 187 del 2014

que las personas, familias y comunidades accedan a entornos que facilitan los estilos de vida saludables.

- Promover la incorporación de lugares de trabajo, instituciones de educación superior y establecimientos educacionales a un proceso voluntario de diagnóstico de sus entornos, con la posibilidad de desarrollar programas de mejoramiento continuo para lograr el reconocimiento como entornos promotores de la salud.
- Fomentar la participación ciudadana en la gestión de políticas públicas regionales del sector salud y en las acciones de promoción de la salud a nivel local.
- Fortalecer la expresión, en el nivel local y en los establecimientos de la red asistencial, de estrategias de promoción de la salud, y en particular que los programas ministeriales contengan componentes de dicha estrategia.
- Reforzar la función de promoción de la salud (liderazgo, abogacía y negociación) en las SEREMI de Salud, en base a su marco legal y a las prioridades políticas del gobierno.

El Departamento se organiza a través de 2 ejes temáticos / programas: Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. Las funciones del Programa de Promoción de la Salud se encuentran definidas por una Resolución que junto con aprobar el Programa, establece las funciones y mecanismos de coordinación para el Departamento<sup>183</sup>:

- Formular orientaciones técnicas basadas en la evidencia y en las definiciones estratégicas de los objetivos sanitarios y prioridades de gobierno
- Gestionar y resguardar la destinación de recursos para el desarrollo de prácticas locales con acento en medidas estructurales.
- Asesorar a equipos regionales de las SEREMIs de Salud, transfiere metodologías, buenas prácticas, constituye y fortalece una red de trabajo con diferentes actores públicos y privados que se sienten convocados o que tienen en su rol una responsabilidad por la calidad de vida de la población.

A su vez, define las siguientes funciones para el nivel regional, SEREMIs de Salud:

- En base a las directrices y orientaciones o marcos políticos de acción a nivel central, conducir e implementar acciones de Promoción de la Salud en el marco de la realidad epidemiológica regional.
- Generar acuerdos de colaboración multisectoriales para el enfrentamiento de problemas de salud pública emergentes de la población y que definen la carga de enfermedad de la región por enfermedades crónicas no transmisibles.

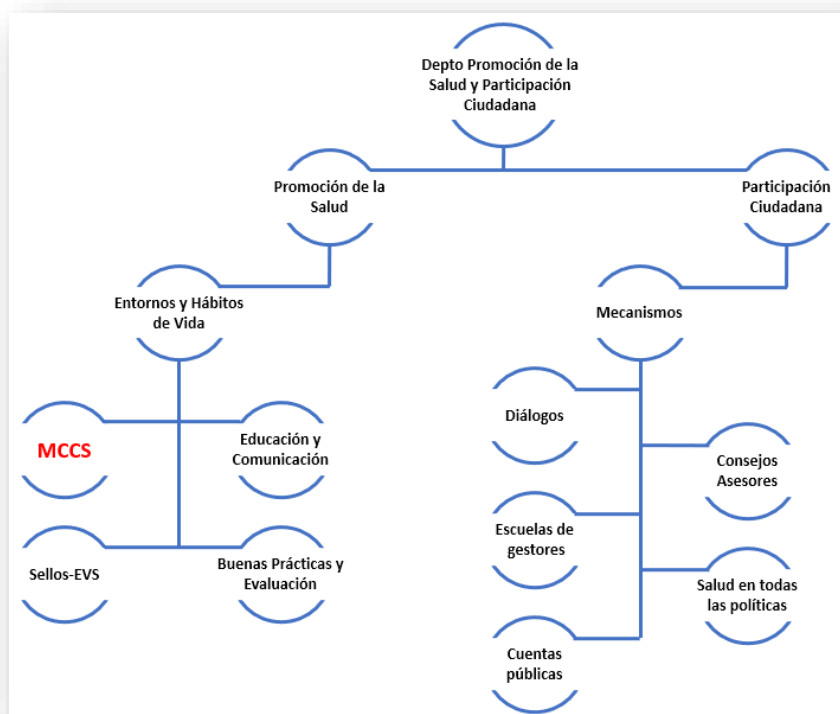
El Departamento implementa el “Programa de Promoción de la Salud”, dentro del cual se encuentran 4 estrategias:

- **Municipios Saludables (MCCS): Planes Trienales de Promoción de la Salud.**
- Educación y comunicación
- Sellos – EVS
- Buenas prácticas y evaluación

---

<sup>183</sup> Res Ex N° 201 de 2012 del Ministerio de Salud.

**Figura 25 - Programas y temáticas del Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana**



Fuente: Programa

**Dotación total de personal según modalidad de contrato de la Unidad Responsable del programa**

A continuación, se muestra dotación del Departamento con un estimado de las horas dedicadas al Programa (Horas efectivas)<sup>184</sup>.

**Cuadro 64 - Dotación del Departamento de Promoción de la Salud y Participación Comunitaria y Horas semanales asignadas al Programa. 2020**

Calidad jurídica	Profesión	Grado	N° horas efectivas (semanales)
Contrata	Enfermera (Jefatura del Departamento)	5	11
	Psicóloga	5	8
	Trabajadora Social	6	8
	Enfermera (Referente principal del programa)	7	40
	Profesor Educación Física	7	8
	Kinesiólogo	8	33
<b>Total Hrs. Efectivas semanales</b>			<b>108</b> <sup>185</sup>

Fuente: Programa

El programa consultó las horas efectivas que cada funcionario/a podía dedicarle al PTPS, principalmente por las adecuaciones de funciones que se estaban llevando a cabo en las SEREMI en el contexto de Pandemia. Se conocían casos de personas a cargo del programa que estaban realizando labores de fiscalización en cordones sanitarios por ejemplo, y a pesar de tener horas asignadas, no eran efectivas por el cambio temporal de funciones. La diferencia entre horas asignadas y horas efectivas da cuenta de aquello. Antes de la pandemia las horas asignadas eran equivalentes a las efectivas. El Panel, empleando esta

<sup>184</sup> Cabe señalar que las funciones y horas efectivas han sido alteradas por pandemia de COVID-19 para la totalidad de la dotación.

<sup>185</sup> Son 2,5 Jornadas Completas Equivalentes (JCE)

información, calculó las jornadas completas equivalentes (JCE) correspondientes con la carga horaria asignada y efectiva, tal como se muestra en los siguientes cuadros:

**Cuadro 65 - Dotación Regional y Horas semanales asignadas al Programa. 2020.**

Región	Dependencia administrativa (Dpto Salud Pública, SEREMI, otro)	Calidad jurídica	Profesión	Estamento	Grado	N° horas asignadas	N° horas efectivas <sup>186</sup>
Arica y Parinacota	Dpto. Apoyo a la Gestión <sup>187</sup>	Contrata	Profesor de Biología	Profesional	13	14	10
		Contrata	Periodista		10	14	10
		Contrata	Nutricionista		16	14	10
		Honorario	Prof. Educac. Física		--	14	10
<b>Total regional</b>						<b>56</b>	<b>40</b>
Tarapacá	Depto. Salud Pública y Plan Sanitaria	Contrata	Profesora	Profesional	13	40	36
			Sociólogo	Profesional	15	32	28
			Trabajadora Social	Profesional	16	32	28
			Técnica Jurídica	Administrativa <sup>188</sup>	19	25	20
<b>Total regional</b>						<b>129</b>	<b>112</b>
Antofagasta	Dpto. Salud Pública	Contrata	Prof. Educac. Física	Profesional	11	22	8
			Nutricionista		10	10	4
			Trabajador Social		14	36	0
<b>Total regional</b>						<b>68</b>	<b>12</b>
Atacama	Unidad Promoción y Prioridades Sanitarias	Contrata	Nutricionista	Profesional	10	5	4
<b>Total regional</b>						<b>5</b>	<b>4</b>
Coquimbo	SEREMI de Salud	Contrata	Kinesióloga	Profesional	16	44	44
<b>Total regional</b>						<b>44</b>	<b>44</b>
Valparaíso	DSPPS	Contrata	Profesor	Profesional	9	22	22
	Ofic. Prov. San Antonio <sup>189</sup>	Contrata	Trabajadora Social		16	22	22
	Ofic. Prov. Valparaíso 1	Contrata	Profesora		12	22	22
	Ofic. Prov. Valparaíso 2	Contrata	Trabajadora Social		8	22	22
	Ofic. Prov. Marga Marga	Contrata	Trabajadora Social		9	22	22
	Ofic. Prov. Quillota	Contrata	Trabajadora Social		12	22	22
	Ofic. Prov. Petorca	Contrata	Kinesiólogo		16	22	22
	Ofic. Prov. Aconcagua	Contrata	Profesora		13	22	22
	Ofic. Prov. Aconcagua	Honorario	Trabajadora Social		16	22	22
Ofic. Prov. Hanga Roa	Contrata	Periodista	16	22	22		
<b>Total regional</b>						<b>220</b>	<b>220</b>
Metropolitana	DPTO. SALUD PÚBLICA	Contrata	Asistente social	Profesional	12	40	40
			Asistente Social		13	40	40
<b>Total regional</b>						<b>80</b>	<b>80</b>

Fuente: Programa

<sup>186</sup> Existe una diferencia entre horas contratadas, asignadas y efectivas. Una persona puede estar contratada por 44 horas semanales, tener asignadas 22 horas al Programa (y las otras 22 horas a otras funciones), pero por la contingencia sólo disponer de 11 horas efectivas. Se consultó en esta oportunidad por las horas asignadas y efectivas. El control lo realiza cada SEREMI de Salud.

<sup>187</sup> Las dependencias de los funcionarios que se encuentran trabajando para el PTPS, dependen básicamente del organigrama que tiene cada SEREMI de Salud. Por ejemplo, en el caso de Arica y Parinacota, la Unidad de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana se encuentra en el Departamento de Apoyo a la Gestión, en cambio en la SEREMI de Tarapacá, se encuentra dentro del Departamento de Salud Pública y Planificación Sanitaria. Cada SEREMI tiene la libertad de tener su propia estructura orgánica.

<sup>188</sup> En algunas regiones no hay administrativos con tareas específicas y horas asignadas al programa, cuentan con personal administrativo quienes cumplen tareas para toda la SEREMI.

<sup>189</sup> Hay SEREMI de Salud en donde por el tamaño de las regiones, población o distribución geográfica, se hace necesario contar con oficinas provinciales. En otras regiones no existen dichas oficinas. Asimismo, hay SEREMI con oficinas provinciales cuyos encargados se dedican a funciones de fiscalización, quedando la función de Promoción de la Salud en la oficina Regional.

**Cuadro 66 - Dotación Regional y Horas semanales asignadas al Programa. 2020.  
(Continuación)**

Región	Dependencia administrativa (Dpto Salud Pública, SEREMI, otro)	Calidad jurídica	Profesión	Estamento	Grado	N° horas asignadas	N° horas efectivas) <small>190</small>
O'Higgins	Depto. Salud Pública	Titular	Adm. Público	Profesional	5	44	44
		Contrata	Kinesiólogo		16	44	44
		Contrata	Ing.(e) Administración		16	44	44
<b>Total regional</b>						<b>132</b>	<b>132</b>
Maule	Salud Pública	Contrata	Relacionadora Pública	Administrativo	20	22	22
			Prof. Biología y Ciencias Naturales	Profesional	11	6	6
			Nutricionista	Profesional	14	6	6
			Kinesióloga	Profesional	14	6	6
<b>Total regional</b>						<b>40</b>	<b>40</b>
Bio Bio	Depto. Promoción de Salud	Contrata	Nutricionista	Profesional	11	22	22
			Prof. educación física	Profesional	13	22	22
			Téc. Adm. empresas	Administrativo	20	22	22
			Asistente social	Profesional	13	22	22
			Sociólogo	Profesional	14	22	22
<b>Total regional</b>						<b>110</b>	<b>110</b>
Ñuble	Salud Pública	Contrata	Nutricionista	Profesional	16	44	11
			Trabajadora Social		16	44	11
<b>Total regional</b>						<b>88</b>	<b>22</b>
Los Ríos	Depto. salud publica	Contrata	Trabajadora Social	Profesional	13	44	30
			Profesora Ed. Física	Profesional	16	44	20
			Asistente Social	Administrativo	16	44	20
			Nutricionista	Profesional	15	44	20
<b>Total regional</b>						<b>176</b>	<b>90</b>
Araucanía	Subdpto Pol púb saludable	Contrata	Profesora Ed. Física	Profesional	15	44	15
	Ofic. Prov. Malleco		Nutricionista		12	44	44
	Subdpto Pol púb saludable		Enfermera		16	44	22
<b>Total regional</b>						<b>132</b>	<b>81</b>
Los Lagos	DSP Oficina Chiloé	Contrata	Trabajador Social	PROFESIONAL	13	25	10
	DSP-Oficina Central		Profesora Ed. Física		14	10	5
	DSP		Trabajadora social		5	30	15
	Of Provincia Palena		Profesor		16	10	10
	DSP Oficina Chiloé		Profesora Ed. Física		16	30	25
	DSP- Oficina Osorno		Psicopedagoga		14	2	2
<b>Total regional</b>						<b>107</b>	<b>67</b>
Aysen	Depto. Salud Publica	Contrata	Matrón	Profesional	8	15	15
			Profesor Ed. Física		14	15	15
<b>Total regional</b>						<b>30</b>	<b>30</b>
Magallanes	Dpto. Salud Pública	Contrata	Trabajadora Social	Profesional	14	44	22
<b>Total regional</b>						<b>44</b>	<b>22</b>
<b>Total SEREMI de Salud</b>						<b>1461</b>	<b>1106</b>

Fuente: Programa

<sup>190</sup> Existe una diferencia entre horas contratadas, asignadas y efectivas. Una persona puede estar contratada por 44 horas semanales, tener asignadas 22 horas al Programa (y las otras 22 horas a otras funciones), pero por la contingencia sólo disponer de 11 horas efectivas. Se consultó en esta oportunidad por las horas asignadas y efectivas. El control lo realiza cada SEREMI de Salud.

**Cuadro 67 - Dotación Nacional expresada en Horas semanales asignadas y efectivas al Programa y Jornadas Completas Equivalentes (JCE). 2020.**

MINSAL - SEREMI	N° personas	Total horas		JCE		% Reducción
		Asignadas	Efectivas	Asignadas	Efectivas	
Valparaíso	10	220	220	<b>5,00</b>	5,00	0
Los Ríos	4	176	90	<b>4,00</b>	2,05	-48,86
Tarapacá	4	129	112	<b>2,93</b>	2,55	-13,18
O'Higgins	3	132	132	<b>3,00</b>	3,00	0
Araucanía	3	132	81	<b>3,00</b>	1,84	-38,64
MINSAL	6	108	108	<b>2,50</b>	2,50	0
Ñuble	2	88	22	<b>2,00</b>	0,50	-75,00
Bío-Bío	5	110	110	<b>2,50</b>	2,50	0
Los Lagos	6	107	67	<b>2,43</b>	1,52	-37,38
Metropolitana	2	80	80	<b>1,82</b>	1,82	0
Antofagasta	3	68	12	<b>1,55</b>	0,27	-82,35
Arica y Parinacota	4	56	40	<b>1,27</b>	0,91	-28,57
Coquimbo	1	44	44	<b>1,00</b>	1,00	0
Magallanes	1	44	22	<b>1,00</b>	0,50	-50,00
Maule	4	40	40	<b>0,91</b>	0,91	0
Aysén	2	30	30	<b>0,68</b>	0,68	0
Atacama	1	5	4	<b>0,11</b>	0,09	-20,00
<b>TOTALES</b>	<b>61</b>	<b>1569</b>	<b>1214</b>	<b>33,65</b>	<b>25,59</b>	<b>-23,90</b>
<b>PROMEDIO</b>				<b>1,98</b>	<b>1,50</b>	<b>-24,24</b>

Fuente: Elaboración propia

Dada la gran cantidad de funciones que deben ser desarrolladas por el nivel central, se aprecia que la dotación de personal es la mínima requerida para que éstas sean desarrolladas con éxito, ya que se cuenta con seis profesionales para realizar la gestión global nacional del Programa (2,5 JCE). No obstante, el panel estima que esta dotación deberá ser aumentada si se emprenden las recomendaciones realizadas en la presente evaluación.

Existen grandes diferencias en la dotación del programa, medida en JCE: rango 5,0 (Valparaíso) – 0,11 (Atacama); Promedio 2,08. Dado la pandemia el promedio descendió a 1,57 JCE (24,62 % de disminución). En la disminución de horas para el trabajo efectivo en el programa también tiene una gran dispersión nacional: 7 SEREMI y el MINSAL no vieron disminuida su dotación por la pandemia; en cambio el resto de las regiones se vieron afectadas: Rango 13 (Tarapacá) a 82% (Antofagasta) de disminución, con promedio de 24,3%. Se observa una tendencia a que en aquellas regiones en donde existen oficinas/ unidades de gestión descentralizadas o provinciales, la dotación de personal es mayor.

Según el Programa, existen muchos factores para explicar las diferencias en la dotación y horas asignadas entre una región y otra, entre los cuales se mencionan factores geográficos, financieros, políticos.

A juicio del panel existe una distribución inequitativa de los recursos humanos regionales destinados al programa que debe ser corregida ya que es una fuente teórica de inequidad en ellos resultados del Programa. El MINSAL tiene un rol más bien pasivo en esta situación.

A nivel comunal, si bien es cierto los municipios contratan de manera obligatoria un encargado/a con 22 horas semanales, el panel pudo detectar que existe una gran diversidad en cuanto a:

- Profesiones (nutricionistas, profesores/as de educación física, trabajadores/as sociales, enfermeras/os, etc).
- Ubicación en la organización comunal: municipio o corporación municipal o en CESFAM.
- Dedicación al programa: exclusiva o parcial.
- Competencias para el trabajo intersectorial

Las consecuencias de esta diversidad que se pueden detectar son:

- Elección y/o priorización de actividades de acuerdo a la profesión del encargado/a (por ejemplo, implementar más actividades relacionadas con alimentación saludable cuando se es nutricionista).
- Sesgo de vinculación con programas relacionados de las diferentes subsecretarías dado por la ubicación en CESFAM o en otras locaciones.
- Posible inequidad en el acceso/oportunidad/calidad de las poblaciones a las intervenciones.

Dado lo anterior, se recomienda que se tomen en consideración estos elementos para disminuir la probabilidad de que se produzcan sesgos y posibles inequidades.

#### Mecanismos de coordinación con Programas relacionados del MINSAL

El programa tiene una instancia formal de coordinación con la Subsecretaría de Redes Asistenciales que consiste en la elaboración de las orientaciones para la programación en Red, que la APS debe llevar a cabo durante septiembre - noviembre de cada año. Estas OOTT se difunden a toda la red asistencial.

Otro mecanismo de coordinación formal es la planificación de acciones anuales (Planificación Anual Operativa - POA) en el marco de la Estrategia Nacional de Salud. Desde el Nivel central se recomienda a Servicios de Salud y SEREMI de Salud planificar acciones en el Eje Estratégico Hábitos de vida, Objetivo de Impacto Aumentar las personas con Factores Protectores de la salud, Resultado Esperado Fomentar la Prevención de Salud en Atención Primaria, efectuando los siguientes resultados esperados obligatorios (O) y Recomendados (R):

- (O) Entregar orientaciones técnicas para apoyar el desarrollo de estrategias orientadas a la creación de entornos protectores de la salud en un trabajo con las familias y a los individuos en los diferentes niveles de acción territorial, para mejorar los conocimientos, actitudes, prácticas y hábitos de este grupo de la población en alimentación saludable y actividad física (Nivel Central).
- (O) Fortalecer el trabajo territorial de promoción de la salud, a través de la elaboración y/o actualización de metodologías para el trabajo de Buenas Prácticas en APS (Nivel Central).
- (O) Apoyar la implementación de la Estrategia Municipios, comunas y comunidades saludables, de acuerdo a las Orientaciones Técnicas, realizando un trabajo conjunto entre Divisiones de Atención Primaria, División de Prevención y Control de Enfermedades, DIGERA, DIPLAS y División de Políticas Públicas Saludables y Promoción (Nivel Central).
- (O) Participar en la identificación de buenas prácticas en APS difundiendo protocolos vigentes y apoyar el desarrollo de estrategias que apunten al fortalecimiento de las comunidades y a fortalecer factores protectores de salud (SEREMI).
- (O) Potenciar espacios de convergencia entre Servicios de Salud y SEREMI de Salud, en tanto realizan la bajada, fusión y monitoreo de los programas y estrategias. como por ejemplo Salud Mental, Salud infantil (Chile Crece Contigo), Salud Escolar, Salud del adolescente (Espacios amigables); Programa de Salud Cardiovascular, Envejecimiento Saludable (Más adultos Autovalentes), Salud Bucal, Apoyo a Buenas Prácticas de Promoción de la Salud (SEREMI).
- (O) Implementar estrategias de formación y capacitación permanente de los equipos, teórica y práctica en promoción de la salud, participación social, intersectorialidad, determinantes sociales, alimentación y hábitos saludables, y en el rol de padres –

cuidadores como agentes promotores de salud en el entorno familiar; asociada a los Planes de Capacitación (Servicios de Salud – SEREMI).

- (O) Reforzar la gestión en promoción de la salud por niveles de atención y niveles de organización en diversos documentos técnicos y orientaciones programáticas (ej: plan contra obesidad, cáncer, salud bucal, elige vida sana, salud mental, entre otros) (Nivel Central).
- (O) Fortalecer el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), a través de la identificación y desarrollo de buenas prácticas en los territorios, considerando determinantes sociales de la salud (SEREMI).
- (O) Orientar la sinergia en las comunas de los instrumentos de Planificación de Salud: Plan comunal de Salud, Plan Trienal de Promoción y la Programación en Red (SEREMI).
- (O) Implementar la Estrategia Municipios, comunas y comunidades saludables, de acuerdo a las Orientaciones Técnicas, realizando un trabajo conjunto entre Servicios de Salud y SEREMI de salud (SEREMI).
- (O) Fortalecer el trabajo intersectorial, a nivel regional y comunal, a través del Plan regional de SeTP incorporando los distintos sectores (Educación, Vivienda, Trabajo, Transportes, Deportes, Fomento Productivo, entre otros, dependiendo de las prioridades regionales y comunales) (Servicios de Salud).
- (O) Fortalecer el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), a través de la identificación y desarrollo de buenas prácticas en los territorios, considerando determinantes sociales de la salud (Servicios de Salud).
- (O) Potenciar espacios de convergencia entre Servicios de Salud y Seremis de Salud, en tanto realizan la bajada, fusión y monitoreo de los programas y estrategias. como por ejemplo Salud Mental, Salud infantil (Chile Crece Contigo), Salud Escolar, Salud del adolescente (Espacios amigables); Programa de Salud Cardiovascular, Envejecimiento Saludable (Más adultos Autovalentes), Salud Bucal, Apoyo a Buenas Prácticas de Promoción de la Salud en el Modelo de atención de Salud Integral Familiar y Comunitaria (Servicios de Salud – SEREMI).
- (O) fortalecer el trabajo intersectorial, principalmente con MIDESO, y los ministerios y/o servicios sociales a nivel regional y comunal, incorporando los distintos sectores dependiendo de las prioridades regionales y comunales (Educación, Vivienda, Transporte, Deportes, Fomento Productivo, entre otros) (SEREMI).
- (O) Identificar estrategias territoriales a fin de generar sinergia y coordinación programática sectorial que integre las funciones de promoción y prevención, en el marco de las OOTT para la programación en red, considerando la difusión del anexo de promoción de salud (SEREMI).
- (O) Fortalecer la integración sectorial, a través de trabajo conjunto e integrado entre la Subsecretaría de Salud Pública y la Subsecretaría de redes Asistenciales, a través de jornadas de trabajo integrado en temas de interés común (Nivel Central).
- (O) Implementar programa de Alimentación saludable y Actividad física para familias Elige Vivir Sano MINSAL, monitoreando las planificaciones y considerando posibles adecuaciones según el contexto socio sanitario, tales como el uso de la plataforma de gamificación (SEREMI).
- (R) Dar soporte y participar de la elaboración de las planificaciones de comunicación de riesgo que existan (SEREMI- Servicios de Salud).
- (R) Tomar conocimiento de los programas de APS con indicadores específicos de promoción de la salud y apoyar su implementación (SEREMI- Servicios de Salud).
- (O) Impulsar el desarrollo de estrategias innovadoras para el trabajo a distancia con los beneficiarios de programas como lo es la gamificación (SEREMI- Servicios de Salud).

También se generan recomendaciones para planificar acciones en el Eje Estratégico Hábitos de vida, cuyo Objetivo de Impacto es aumentar las personas con Factores Protectores de la salud, Resultado Esperado Mejorar la Promoción de Salud en Comunas en los siguientes resultados esperados recomendados:

- (R) Fortalecer las Redes de Promoción de la Salud (Regional).
- (R) Fortalecer el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), a través de la identificación y desarrollo de buenas prácticas a nivel municipal (Regional).

Finalmente, respecto de la ENS y mecanismos de coordinación formal en temas de promoción de la salud, también se recomienda planificar acciones en el Objetivo de Impacto de la Estrategia Nacional de Salud de Fortalecer la Participación Social y trabajo integrado



de los directivos del Sector, en que se recomienda programar acciones para el cumplimiento del Resultado Esperado Mecanismos efectivos de participación social y ejercicio de derechos implementados en Servicios de Salud y SEREMI de Salud.

Por otro lado, La División de Atención Primaria cada vez que actualiza sus Orientaciones técnicas del Modelo de Salud Integral (MAIS) invita al Programa de Promoción a participar ya que la Promoción de la Salud es un principio del modelo. Asimismo, el Programa tiene contemplado para el nuevo Trienio 2022-2024 las coordinaciones formales con los distintos actores involucrados de Subsecretaría de Redes y Salud Pública como lo hace al inicio de cada Trienio, al elaborar las Orientaciones Técnicas y el ajuste de la oferta programática”.

La función de coordinación se realiza a través de los siguientes medios de comunicación: manual, correos electrónicos, por vía telefónica y de manera presencial.

La coordinación con los/as encargados/as de cada SEREMI de Salud, utiliza los medios señalados anteriormente e implica una relación permanente para resolver inquietudes relacionadas con la ejecución del Programa que constituyen excepciones y aclaraciones a las orientaciones técnicas, manuales, etc., establecidos por el nivel central, así como también para resolver u obtener respaldo oficial excepcionalmente para modificaciones en el gasto de recursos no contemplados en las resoluciones o para realizar redistribuciones dentro de las comunas de una Región<sup>191</sup>.

Una instancia de coordinación valiosa es la Jornada Nacional realizada anualmente según lo planificado, la cual es organizada por el nivel central y a la cual asisten los/as encargados/as regionales y profesionales de promoción definidos por las comunas invitadas por el nivel central. En estas jornadas:

- ✓ se generan acuerdos técnicos y operativos relevantes que quedan plasmados en las resoluciones exentas de cada año
- ✓ Se comparten experiencias de desarrollo local que visibilizan la diversidad, heterogeneidad e idiosincrasia de los planes a nivel local

---

<sup>191</sup> No existe registro sistematizado de estas situaciones excepcionales.

**Cuadro 68 - Políticas y Programas relacionados al Programa en el MINSAL**

Organismo / Departamento u otro	Políticas / Programas	Descripción Breve de la Política / Programa	Complementariedad / Coordinación con este Programa	Duplicidades con este Programa
Subsecretaría de Redes Asistenciales / DIVAP	Programa Vida Sana	Es un tratamiento integral y gratuito que busca reducir en las personas los factores de riesgo de desarrollar Diabetes Tipo 2 e Hipertensión Arterial, a través de una intervención en los hábitos de alimentación y en la condición física, que tiene duración de 1 año. Está orientado a personas desde los 2 a 64 años con diagnóstico nutricional de sobrepeso u obesidad, de prediabetes o pre-hipertensión. También considera a las mujeres que en su último control de embarazo fueron diagnosticadas con obesidad.	Se coordinan y complementan. El programa PTPS ayuda a mantener y dar continuidad a las conductas saludables adquiridas en el programa Vida Sana, ya que los individuos al egresar del Programa Vida Sana tendrán libre acceso a los entornos saludables.	No hay duplicidad. Es un programa de tratamiento de factores de riesgo y PTPS de promoción de la salud (factores protectores)
Subsecretaría de Redes Asistenciales / DIVAP	Programa Más Adultos Autovalentes	Entregar continuidad a la estimulación funcional de las personas de 65 años y más, beneficiarios de FONASA, inscritos en centros de salud, con Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor vigente y con resultado de Autovalente sin riesgo, o Autovalente con riesgo o en riesgo de dependencia, mediante capacitación en autocuidado de salud y estimulación funcional en sus organizaciones sociales locales.	Ambos programas se complementan, ya que los adultos mayores pueden participar de las actividades de los PTPS, especialmente a través de sus organizaciones sociales locales. Hay coordinación desde los PTPS, ya que se puede habilitar infraestructura en plazas saludables para facilitar su uso por adultos mayores, mejoramiento de veredas para reducir accidentes, realizar talleres en que adultos mayores enseñan a sus nietos cocina tradicional y desde el programa Más Adultos Autovalentes se pueden realizar talleres especiales de fortalecimiento de la memoria, por ejemplo.	No hay duplicidad, la oferta es distinta. Más Adultos autovalentes tiene como eje la autovalencia de personas mayores de 65. PTPS es un Programa con una población objetivo mucho mayor, y que si bien también llega a los mayores de 65 está enfocado en otorgar acceso a toda la población a entornos saludables.

Organismo / Departamento u otro	Políticas / Programas	Descripción Breve de la Política / Programa	Complementariedad / Coordinación con este Programa	Duplicidades con este Programa
Subsecretaría de Salud Pública / DIPOL	Programa Alimentación Saludable y Actividad Física para Familias.	<p>Este programa tiene como entorno prioritario de acción el hogar, modificando desde el interior de éste algunas rutinas que, ajustadas a su realidad social y económica, permitirá desarrollar prácticas más saludables. Consiste en un taller estructurado con un número de sesiones acotadas, con metodología de educación de adultos y tiene como propósito aumentar conocimiento, autoeficacia y autocontrol para aumentar las prácticas saludables en alimentación saludable y actividad física.</p> <p>El programa además cuenta con un componente comunicacional y de vinculación de la familia con su entorno activo y saludable.</p>	<p>Ambos programas complementan su oferta de intervenciones, ya que las familias acceden en sus localidades a la oferta permanente de alimentación saludable y actividad física y a los espacios públicos implementados y mejorados por parte de los PTPS, hay una complementariedad al compartir una parte de la población objetivo. El programa mencionado está enfocado en niños y niñas menores de 6 años y PTPS población general según curso de vida.</p>	<p>No hay duplicidad; la oferta es distinta. Los talleres son estructurados y con la misma metodología para todo el país. El componente de comunicación y difusión que incluye Educación para la Salud de los PTPS considera talleres, pero éstos son realizados en cada territorio en base a necesidades locales, definiéndose en cada comuna el número de sesiones y contenidos de éstos.</p>

Fuente: Programa

### Mecanismos de coordinación con Programas relacionados de otros Ministerios

La coordinación que el programa PTPS establece con programas relacionados está estipulado en la ley N°20.670 del año 2013 que creó el Sistema Elige Vivir Sano (SEVS) radicado en el Ministerio de Desarrollo Social, en la Subsecretaría de Servicios Sociales.

El reglamento de esta ley corresponde al Decreto N°67 Ministerio de Desarrollo Social (2014), el cual establece una Secretaría Ejecutiva del Sistema, entidad que administra, coordina, supervisa y evalúa la oferta de políticas, planes y programas sociales de los distintos ministerios que componen el Sistema.

El programa PTPS es parte de la oferta coordinada por el Sistema Elige Vivir Sano desde el año 2014, junto a los otros programas que promueven hábitos y estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas. Por esta razón, el programa PTPS está incluido en los informes que EVS - MIDESO presenta anualmente respecto a su oferta programática<sup>192</sup>.

### Agenda o calendarización de reuniones

En el Nivel central, el SEVS cita a reuniones de acuerdo con su propia programación. En estas reuniones participan los representantes de la Mesa Interministerial del SEVS. Por una parte, existe una convocatoria para las autoridades de los distintos sectores que conforman la mesa, y por otra parte está la convocatoria para los encargados técnicos a cargo de la oferta programática del SEVS. En ellas, se presenta información técnica y presupuestaria, con el propósito de buscar las vinculaciones locales.

Además, en cada región existe el actor del SEVS denominado mesa intersectorial Elige Vivir Sano donde se reúnen las SEREMIS de Salud, Seremi de Desarrollo Social y otros sectores, coordinados desde el Gobierno Regional de acuerdo con lo establecido en indicaciones técnicas del MDS y F.

### Mecanismos para evitar las duplicidades con Programas relacionados

Con el propósito de evitar la duplicidad, el Decreto N°67 de MDS y F señala en su Artículo 4 que la Secretaría Ejecutiva del Sistema EVS “velará por la pertinencia y suficiencia de la oferta de las acciones y prestaciones implementadas por órganos de la administración del Estado”, para lo cual, especifica en inciso h) que va a “Proponer a quien corresponda las acciones o medidas que permitan la ampliación o reducción de la oferta de prestaciones y servicios, destinados a los usuarios y beneficiarios del Sistema<sup>193</sup>.”

---

<sup>192</sup> Los informes anuales que se han presentado se pueden descargar en los siguientes links:  
<http://eligeviversano.gob.cl/wp-content/uploads/2020/05/2019.pdf> / <http://eligeviversano.gob.cl/wp-content/uploads/2020/05/2018.pdf> / <http://eligeviversano.gob.cl/wp-content/uploads/2020/05/2017.pdf> / <http://eligeviversano.gob.cl/wp-content/uploads/2020/05/2016.pdf> / <http://eligeviversano.gob.cl/wp-content/uploads/2020/05/2015.pdf> / <http://eligeviversano.gob.cl/wp-content/uploads/2020/05/2014.pdf>

<sup>193</sup> Decreto-67 17-FEB-2014 MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL, SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS SOCIALES Para revisar con mayor detalle puede descargar el Decreto en el siguiente link: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1059498>

**Cuadro 69 - Políticas y Programas relacionados al Programa en otros Ministerios**

Ministerio / Organismo	Políticas / Programas	Descripción Breve de la Política / Programa	Complementariedad / Coordinación con este Programa	Duplicidades con este Programa
Ministerio del Deporte/IND	Crecer en Movimiento	Busca contribuir al aumento de la práctica de actividad física y deportiva sistemática en la población infanto-juvenil que asiste a educación parvularia en JUNJI e Integra y escolar básica municipalizada. Se ejecuta durante la jornada escolar.	Ambos programas complementan su oferta de intervenciones. A través de los PTPS se pueden entregar implementos a los EE, o implementa recreos activos y talleres extracurriculares. Con el fin de complementar la oferta del Crecer en Movimiento.	No hay duplicidad, la oferta es distinta. Crecer en Movimiento tiene como eje la actividad física y deportiva dentro de los Establecimientos Educacionales, y abarcando una parte de la Población Objetivo que tienen los PTPS. Una vez que salen de los EE, la población infanto-juvenil puede encontrar acceso a entornos saludables a través de los PTPS.
Ministerio del Interior / SUBDERE	Programa Mejoramiento Urbano y equipamiento comunal (PMU)	Es una fuente de financiamiento y apoyo a la comunidad que facilita el Ministerio del Interior, a través del equipo de la división de municipalidades de la SUBDERE, para proyectos de inversión en infraestructura menor urbana y equipamiento comunal. Sus principales fines son: 1. Colaborar en la generación de empleo 2. Mejoramiento de la calidad de vida de la población más pobre del país. Fomentando la realización de actividad física y deporte.	Ambos programas complementan su oferta de intervenciones. A través de los PTPS se pueden entregar recursos complementarios al PMU en: Canchas deportivas y gimnasios municipales; áreas verdes, plazas y juegos infantiles.	No se detectan duplicidades.
Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Programa de Apoyo a las Familias para el Autoconsumo	Es un programa que busca aumentar la disponibilidad de alimentos saludables de las familias beneficiarias del Subsistema Seguridades y Oportunidades, mediante las estrategias de auto provisión y educación. Familias participantes del Subsistema Seguridades y Oportunidades que presenten el interés manifiesto en iniciar y/o fortalecer una actividad de producción familiar.	Ambos programas complementan su oferta de intervenciones	No se detectan duplicidades.
Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Fondo Acción Joven	El fondo concursable se vincula al Sistema EVS al fomentar actividades de recreación, autocuidado, prácticas deportivas en la población joven entre los 18 y 29 años. Busca desarrollar iniciativas que aborden temáticas juveniles con enfoque comunitario, social y territorial.	Ambos programas complementan su oferta de intervenciones	No se detectan duplicidades
	Actividades masivas de recreación	Se vincula al Sistema EVS al fomentar actividades de recreación y prácticas		

Ministerio / Organismo	Políticas / Programas	Descripción Breve de la Política / Programa	Complementariedad / Coordinación con este Programa	Duplicidades con este Programa
	Talleres Juveniles	deportivas en la población joven entre los 18 y 29 años.		
Ministerio de Economía, Fomento y Turismo	Programa Gira de Estudios	El programa se vincula al Sistema EVS, dado que dentro de sus componentes fomenta el desarrollo de actividades al aire libre; como excursiones e ingreso a parques Nacionales.	Ambos programas complementan su oferta de intervenciones	No se detectan duplicidades
	Programa de Turismo Familiar			
	Programa del mar a mi mesa	El programa se vincula al Sistema EVS, dado que busca aumentar el consumo de pescado y productos del mar en toda la población, a través de estrategias de difusión, educación, aumento de oferta e innovación de productos, con mayor cobertura geográfica.		
Ministerio de Educación	Plan Nacional de Actividad Física Escolar	Busca incrementar los tiempos en que los estudiantes realizan actividad física, así como proveer de implementos deportivos requeridos para tales fines. Sus objetivos son: Diseñar y gestionar las acciones y estrategias que promuevan la formación integral a través de actividades deportivas y recreativas, dirigidas a estudiantes de establecimientos educacionales que reciben subvención del Estado. Aprovechando a los establecimientos educacionales que reciben subvención del Estado con implementación deportiva para el fomento de la actividad física y el deporte escolar. Realizar actividades de difusión del deporte y actividad física.	Ambos programas complementan su oferta de intervenciones	No se detectan duplicidades
	Escuelas Saludables Para el Aprendizaje	Fomenta estilos de vida saludables y entornos facilitadores para la adquisición de dichos hábitos. Está orientado a resolver los problemas de sedentarismo, obesidad, higiene bucal y sobrepeso en la población escolar del nivel de transición 1 (NT1), nivel de transición 2 (NT2) y educación básica, pertenecientes a los establecimientos educacionales municipales y subvencionados.		
	Plan contra la obesidad infantil Contrapeso	Busca frenar la alta prevalencia de obesidad y sobrepeso en los estudiantes, fomentando hábitos alimentarios y estilos de vida saludables. Contrapeso ha potenciado el trabajo intersectorial desde su gestación, siendo activos colaboradores los ministerios de Salud, Deporte, y Desarrollo Social y Familia. Asimismo, en su		

Ministerio / Organismo	Políticas / Programas	Descripción Breve de la Política / Programa	Complementariedad / Coordinación con este Programa	Duplicidades con este Programa
		fortalecimiento han aportado instituciones como FAO, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos – Universidad de Chile, Universidad Católica, entre otras. El plan está compuesto por 50 medidas que se han implementado de manera progresiva desde marzo de 2017.		
Ministerio de Agricultura	Herramientas para la Educación Alimentaria y Cultura de Inocuidad-ACHIPIA	Educa, fomenta y promueve una alimentación saludable e inocua en distintos rangos etarios de la población chilena, con especial énfasis en la población infantil. Sus objetivos son: Aumentar consumo de frutas y verduras. Aumentar consumo de legumbres. Aumentar consumo de pescados, mariscos y productos del mar. Disminuir consumo de azúcar.	Ambos programas complementan su oferta de intervenciones	No se detectan duplicidades

Fuente: Programa

### C. Criterios de asignación de recursos, mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago

El programa MCCS tiene una asignación presupuestaria conocida como Programas Especiales de Atención Primaria (Subtítulo 24; ítem 03; Asignación 299). Al inicio de esta evaluación, el Programa indicó al Panel que esta era una asignación presupuestaria exclusiva para este, pero a partir del presupuesto asignado para el año 2021, esta situación cambió: El año 2021 es el primer año que se “comparte” el Programa presupuestario con otras iniciativas, en particular, con la estrategia nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamientos (TTA) del Minsal por COVID 19, que no tenía asignación anterior (asignación por M\$3.243.324 para el 2021).

Según Ley de Presupuestos, Glosa 06, se establecen una serie de obligaciones formales respecto a los reportes que la Subsecretaría de Salud Pública debe entregar para hacer efectiva la asignación, a saber:

- Se establece la obligación de la Subsecretaría de Salud Pública de enviar a la Comisión Especial Mixta de Presupuestos un informe en el que se indique el detalle de los programas comunales y programa Elige Vivir Sano, y el instrumento mediante el cual se han aprobado formalmente.
- Se exige informar la manera en que se define la asignación de los recursos reservados para ellos, los criterios de distribución y las metas y mecanismos de evaluación definidos para el periodo de asignación presupuestaria.
- Se exige informar trimestralmente a la Comisión Especial Mixta de Presupuestos sobre el estado de ejecución de estos recursos, instituciones receptoras y nivel de cumplimiento de metas comprometidas en virtud de esta asignación.

No se describen en la glosa indicaciones de distribución o límites de asignación específicos por región, componente, tipo de recurso u otro.

Estos recursos son asignados a las Municipalidades (ejecutores), a través de los Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI), de acuerdo con lo siguiente:

En primer lugar, se realiza una **asignación histórica de recursos a las regiones**, los cuales son actualizados mediante la aplicación de un “inflator” (correspondiente al porcentaje de diferencia del presupuesto total del programa al cambiar de trienio) sobre los marcos regionales presupuestarios de planes anteriores.

Posteriormente, se realiza una **“pre-asignación de recursos” comunal** en base a: i) Un Índice comunal de Promoción de la Salud (IC), y ii) Un esquema de redistribución de remanentes

i. Índice comunal de Promoción de la Salud

El índice comunal se construye a partir de la agregación de dimensiones (indicadores) que cada región define. Nivel Central elabora una propuesta de indicadores a incorporar en el índice que las regiones pueden decidir o no utilizar. Estos indicadores son<sup>194</sup>:

**Cuadro 69 – Propuesta de Indicadores del Índice Comunal de Promoción de la Salud<sup>195</sup>**

Grupo	Indicador	Definición
<b>Territorial</b>	Población	Número total de habitantes que residen en la comuna.
<b>Epidemiológico</b>	Esperanza de vida	Esperanza de vida promedio de la comuna.
	AVPP / DALY's	Años de vida potencialmente perdidos / Años de vida ajustados por discapacidad. Da cuenta de las capacidades de la población de una comuna en relación a la edad, o de su discapacidad.
	Obesidad	Prevalencia de obesidad u obesidad y sobrepeso en población general o grupos específicos.
<b>Gestión local</b>	Porcentaje de Cumplimiento de actividades	Número de actividades realizadas / Número de actividades programadas *100
	Puntualidad en la entrega de rendiciones	Número de rendiciones financieras mensuales enviadas/ Número de meses de ejecución del plan *100
	Porcentaje gastado del presupuesto	Presupuesto gastado / Presupuesto asignado *100

Fuente: Minsal, 2017. Orientaciones para la elaboración de Planes trienales de Promoción de la Salud

Igualmente, el Programa entrega una propuesta de ponderación de dichos indicadores (en caso de que fueran utilizados) de acuerdo con lo siguiente:

**Cuadro 70 - Ponderación de Indicadores Índice Comunal de Promoción de la Salud**

	Indicador	Opción 1	Opción 2	Opción 3	Opción 4: Opción regional
<b>I. Territorial</b>					
<b>1</b>	Nº Población	<b>70%</b>	15%	15%	
<b>II. Epidemiológico</b>					
<b>2</b>	Esperanza de vida	3%	<b>15%</b>	3%	
<b>3</b>	AVPP / DALY's	5%	<b>25%</b>	5%	

<sup>194</sup> Este mecanismo es utilizado para realizar una pre-asignación financiera de recursos a las comunas que cumplen con los requisitos para formar parte del Programa, según se indica en secciones previas del documento

<sup>195</sup> Esta propuesta, según se indica en las Orientaciones técnicas para elaboración de planes del trienio 2019-2021, es resultado de un “proceso de negociación entre el nivel central y cada Seremi de Salud el año 2016, en el cual se pactaron tanto los indicadores para construir el IC como sus ponderaciones”



4	Obesidad	7%	30%	7%	
<b>III. Gestión local</b>					
5	Porcentaje de cumplimiento de actividades	7%	7%	25%	
6	Puntualidad en la entrega de rendiciones	5%	5%	20%	
7	Porcentaje gastado del presupuesto	3%	3%	25%	

Fuente: Minsal, 2017. Orientaciones para la elaboración de Planes trienales de Promoción de la Salud.

Así, indicadores y ponderadores son agregados en un índice comunal único que cada región define, y que determina el puntaje de pre-asignación comunal, como se indica en la siguiente fórmula:

**Figura 26 - Fórmula de preasignación de recursos comunales, de acuerdo al índice comunal**

$$\text{Preasignación comunal de puntaje} = \frac{(PT * IC)}{(\sum_i^n = ICi)}$$

PT: Presupuesto total regional

IC: Índice Comunal

Fuente: Minsal, 2017. Orientaciones para la elaboración de Planes trienales de Promoción de la Salud.

Esta fórmula implica que la pre-asignación comunal en base al índice se construye como la razón entre el presupuesto regional total multiplicado por el índice comunal, y la sumatoria de los puntajes ponderados definidos por cada región a las variables que forman parte del índice.

El Programa indica que la distribución mediante índice comunal es negociada en conjunto con cada uno de los referentes regionales de promoción de salud del nivel central, y es, posteriormente, informada a la Subsecretaría de Salud Pública con el detalle de la asignación comunal. Las regiones solo reportan dichos cambios, los cuales son acogidos como tal por el Nivel Central. La distribución es registrada en la Unidad de Presupuesto y finalmente informada a cada Municipio por parte de la SEREMI correspondiente. En base a este presupuesto inicial, las comunas proponen un PTPS que es revisado y retroalimentado por las SEREMIS, hasta acordar un conjunto de actividades y gastos para el Plan, el cual es formalizado mediante la celebración de un convenio entre la SEREMI y la comuna, y la emisión de una resolución de aprobación de los fondos comprometidos.

Así, el índice comunal es en la práctica de definición regional pues, aún cuando Nivel Central ofrece a las regiones una propuesta de indicadores y ponderadores que componen el índice, estos pueden ser modificados por los equipos regionales (esto quiere decir que tanto indicadores como ponderaciones pueden ser elegidos por las regiones). En efecto, tal como se observa a continuación, existe una alta dispersión entre las regiones en la elaboración de sus índices comunales, tanto en la selección de variables a utilizar, como en los ponderadores.

**Cuadro 71 - Variables y ponderadores del Índice Comunal, por región, trienios 2016-2018 y 2019-2021 – Propuesta Nivel Central**

Región	Indicadores territoriales	Indicadores epidemiológicos			Indicadores de gestión local			Total
	Población total	Esperanza de vida	AVPP	Obesidad	Porcentaje de cumplimiento de actividades	Cumplimiento en la entrega de rendiciones	Porcentaje gastado del presupuesto	
Tarapacá	3%				35%	42%	10%	90%
Antofagasta	25%		5%	35%	13%	5%	17%	100%
Atacama	5%		5%	10%	5%	20%	20%	65%
Valparaíso	15%	3%	5%	7%	33%	4%	33%	100%
O'Higgins	20%		5%	10%	10%	10%	10%	65%
Los Lagos	20%	10%	10%	20%	20%	5%		85%
Aysén	5%	3%	2%	20%	40%		30%	100%
Magallanes	55%		5%		20%		20%	100%
Metropolitana	15%			25%	20%			60%
Araucanía	25%	10%	10%	25%				70%
Biobío	5%		5%	10%	15%		35%	70%
Arica y Parinacota	2%			48%			5%	55%
Coquimbo	10%			30%	30%			70%
Los Ríos	5%		5%	10%	40%			60%
Maule			15%	55%	20%	10%		100%
<b>Min</b>	<b>2%</b>	<b>3%</b>	<b>2%</b>	<b>7%</b>	<b>5%</b>	<b>4%</b>	<b>5%</b>	<b>55%</b>
<b>Max</b>	<b>55%</b>	<b>10%</b>	<b>15%</b>	<b>55%</b>	<b>40%</b>	<b>42%</b>	<b>35%</b>	<b>100%</b>
<b>Promedio</b>	<b>15%</b>	<b>7%</b>	<b>7%</b>	<b>23%</b>	<b>23%</b>	<b>14%</b>	<b>20%</b>	<b>79%</b>

Fuente: Elaboración propia

El en Cuadro 71 se muestra que la mayoría de las regiones integra en sus índices las variables propuestas por nivel central (especialmente, Población total, Obesidad y Porcentaje de cumplimiento de actividades). De hecho, un 79% del índice comunal de las regiones, en promedio, se construye a partir de estas variables. Sin embargo, mientras hay regiones que recogen el 100% de las variables propuestas (por ejemplo, Valparaíso), hay otras que solo seleccionan 3 o 4 variables de interés (por ejemplo, región Metropolitana y Arica y Parinacota).

Igualmente, el peso relativo que se da a las variables propuestas por nivel central en la construcción del índice varía ampliamente. Por ejemplo, la población de un territorio puede representar desde un 2% del índice comunal (Arica y Parinacota) hasta un 55% (Magallanes). En general, estas diferencias son esperables en el contexto de un Programa que, por definición, busca capturar de la mejor manera posible las realidades locales y que, por tanto, otorga flexibilidad para la descripción de las problemáticas de cada territorio en base a los indicadores que mejor las representen. Sin embargo, en algunas instancias, la alta libertad otorgada a las regiones para el autodefinición de sus métricas de asignación, puede derivar en la generación de desigualdades indeseables y evitables entre regiones, o perpetuar debilidades en la asignación dentro de regiones determinadas.

Por ejemplo, los indicadores de gestión local son evitados completamente por algunas regiones (ej. Araucanía), mientras otras determinan a través de estas métricas casi la totalidad de la asignación entre comunas según el índice (ej. Tarapacá). Esto implica que hay comunas en las cuales su capacidad de gestión local no tiene repercusión sobre el presupuesto que se les asigna, mientras que en otras este antecedente es determinante: mientras más capacidad tengan de demostrar una buena gestión local, más presupuesto les será asignado. A juicio del Panel, este tipo de medidas puede incrementar brechas de inequidad existentes en el Programa, especialmente aquellas que se explican por la mayor o menor dotación de recursos humanos en una comuna, así como por las capacidades técnicas y de gestión de los equipos correspondientes.

Por otro lado, se observa también que la mayoría de las regiones incorporan en sus índices variables que van más allá de las recomendaciones propuestas por nivel central, y que podrían ayudar a los territorios a representar de mejor manera sus propias necesidades y requerimientos de promoción de salud. En el

**Cuadro 72** se detallan las variables adicionales que integran las regiones, las cuales representan desde un 10% del índice comunal construido (Tarapacá) hasta un 45% (Arica y Parinacota). Por ejemplo, el índice de la región de O'Higgins incorpora aspectos como Pobreza multidimensional, ruralidad e índice de vejez. Igualmente, la región de Los Lagos incorpora variables como Pobreza, Gini y Etnia, para representar en el índice medidas de desigualdad en las comunas (índice Gini), así como características basales (Etnia) y sociales (Pobreza) de la población que podrían explicar su acceso a promoción de la salud. Este tipo de dimensiones son reconocidas por el Panel como adecuadas y necesarias en la elaboración de los índices comunales. Esto, porque estos deben ser capaces de generar un ordenamiento en la asignación de recursos en base a variables que puedan explicar, de mayor o menor manera, los requerimientos de promoción de la salud de la población, considerando todas las esferas de determinación social (individual, hogar, comunidad, etc.).

De todas las variables propuestas por las regiones, hay una que genera especial inquietud respecto a las implicancias de equidad que pueda generar: Asignación de horas profesionales en promoción de salud. Esta variable representa (en algunas regiones) desde un 5% hasta un 30% del índice de asignación comunal, y se encuentra en línea con los indicadores de gestión local propuestos desde Nivel Central. Por esto, presenta la misma debilidad antes descrita: Las regiones que introducen esta variable en su índice premian sistemáticamente con más recursos a las comunas que mayor dotación de recursos humanos puede comprometer al Programa. Eso, si bien puede ser un mecanismo adecuado para incentivar una mayor priorización de las acciones de promoción en las comunas, puede terminar castigando a aquellas que no tengan recursos (humanos, financieros) suficientes para potenciar dichas acciones. Desde este punto de vista, para reducir las brechas por dotación dispar entre comunas, las regiones debieran fortalecer la entrega de recursos a las comunas más débiles. De otro modo, se siguen perpetuando las inequidades existentes.

**Cuadro 72 - Variables y ponderadores del Índice Comunal, por región, trienios 2016-2018 y 2019-2021 – Propuestas Regionales**

<b>Región</b>	<b>Indicador</b>	<b>Ponderación</b>
Tarapacá	Pobreza multidimensional	10%
Antofagasta	N/A	-
Atacama	Incidencia Comunal Chagas	20%
	Mortalidad Infantil	15%
Valparaíso	N/A	-
O'Higgins	Pobreza multidimensional	15%
	Ruralidad	15%
	Índice de vejez	5%
Los Lagos	Pobreza	5%
	Gini	5%
	Etnia	5%
Aysén	N/A	-
Magallanes	N/A	-
Metropolitana	Población obesa adulto mayor	13%
	Población obesa menores de 6	12%
	Índice priorización social	20%
	Pobreza multidimensional	20%
Araucanía	Asignación de Horas profesionales para promoción de salud	15%
	Ruralidad	5%
	Etnia	10%
Biobío	Asignación de Horas profesionales para promoción de salud	5%
	Pobreza	15%
	Comunas Rezago (Si/No)	10%
Arica y Parinacota	Pobreza	45%
Coquimbo	Asignación de Horas profesionales para promoción de salud	30%
Los Ríos	Pobreza	10%
	Ruralidad	15%
	Etnia	15%

Fuente: Elaboración propia

En vistas de lo anterior, el Panel insiste en la importancia de revisar los mecanismos de asignación de recursos por completo, incluyendo una mirada exhaustiva de los índices comunales los cuales, como mínimo, debieran centrarse en la generación de indicadores de determinación social de la salud, y no indicadores epidemiológicos que apunten a enfermedades, ya que el foco del Programa se encuentra puesto sobre promoción. El Panel sugiere iniciar este análisis a partir de los indicadores que se proponen a continuación:

**Indicadores propuestos para el cálculo del Índice Comunal en cada una de las regiones del país. 2021.**

<b>Indicadores de Determinación Social e Inequidad</b>	<b>Indicadores de Gestión Local</b>
Índice de vejez	Brecha de horas profesionales disponibles para promoción de salud con la mejor comuna
Brecha entre Mortalidad Infantil regional y comunal	Grado de coherencia entre la planificación y el diagnóstico de necesidades locales
% de Pobreza multidimensional	Cobertura efectiva del Programa
% Ruralidad	Brecha de cobertura efectiva con la mejor comuna
Índice de Gini	
Índice priorización social	
% de población de pueblos originarios	
% de población migrante	
% de mujeres jefas de hogar	
% de desocupación	
% de deserción escolar	
Índice de áreas verdes faltantes	
% población en campamentos	

Fuente: Elaboración propia

ii. Redistribución de remanentes

La pre-asignación de recursos en base al índice comunal representa la base de los recursos que a una municipalidad se le comprometen. Sin embargo, en ocasiones, algunas comunas se ven beneficiadas por un segundo componente de asignación, que se genera a partir de la redistribución de recursos acumulados (remanentes) que el Programa genera producto de que:

- 1.- Una comuna no presente el Plan 2019-2021, informado vía oficio, dentro de la fecha límite establecida por el Programa, liberando los recursos preasignados.
- 2.- Un Plan trienal validado termine teniendo un presupuesto final de menor monto que el originalmente pre-asignado, liberando el diferencial de recursos preasignados.
- 3.- El segundo o tercer año del trienio se apliquen expansiones presupuestarias, reajustes o inflatores, que amplíen los recursos disponibles para el Programa, generando potencialmente un remanente a nivel nacional<sup>196</sup>.

La distribución de remanentes del programa se realiza en una segunda etapa luego de haber transferido los recursos de las cuotas correspondientes a los convenios, e implica la transferencia de recursos adicionales para algunas comunas, no afectando los fondos comprometidos por convenio (acordados según la pre-asignación que resulta del cálculo del índice comunal). Cuando corresponde, estos fondos se asignan por addendum o por anexo de convenio. Una vez asignados los recursos definitivos (por convenio o anexo de

<sup>196</sup> El Panel desconoce cuál es el peso relativo de cada uno de estos elementos en la generación de remanentes para el período de evaluación

convenio), estos son transferidos a las entidades ejecutoras de los Planes trienales, partiendo por una transferencia desde el Ministerio de Salud a las SEREMIS, y de éstas a las Municipalidades. Los criterios de distribución de remanentes son definidos para cada trienio.

Así, para la distribución de remanentes, del trienio 2016-2018, el Programa indica que se priorizó la distribución de remanentes para procesos vinculados a pilotos de distintos instrumentos asociados a la estrategia del MCCS y su evaluación: En el año 2017 se implementaron las Comunas Centinela<sup>197</sup>, mientras que en el año 2018 se solicitó a DIPRES decretar como Subtítulo 22 MM\$224.000 del Subtítulo 24, con el propósito de dar cumplimiento al compromiso efectuado por el Ministerio de Salud con el Ministerio de Desarrollo Social en la Evaluación Ex Ante del Programa de Promoción de la Salud, que consistía en la instalación de un sistema de evaluación que permitiera reportar periódicamente sus resultados, cuya respuesta no fue favorable (el Panel desconoce cuáles son los motivos detrás de esta respuesta).

Para el período 2019-2021, la redistribución de remanentes se realizó desde el nivel central con el propósito de apoyar el trabajo en ámbitos tales como: regulaciones, infraestructura y equipamiento y que respondan a un Resultado Esperado de su Plan Trienal de Promoción de la Salud. Para asignar los fondos se hizo una pre-selección de comunas que cumplieran con 4 criterios específicos: 1) Contar con planificación trienal en la plataforma MIDAS, 2) No haber recibido recursos adicionales durante el 2019, 3) Contar con brecha 2019 entre el monto de su planificación inicial y el pre-asignado 2019, es decir que no cubrían totalmente la valorización de su plan inicial con el monto pre asignado y 4) Haber tenido PTPS en período anterior y contar con una respectiva ejecución financiera superior al 85%. Luego, para las comunas que cumplieran con estos criterios se calculó el peso porcentual de la brecha de cada comuna sobre el monto total disponible por concepto de remanentes (\$250.810.345). “Es decir, se distribuyeron los remanentes entre las comunas que cumplían los 4 criterios ya mencionados de forma proporcional a la brecha de cada comuna entre el pre asignado y el monto de su programación inicial. De este modo mientras mayor es la brecha, mayor es el monto asignado a la comuna” (ORD 4509, 2019). A juicio del Panel, es razonable pensar que una mayor parte de los remanentes puedan ser distribuidos a aquellas comunas cuyas brechas de planificación sean las más elevadas. Sin embargo, dadas las inquietudes previamente planteadas respecto a cómo estas brechas se construyen, el mecanismo de distribución se debilita. Más aún, el Panel observa en los resultados de distribución de remanentes, en el siguiente Cuadro, elementos que llevan a preguntarse respecto a la efectividad del mecanismo diseñado para llegar a las comunas que más lo necesitan.

En efecto, tal como se observa, la distribución de remanentes del 2019, decretada en Ordinario N° 4509 de Octubre del 2019, benefició a 20 comunas del país (concentradas en 10 regiones), muchas de las cuales se encuentran entre las más desarrolladas<sup>198</sup>. Esto se evalúa a través del contraste entre el incremento de presupuesto observado en una comuna y su índice de desarrollo comunal (IDC). El IDC es un índice multidimensional que agrupa distintas variables de desarrollo de una comuna en 3 ámbitos principales: Bienestar, economía, educación. Fue elaborado por el Instituto Chileno de Estudios Municipales (Ichem), y el Instituto de Estudios del Hábitat (IEH), ambos de la Universidad Autónoma de Chile, y su primera edición fue publicada por primera vez en septiembre del 2020.

Por ejemplo, la comuna de Las Condes, número 2 en el ranking nacional de desarrollo comunal, y en un rango de desarrollo “Alto”, experimentó un alza del 130% de su presupuesto gracias a la distribución de remanentes. Igualmente, la comuna de Viña del Mar, número 6 en el ranking de desarrollo comunal, experimentó un alza de presupuesto

---

<sup>197</sup> Las comunas centinela son definidas por el Programa en base a 3 criterios de inclusión: i) Existencia de una buena gestión histórica técnica-financiera del programa de promoción de salud, ii) Ubicación geográfica cercana a la comuna de emplazamiento de la SEREMI u Oficina Provincial (para facilitar rol de acompañamiento del equipo regional), iii) Disponibilidad de un equipo comunal consolidado para asumir el desafío

<sup>198</sup> Es importante mencionar que, al momento de asignación de los remanentes señalados, 320 comunas ya contaban con asignación de recursos adicionales durante el 2019, por concepto de la inyección extraordinaria de recursos por \$3.500 millones. Por esto, la mayoría de comunas no cumplían con el criterio (2) se preselección para asignación de remanentes.

de casi un 120%. Mientras tanto, comunas de desarrollo bajo, como Torres del Paine, experimentan alzas de presupuesto del orden del 35%. Estos son casos puntuales que el Panel ha seleccionado para resaltar las potenciales consecuencias de este mecanismo de distribución sobre criterios de equidad. Y aún cuando no logran despejar la inquietud general sobre la efectividad del mecanismo en llegar a la población que más requiere de promoción de la salud, resaltan nuevamente el riesgo de elaborar mecanismos sin observar las implicancias sobre la Equidad puesto que, sin diseñarlo, se contribuye a perpetuar la inequidad existente entre comunas en vez de acortar las brechas de desigualdad. Así, y tal como se indica en secciones previas, es necesario que el Programa revise exhaustivamente sus criterios de asignación de recursos, para asegurar que tanto ésta como otras debilidades identificadas, sean atendidas.

Cuadro 73 - Detalle de distribución de remanentes por comuna, año 2019

COMUNA	REGION	PRE-ASIGNADO 2019-2021 (a)	DIST. REMANENTES (b)	TOTAL 2019	% Incremento (b/a)	Peso Relativo (x10)	IDC 2020	Ranking	Rango
Tierra Amarilla	Atacama	13.327.182	7.866.566	21.193.748	59,0%	4,96%	0,3271	219	Medio-bajo
O'Higgins	Aysén	6.290.355	2.419.814	8.710.169	38,5%	0,20%	0,3338	213	Medio-bajo
Perquenco	La Araucanía	8.643.954	21.131.522	29.775.476	244,5%	0,70%	0,2739	288	Bajo
Temuco	La Araucanía	34.963.961	3.393.896	38.357.857	9,7%	0,90%	0,5953	14	Medio-alto
Castro	Los Lagos	11.282.669	19.353.234	30.635.903	171,5%	0,72%	0,4818	65	Medio
Natales	Magallanes	15.777.703	5.221.072	20.998.775	33,1%	0,49%	0,5074	54	Medio-alto
Torres del Paine	Magallanes	8.382.517	2.916.385	11.298.902	34,8%	0,26%	0,281	280	Bajo
Ñiquén	Ñuble	11.966.492	20.914.157	32.880.649	174,8%	0,77%	0,2697	292	Bajo
Viña del Mar	Valparaíso	14.412.888	17.243.712	31.656.600	119,6%	0,74%	0,6764	6	Alto
Zapallar	Valparaíso	6.296.119	12.604.953	18.901.072	200,2%	0,44%	0,491	61	Medio-alto
Coronel	Biobío	18.840.624	13.585.843	32.426.467	72,1%	0,76%	0,504	56	Medio-alto
Linares	Maule	6.057.549	22.874.557	28.932.106	377,6%	0,68%	0,4959	59	Medio-alto
San Clemente	Maule	10.962.242	8.324.793	19.287.035	75,9%	0,45%	0,3384	207	Medio-bajo
Talca	Maule	9.285.713	14.815.690	24.101.403	159,6%	0,56%	0,5755	21	Medio-alto
El Bosque	Metropolitana	20.256.756	13.305.402	33.562.158	65,7%	0,78%	0,4535	80	Medio
Las Condes	Metropolitana	13.651.201	17.757.030	31.408.231	130,1%	0,73%	0,8752	2	Alto
Pudahuel	Metropolitana	18.902.771	14.217.882	33.120.653	75,2%	0,77%	0,5519	29	Medio-alto
Quinta Normal	Metropolitana	18.625.796	14.404.542	33.030.338	77,3%	0,77%	0,5375	41	Medio-alto
San Ramón	Metropolitana	23.171.877	1.232.012	24.403.889	5,3%	0,57%	0,4392	92	Medio
Talagante	Metropolitana	14.437.266	17.227.283	31.664.549	119,3%	0,74%	0,4706	73	Medio
<b>TOTAL</b>		<b>285.535.635</b>	<b>250.810.345</b>	<b>536.345.980</b>					

Fuente: Elaboración propia, en base a ORD 4509 7 Oct 2019 Informa distribución de recursos remanentes de Promoción de la Salud 2019



El Programa, en sus orientaciones técnicas, ofrece a las comunas un modelo de convenio entre la municipalidad y la SEREMI correspondiente.

En este convenio, además de establecerse el contexto y objeto de este, se definen los compromisos de las partes e instancias de monitoreo que, como se ha señalado previamente, no siempre es respetado por las comunas, generando fuentes de inequidad intercomunal por dotaciones dispares para la acción territorial en promoción de la salud (más detalles en sección de Implementación).

El Municipio, además, debe rendir cuentas a la SEREMI mensualmente en un informe mensual tipo diseñado por el Programa, que detalla: transferencias recibidas, saldos pendientes por rendir, gastos de operación, gastos de personal, gastos de inversión. Nivel Central se encarga de centralizar esta información y elaborar informes de gestión “consolidados” (planilla Excel) a nivel regional.

Igualmente, el Programa exige que los recursos ejecutados se registren en una contabilidad aparte de la Municipalidad, y no como presupuesto habitual de ésta. No se definen niveles de gasto mínimo o máximo por actividad u otros niveles de ejecución.

El convenio establece que los recursos del PTPS no puede ser destinados a la contratación de RRHH dedicados a la coordinación o ejecución de planes, sino solo “a la contratación de honorarios o compra de servicios para monitores u otro profesional para la realización de actividades específicas, como, por ejemplo: talleres deportivos, capacitación para la venta de los productos de pequeños agricultores, etc.”. Con esto, el Programa deja entrever de manera indirecta que no financiará gastos administrativos de las comunas (al menos por concepto de RRHH).

El convenio también establece la obligación de reintegro de los recursos entregados al Municipio en 3 casos concretos:

1. Existan saldos no utilizados, gastos observados o rechazados, o gastos no rendidos al momento de vencer el plazo para la ejecución de las actividades del presente convenio o en caso de su término anticipado
2. Los recursos hayan sido destinados a fines distintos a los establecidos en las actividades definidas en el “Plan Trienal de Promoción de la Salud” o ellos no hayan sido rendidos con los respectivos documentos de respaldo.
3. La Municipalidad no hubiese subsanado las observaciones al informe mensual, de acuerdo a lo señalado en el N° 5 de la presente cláusula.

Respecto a las instancias de monitoreo, los convenios establecen que, tal como se indica en la próxima sección, la SEREMI realiza monitoreos financieros mensuales y un monitoreo técnico intermedio. La Municipalidad, por otro lado, es responsable de emitir un informe (con sus respectivos medios de verificación). En este informe, la Municipalidad debe reportar, entre otras cosas, el cálculo de los indicadores establecidos en el PTPS, para mostrar el avance en el cumplimiento de los resultados esperados del Plan, y el porcentaje de cumplimiento de actividades anuales planificadas.

**Cuadro 74 - Metas trienio 2016-2018 y 2019-2021**

<b>Trienio 2016-2018</b>	<b>Trienio 2019-2021</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 70% de cumplimiento a noviembre de cada año de las actividades anuales planificadas.</li> <li>▪ Al menos un compromiso edilicio anual formalizado (por ejemplo, cartas compromiso, dictación de regulación local, formalización de equipo gestor y/o comité intersectorial por decreto alcaldicio, entre otros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Al menos el 30% de cumplimiento de las actividades proyectadas del primer año a diciembre de 2019, 70% de cumplimiento de las actividades programadas del segundo año a diciembre de 2020 y 90% de cumplimiento de las actividades planeadas del tercer año a diciembre de 2021.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cumplimiento de, al menos, una acción anual tendiente a la formulación de una regulación local (ordenanza, reglamento o decreto) que promueva la creación de entornos que favorezcan una vida saludable, para su dictación a más tardar el año 2018</li> <li>▪ Cumplimiento de, al menos, una acción anual de participación comunitaria (Escuelas de gestores sociales o diálogos ciudadanos) en el marco de las prioridades que establezca el Ministerio de Salud para el respectivo año, las que serán informadas durante el primer trimestre de cada año mediante Oficio.</li> <li>▪ Contar con planificación operativa del año siguiente aprobada por SEREMI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cumplir con el registro de la ejecución del Plan Trienal en el sistema MIDAS.</li> <li>▪ Aplicación anual de la Encuesta de Entornos y Hábitos Saludables.</li> <li>▪ Realizar evaluación anual de resultados esperados en base a la aplicación de instrumentos estipulados en el Plan que permitan dimensionar el avance en el cumplimiento de indicadores planteados en el Plan.</li> </ul>
--	--

Fuente: Elaboración propia en base a Orientaciones Técnicas del programa, trienio 2016-2018 y 2019-2021

El incumplimiento de las metas aquí planteadas puede conducir al término anticipado del convenio y resultar en el reintegro de recursos por parte del Municipio. El Panel considera que este tipo de medidas punitivas, si bien puede ayudar a resguardar el cumplimiento de los compromisos adoptados por los municipios con las comunas, quita a la población de la comuna afectada la posibilidad de acceder a los servicios que presta, algo que es incongruente con el carácter de programa universal. Por esto, se sugiere revisar instancias de control alternativas, que permitan mantener a las poblaciones con acceso al Programa.

#### D. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la unidad responsable

El sistema de indicadores diseñados para el programa constituye por sí solo un sistema de seguimiento y evaluación de la unidad responsable.

Tal como lo señala la unidad responsable en la Ficha de Antecedentes N°1<sup>199</sup>, la función de monitoreo corresponde al proceso continuo de recolección y análisis de información (datos cualitativos y cuantitativos) para hacer seguimiento a su desarrollo (observar y verificar el cumplimiento de metas, avance y desempeño) y para guiar las decisiones de gestión. Operativamente el monitoreo es responsabilidad de la unidad técnica de promoción de salud. En las OOTT<sup>200</sup> se establecen plazos para el monitoreo. Además, la jefatura del departamento debe enviar un correo electrónico a las SEREMI indicando los plazos de envío al nivel central.

El programa central planifica, en todos los niveles,<sup>201</sup> las evaluaciones anuales y trienales, y realiza constantes monitoreos que permiten evaluar avances y mitigar riesgos de incumplimiento adelantándose con los ajustes necesarios. Los monitoreos técnicos se construyen con información de las planificaciones y del registro de la ejecución. A su vez, se evalúa en base a indicadores que tienen relación con la Estrategia Nacional de Salud, los que contribuyen al logro del objetivo estratégico N°3: *reducir los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables.*

<sup>199</sup> La que fue preparada por el programa en el marco de esta evaluación

<sup>200</sup> Incluyen una "Pauta de Monitoreo de PTPS" que contempla el seguimiento de actividades trazadoras, que se definen como aquellas que permiten aportar a sistemas de evaluación vinculados a la estrategia nacional de salud, Mideso, Min. Hacienda y aquellas metas señaladas en la cláusula 6ª del convenio

<sup>201</sup> Ejemplos: Informe evaluación final al cierre realizado por las SEREMIS; Aplicación de encuesta de entornos y Evaluación de RE por convenio en el nivel local; Informe de monitoreo NC. Todo esto se define desde el diseño del programa que realiza el NC.

En los monitoreos intermedios y finales anuales las variables a evaluar son: i) Variables Cuantitativas, tales como cumplimiento técnico y financiero, cuyos indicadores son el porcentaje de cumplimiento técnico y el porcentaje de cumplimiento financiero, y ii) variables cualitativas, como riesgos de incumplimiento de actividades y medidas de mitigación.

Luego que los recursos son transferidos a las comunas, estas entregan periódicamente rendiciones financieras que son revisadas por las SEREMIs de Salud, las que aprueban, rechazan u observan los gastos realizados. La responsabilidad de realizar los monitoreos técnicos intermedios y finales anuales es de cada SEREMIs de Salud con lineamientos y supervisión del nivel central.

Se realiza un monitoreo técnico intermedio, durante el mes de septiembre (fecha de corte 31 de agosto para el año 1, para los años 2 y 3 la fecha de corte es el 30 de junio) y una evaluación técnica anual (fecha de corte 30 de noviembre). Al finalizar cada año se realiza una evaluación técnico-financiera en base a los informes anuales enviados por las comunas.

El proceso de monitoreo y evaluación contempla las siguientes actividades: a) Registro de la información del monitoreo<sup>202</sup>; b) Sistematización y evaluación de resultados técnicos y financieros<sup>203204</sup>; c) Elaboración de informes<sup>205</sup>, y d) Formulación, implementación, monitoreo y evaluación de acciones locales/comunales de promoción de la salud<sup>206</sup>.

Con el propósito de obtener más información sobre la ejecución de los PTPS, se registra en una planilla Excel la totalidad de la oferta programática de los planes (130 actividades aproximadamente) a las que las SEREMIs les hace seguimiento en coordinación con sus respectivos municipios, el nivel central (NC) por su parte, supervisa el seguimiento de las SEREMIs de manera presencial, telefónica, vía correo, oficios. En dicha planilla se registra si cada una de esas actividades fue programada por la comuna, el monto programado y su avance en ejecución, considerando también el registro de los montos ejecutados por actividad. Esto último ha permitido levantar el dato del gasto por componente. Este proceso es sistemático, un corte al 30 de junio y otro al 31 de diciembre. Se cuenta con este registro para el monitoreo final anual de 2019 y el monitoreo intermedio 2020.

Además, se utiliza información de las transferencias de recursos a las Municipalidades que es provista por la División de Finanzas y Presupuestos del Ministerio de Salud en base al sistema SIGFE y la planilla histórica de transferencias de PTPS.

Respecto a la Evaluación Trienal, las variables a considerar son: Vinculación con instrumentos de gestión Municipal (Plan Regulador, Plan de Salud Comunal, PLADECO, Programa Vida Sana, Chile Crece Contigo, Elige Vivir Sano, Otro), Registro en REM; Aspectos positivos en: la Gestión Financiera, Gestión Técnica, y su impacto en la gestión Municipal; Aspectos negativos en: la Gestión Financiera, Gestión Técnica, y su impacto en la gestión Municipal; Propuestas para: la Gestión Financiera, Gestión Técnica, y para lograr impacto en la gestión Municipal; Visitas de acompañamiento del equipo de la Seremi de Salud durante el trienio, jornadas regionales en las que participó la comuna, fortalezas del acompañamiento de la Seremi de Salud, áreas a mejorar del acompañamiento de la Seremi de Salud; e Indicadores (fórmula de cálculo), medios de verificación, supuestos, indicador esperado (en número y porcentaje). Es de responsabilidad del Nivel Central efectuar esta evaluación a nivel regional al finalizar cada trienio. En caso que la SEREMI no logre formalizar la relación con un municipio, el municipio no podrá acceder a PTPS. El modelo de PTPS establece que la SEREMI debe invitar a los municipios a presentar su plan y les informa su marco presupuestario, según lo indique el Índice Comunal. Esto se define en el diseño del programa.

Los instrumentos de seguimiento y evaluación del programa son:

---

<sup>202</sup> Se registran los informes de monitoreo intermedio, de seguimiento y evaluación regional aportado por las regiones

<sup>203</sup> La información que aportan las SEREMI al Dpto. permite determinar el estado de desarrollo en que se encuentran los planes. El estado de desarrollo de los planes es documentado en informes. Al término del año se evalúan los resultados obtenidos durante el ejercicio de planes.

<sup>204</sup> Existe un flujo de trabajo establecido en las SEREMIs y una coordinación directa con los municipios, entre área técnica y financiera. Con esta información generan un informe intermedio y final. Este proceso está establecido en las OOTT diseñadas en NC.

<sup>205</sup> Tanto las SEREMI de Salud como el nivel central elaboran documentos con la información relevante del período, llamados Informes de Gestión Técnico- Financiera.

<sup>206</sup> De acuerdo con orientaciones técnicas del nivel central. Se debe considerar para este proceso al intersector y a la sociedad civil organizada, logrando mayor empoderamiento de las acciones planificadas.

- *Sistematización de PTPS 2016-2018* Antes del 2019 los PTPS se elaboraban en un formato Excel diseñado para tal efecto que eran enviados al nivel central a través de correo electrónico. En base a esta información recolectada el Ministerio de Salud mediante la contratación de servicios externos, sistematizaba y analizaba las programaciones, cuyos resultados se entregaban en formatos de informe. El análisis cualitativo de árboles de problemas incluía: Alimentación, Actividad física, Recursos humanos, Financiamiento, Infraestructura, Salud mental y Temas emergentes. En tanto, el análisis cuantitativo de los PTPS recoge las siguientes variables relacionadas con las actividades: Región y comuna, Resultados esperados, Tipo de actividad, Periodicidad, Componente, Entorno, Ámbito de promoción de la salud y Fuente de financiamiento
- *Planilla histórica de transferencias de PTPS*. En esta planilla Excel se registran las solicitudes de transferencias de PTPS que realiza el Departamento de Promoción de la Salud por región y comuna al área de Finanzas del Ministerio de Salud, quienes lo registran en SIGFE cuando el proceso se ha completado.
- *Módulo de Promoción MIDAS*. El Programa cuenta con un sistema de registro y acompañamiento a la gestión local denominado módulo de Promoción de la Salud en la plataforma de “Modernización de la Información Digital de la Autoridad Sanitaria” (MIDAS). En este sistema se encuentran disponibles todos los PTPS 2019-2021. Además, la plataforma permite extraer información sobre diferentes variables: Montos 2019, 2020 y 2021 total y trienal planificado por Región, Comuna, componentes y actividades; Número de actividades planificadas; Gastos administrativos (montos y actividades). La plataforma dispone esta información en un visor con hipervínculo que permite observar con mayor profundidad el detalle de las actividades planificadas por la comuna y el resultado esperado al que se encuentran asociadas. Otro punto destacable de la reportabilidad es que permite extraer la base de datos de la evaluación del trienio anterior.

En relación con la línea base, el programa declara no contar con una, puesto que su implementación ha sido permanente desde el año 1998, lo que afecta negativamente al programa pues dificulta la evaluación respecto a la evolución del mismo.

En cuanto a la realización de evaluaciones, la de mayor envergadura corresponde a la efectuada en el 2016, Evaluación Ex Ante de Programas Reformulados, realizada por la Subsecretaría de Evaluación Social del Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Sus resultados fueron publicados en diciembre del mismo año con miras a la formulación presupuestaria 2017. El objetivo de esta evaluación fue asegurar el buen diseño de los programas nuevos y reformulados significativamente que se presentan a la discusión presupuestaria. El resultado de esta evaluación fue la recomendación favorable (RF)<sup>207</sup>. No hay evaluaciones de impacto, ni evaluaciones ex post. Se realizan evaluaciones de proceso al término del trienio.

Al momento de elaborar el presente informe, el panel observa que el programa no ha desarrollado un óptimo nivel de seguimiento y evaluación pues existe escasa información sobre satisfacción e implementación. Por otra parte, existen las planillas, pero la información no está suficientemente ordenada y sistematizada.

Junto a lo anterior el panel considera que el sistema de seguimiento y evaluación del programa genera información pertinente permite medir desempeño del programa y retroalimentar su gestión, pero es poco oportuna, insuficiente<sup>208</sup> y de regular calidad, tal como se analiza y concluye en el anexo 2c, dado que ha sido necesario ordenar, sistematizar y revisar la información para la elaboración del presente informe. La unidad responsable declara usar la información para la función de retroalimentación en la toma de decisiones, expresada en ajustes programáticos y rediseño de planificación.

<sup>207</sup> Los comentarios fueron los siguientes: El programa cumple con los mínimos en términos de atingencia, consistencia y coherencia. Se evidencia la pertinencia del diseño del programa para resolver el problema o la necesidad identificada en relación a la población que se ve afectada. También se observa una adecuada relación entre los objetivos, la población a atender y la estrategia de intervención propuesta. Y, por último, se observa una adecuada relación entre el diseño del programa y su posterior ejecución, analizada a partir de los indicadores, el sistema de información propuesto y los gastos planificados.

<sup>208</sup> El programa indica: Ya se encuentra implementada el nuevo desarrollo en MIDAS que permite sistematizar mayor información de los planes, por ejemplo, el tipo de gastos. Se pueden entregar los antecedentes al Panel de ser requeridos.

#### Anexo 4: Análisis de Género de programas Evaluados

Existe un acuerdo general en la literatura respecto a que el género constituye un determinante social esencial de la salud. Las mujeres, por un lado, presentan prevalencias de enfermedades crónicas no transmisibles más elevadas que los hombres (anemia, desórdenes de tiroides, artritis, migrañas, por nombrar algunos)<sup>209</sup>. El enfoque de los determinantes sociales plantea que esto se explica más allá de las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, sino que está determinado por niveles o capas de determinación social de la salud, incluyendo el contexto social/ de política en el que ocurren las conductas promotoras o detractoras de la salud y los entornos que facilitan o dificultan dichos comportamientos. Bajo este enfoque, las prevalencias dispares que afectan a las mujeres de Chile y el mundo están en parte determinadas por los roles y responsabilidades que las mujeres asumen en la sociedad moderna. Por un lado, las mujeres tienen oportunidades más limitadas de adoptar conductas promotoras de la salud y de hacer uso efectivo de los entornos saludables que se pudieran poner a su disposición. Por ejemplo, una mujer que logra compatibilizar una jornada laboral completa, con labores de cuidado de los menores, y otras tareas no remuneradas en el hogar, tiene una escasa o nula posibilidad de dedicar a sí misma tiempos de esparcimiento y práctica deportiva en un parque local. Por otro lado, las mujeres están más expuestas a factores de riesgo que pueden dañar su salud, como el stress excesivo por sobrecarga de responsabilidades<sup>210</sup>.

Una iniciativa pública puede integrar parcialmente el enfoque de género contribuyendo a solucionar necesidades puntuales que las mujeres tengan asociadas netamente a su género/ biología (por ejemplo, facilitar salas de lactancia materna). Sin embargo, esto no contribuye a emparejar las condiciones sociales que determinan su salud, principalmente a través del acceso a instancias de promoción que producto de la posición que se les asigna en sus familias y entornos no pueden disfrutar. Por esto, una mejor consigna, a juicio del Panel, es que una iniciativa como MCCS no solo pueda atender necesidades concretas de las mujeres a través de sus actividades (enfoque de género), sino establecer un diseño equitativo de acceso a la promoción de la salud para hombres y mujeres (enfoque de equidad de género).

CUADRO ANÁLISIS DE GENERO		
Nombre del programa	Planes de Promoción de la Salud para Municipios, Comunas y Comunidades saludables (MCCS)	
Objetivo del programa	Mejorar el acceso de la población a la promoción de la salud a través de los planes trienales habilitando y optimizando entornos saludables	
¿Corresponde aplicar enfoque de género según la evaluación?	<p>SI</p> <p>El género es reconocido como un determinante social de la salud fundamental. Dado que el MCCS emplea el enfoque de determinantes sociales para instalar una para mirada en promoción de salud basada en los entornos saludables, es importante que pueda replantear su diseño e implementación en consideración de este elemento.</p>	<p>NO</p> <p>¿Por qué?:</p>
Si la respuesta es SI, continuar el análisis		

<sup>209</sup> Vlassoff C. (2007). Gender differences in determinants and consequences of health and illness. *Journal of health, population, and nutrition*, 25(1), 47–61.

<sup>210</sup> Bates, L. M., Hankivsky, O., & Springer, K. W. (2009). Gender and health inequities: a comment on the final report of the WHO commission on the social determinants of health. *Social science & medicine*, 69(7), 1002-1004.

¿Se aplica satisfactoriamente en la población objetivo?	SÍ	NO ¿Por qué?:  No establece medidas de población diferenciadas por género	RECOMENDACIÓN  Establecer medidas de población que distingan entre hombres y mujeres
¿Se aplica satisfactoriamente en la definición del propósito y los componentes?	SÍ	NO ¿Por qué?:  El propósito y componentes no son diseñados con enfoque de género	RECOMENDACIÓN  Se recomienda realizar un rediseño del Programa con enfoque de equidad de género
¿Se aplica satisfactoriamente en la provisión del servicio?	SÍ	NO ¿Por qué?:  No establece mecanismos para resguardar acceso equitativo a las actividades de los Planes	RECOMENDACIÓN  Establecer mecanismos para asegurar acceso equitativo a los servicios del Programa
¿Se aplica satisfactoriamente en la formulación de indicadores?	SÍ	NO ¿Por qué?:  No se establecen indicadores que permitan evaluar distinciones de género	RECOMENDACIÓN  Construir indicadores género-sensibles

**Anexo 5: Ficha de Presentación de Antecedentes Presupuestarios y de Gastos (formato Excel)**

**Cuadro N°1.A Asignación Específica al Programa, período 2017 - 2021 (en miles de pesos nominales)**

Identificación Asignación			2017		2018		2019		2020		2021	
Partida; Capítulo; Progr.	Subt.; Ítem; Asign.	Denominación de Asignación	Monto Total Ley de Pptos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Pptos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Pptos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Pptos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Pptos	Monto Específico al Programa
16.09.01	24.03.299	Programas Especiales de Atención Primaria	4.066.782	4.066.782	4.172.518	4.172.518	4.276.750	4.276.750	4.387.946	4.387.946	7.267.884	4.024.560

Fuente: Anexo 5

**Cuadro N°1.B Aportes institución responsable (subtítulos 21, 22 y 29, entre otros), período 2017 - 2021 (en miles de pesos nominales)**

Identificación Aporte			2017		2018		2019		2020		2021	
Partida; Capítulo; Progr.	Subtítulo	Denominación	Monto Total Ley de Presupuestos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	Monto Específico al Programa
16.09.01	21	Gastos en Personal	88.826.710	493.952	99.258.721	506.301	103.098.868	524.022	108.004.793	538.694	122.862.697	553.239
	22	Bienes y Servicios de Consumo	39.787.894	3.000	36.506.443	11.000	36.002.856	20.300	42.426.899	13.000	42.529.237	-
	29	Adquisición de Activos no Financieros	3.013.276	-	1.562.253	-	83.127	16.000	718.899	-	241.898	-
	Otros (identificar)	Otros (identificar)										

Fuente: Anexo 5

**Cuadro N°1.C Aportes en Presupuesto de otras Instituciones Públicas, período 2017 - 2021 (en miles de pesos nominales)**

Identificación Aporte			2017		2018		2019		2020		2021	
Partida; Capítulo; Progr.	Subt.; Ítem; Asign.	Denominación de Asignación	Monto Total Ley de Presupuestos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Presupuestos	Monto Específico al Programa

Fuente: Anexo 5

**Cuadro N°1.D Aportes Otras fuentes Extrapresupuestarias, período 2017 - 2021 (en miles de pesos nominales)**

Fuentes de Financiamiento	2017	2018	2019	2020	2021
	Monto	Monto	Monto	Monto	Monto
Aportes Municipales	3.858.623	3.956.633	4.301.785	3.961.877	4.227.789

Fuente: Anexo 5



**Cuadro N°2. Presupuesto del Programa respecto del Presupuesto de la Institución Responsable, período 2017-2021 (en miles de pesos nominales)**

<b>Año</b>	<b>Presupuesto inicial de la Institución responsable</b>	<b>Presupuesto Inicial del Programa (Asignación en Ley de Presupuesto)</b>
<b>2017</b>	434.056.927	4.563.734
<b>2018</b>	459.173.524	4.689.819
<b>2019</b>	478.686.845	4.837.072
<b>2020</b>	494.398.167	4.939.640
<b>2021</b>	516.168.426	4.577.799

Fuente: Anexo 5

**Cuadro N°3. Presupuesto Inicial y Gasto Devengado del Programa, período 2017-2021 (en miles de pesos nominales)**

Subtítulos	2017			2018			2019			2020			2021
	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Presupuesto Inicial (A)
Personal	493.952	493.952	493.952	506.301	506.301	506.301	524.022	524.022	524.022	538.694	538.694	538.694	553.239
Bienes y Servicios de Consumo	3.000	3.000	3.000	11.000	11.000	11.000	20.300	20.300	20.300	13.000	13.000	13.000	-
Transferencias	4.066.782	4.066.782	4.047.980	4.172.518	4.172.518	3.932.773	4.276.750	7.776.750	7.762.947	4.387.946	4.387.946	3.951.594	4.024.560
Inversión	-	-	-	-	-	-	16.000	16.000	16.000	-	-	-	-
Otros (Identificar)													

Fuente: Anexo 5

**Cuadro N°4. Gasto Total del Programa, período 2017-2020 (en miles de pesos nominales)**

AÑO	Otros Gastos
2017	3.858.623
2018	3.956.633
2019	4.301.785
2020	3.961.877

Fuente: Anexo 5

**Cuadro N°5. Gastos Total del Programa según uso, desagregado en gastos de administración y gastos de producción, período 2017-2020 (en miles de pesos nominales)**

	Gasto Total del Programa 2017		Gasto Total del Programa 2018		Gasto Total del Programa 2019		Gasto Total del Programa 2020	
	Gasto Producción	Gasto Administración	Gasto Producción	Gasto Administración	Gasto Producción	Gasto Administración	Gasto Producción	Gasto Administración
<b>Recursos Humanos</b>	1.851.339	956.787	1.897.623	980.707	1.964.041	1.015.032	2.019.033	1.043.452
<b>Otros Gastos</b>	5.595.429		5.528.378		9.645.981		5.402.680	

Fuente: Anexo 5

**Cuadro N°6. Gasto de producción de los Componentes del Programa, período 2017-2020 (en miles de pesos nominales)**

AÑO 2017	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Bio Bio	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total	
AÑO 2017	10.805	19.861	32.523	26.241	47.498	70.653	51.870	68.528	157.983	77.525	38.087	64.133	15.494	21.851	187.393	890.444	
Regulaciones y políticas municipales sobre entornos saludables	46.977	86.347	141.394	114.084	206.502	307.169	225.508	297.929	686.841	337.043	165.587	278.821	67.362	94.998	814.702	3.871.264	
Instalación y habilitación de espacios públicos para la vida saludable	7.165	13.169	21.564	17.399	31.494	46.847	34.393	45.438	104.751	51.403	25.254	42.524	10.273	14.488	124.252	590.414	
Participación Comunitaria para empoderamiento	25.418	46.720	76.505	61.728	111.733	166.201	122.017	161.202	371.633	182.366	89.595	150.863	36.448	51.401	440.815	2.094.646	
																-	
																-	
AÑO 2018	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Rubíe	Bio Bio	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
AÑO 2018	11.091	19.031	32.027	25.580	47.399	64.468	51.888	68.984	-	160.803	78.218	37.400	64.473	14.549	21.074	190.989	887.961
Regulaciones y políticas municipales sobre entornos saludables	48.219	82.739	139.241	111.209	206.069	280.235	225.577	299.912	-	699.100	340.060	162.600	280.299	63.252	91.619	830.339	3.860.468
Instalación y habilitación de espacios públicos para la vida saludable	7.354	12.619	21.236	16.961	31.428	42.739	34.403	45.740	-	106.621	51.863	24.798	42.749	9.647	13.973	126.637	588.767
Participación Comunitaria para empoderamiento	26.090	44.768	75.340	60.172	111.499	151.628	122.054	162.275	-	378.266	183.988	87.979	151.663	34.224	49.573	449.276	2.088.805
																	-
																	-
AÑO 2019	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Rubíe	Bio Bio	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
AÑO 2019	9.225	24.045	33.778	45.133	76.883	141.888	123.072	111.885	109.577	155.472	115.319	57.750	107.820	20.405	18.464	237.795	1.388.263
Regulaciones y políticas municipales sobre entornos saludables	40.107	104.537	146.845	196.217	334.254	616.772	536.062	486.342	476.394	675.504	501.357	251.072	467.885	88.712	80.275	1.033.810	6.035.566
Instalación y habilitación de espacios públicos para la vida saludable	6.117	15.943	22.396	29.925	50.978	94.065	81.603	74.713	72.656	103.087	76.463	38.291	71.358	13.530	12.243	157.668	920.496
Participación Comunitaria para empoderamiento	21.701	56.562	75.454	106.168	180.857	333.720	289.509	283.148	257.765	365.726	271.272	135.848	253.161	48.000	43.435	559.369	3.265.697
																	-
																	-
AÑO 2020	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Rubíe	Bio Bio	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
AÑO 2020	3.412	8.619	14.505	6.883	20.620	29.193	23.499	31.243	27.833	44.995	33.553	16.939	29.200	6.589	9.495	87.862	394.471
Regulaciones y políticas municipales sobre entornos saludables	49.878	125.986	212.021	100.612	301.395	426.712	343.484	456.673	406.529	657.684	490.434	247.589	426.808	96.313	138.782	1.284.706	5.765.905
Instalación y habilitación de espacios públicos para la vida saludable	2.045	5.164	8.691	4.124	12.354	17.491	14.080	18.719	16.676	26.999	20.103	10.149	17.495	3.948	5.689	52.661	236.348
Participación Comunitaria para empoderamiento	8.867	22.396	37.690	17.885	53.578	75.855	61.060	81.181	72.321	116.915	87.183	44.013	75.873	17.121	24.671	228.379	1.024.989
																	-
																	-

Fuente: Anexo 5

Para construir el Cuadro N°6 se debió utilizar el cálculo de ponderadores o “representación” de componentes explicados en secciones previas, en base a la metodología desarrollada por el Programa. Una vez fue calculada la distribución de recursos Subtítulo 24 por región y componente utilizando dichos ponderadores, se procedió a distribuir los gastos de producción asociados al Subtítulo 22 y 29. Para esto, se estimó el peso relativo de cada región, para cada año y componente, en base a la distribución del Subtítulo 24 (razón entre el monto asignado por Subtítulo 24 a la región y componente, y gasto total del país en el año t por componente), y este peso se utilizó como ponderador del gasto total reportado para los Subtítulos mencionados (un ponderador por región, año y componente, 252 en total<sup>211</sup>)

Por último, se distribuyeron entre regiones los gastos estimados de las Municipalidades, como complemento de los proyectos de habilitación y optimización de infraestructura para la salud pública (componente 2), y como RRHH destinados a producción (aproximado como un 80% del aporte total en RRHH). Para esto se utilizaron los mismos ponderadores antes mencionados.

---

<sup>211</sup> Recordando que en el año 2017, Ñuble no se reconocía como una región aparte

## **Anexo 6: Marcos Teóricos y Marco Contextual**

En el siguiente Anexo, se describen en detalle los principales marcos teóricos y conceptuales utilizados por el Programa en su diseño.

### **Marcos Teóricos del Programa**

Desde el inicio del Programa en 1998, este se ha sustentado en Marcos Teóricos que justifican su implementación y desarrollo. El panel procede a sistematizar y robustecer los Marcos Teóricos del Programa, junto con agregar elementos teóricos que ayudan a la justificación del Programa. Todos estos Marcos están presentes tanto en el diseño como la implementación del Programa.

#### **A. Promoción de Salud**

En el año 1942, Henry Sigerist, concibió cuatro funciones de la medicina: Promoción de la Salud; prevención de la enfermedad; restauración del enfermo y la rehabilitación. Fue el primero en usar el término de “Promoción de la Salud”, para referirse a las acciones basadas en la educación sanitaria y a las acciones del estado para mejorar las condiciones de vida<sup>212</sup>.

Existen muchas definiciones de promoción de salud:

- “Es un proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla”. Piedra angular de la atención primaria y función básica de la Salud Pública”. Se definen los 4 pilares de la Promoción de la Salud<sup>213</sup>: Educación para la salud / Acción intersectorial / Participación Social / Comunicación Social
- En la Declaración de Alma Ata<sup>214</sup>, en donde se plasmó la estrategia de la Atención Primaria de Salud, aparecen varios elementos propios de la Promoción de la Salud: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes, la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos éstos; exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros disponibles, y con tal fin desarrolla, mediante la educación apropiada, la capacidad de las comunidades para participar.
- La 4ª Conferencia global sobre Promoción de Salud revisó la Carta de Ottawa, debatió las estrategias críticas para avanzar con este compromiso y propuso una alianza global para promover salud y calidad de vida: Responsabilidad social en salud; Participación

---

<sup>212</sup> Helena E. Restrepo, Hernán Málaga. “Promoción de Salud: Cómo construir Vida Saludable”. Editorial Médica Panamericana S.A. 2001.

<sup>213</sup> OMS. Carta de Ottawa, 1986. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-promocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

<sup>214</sup> OMS. Declaración de Alma Ata. 1978.

comunitaria; Inversiones en el campo de la salud, infraestructura para la promoción de salud; Reorientación de los servicios de salud<sup>215</sup>.

- “La promoción de salud se centra en el empoderamiento, el fomento de habilidades y capacidades y en la contribución al desarrollo sostenible mientras que la prevención gira en torno a evitar la ocurrencia de enfermedades y detener su progresión”<sup>216</sup>.
- “La promoción de la salud debe ser un componente fundamental de las Políticas y programas de salud en todos los países, en la búsqueda de la equidad y de una mejor salud para todos”<sup>217</sup>.
- Como una función esencial de salud pública, es en sí misma una propuesta de desarrollo que incorpora una mirada social y valórica<sup>218</sup>.
- “Proceso mediante el cual se crean capacidades para que los individuos y comunidades ejerzan un mayor control sobre los determinantes de la salud<sup>219</sup> y de este modo puedan mejorarla”. Reconoce a la persona como sujeto con derechos y deberes, y al usuario como centro del quehacer del sector salud. Constituye un proceso político y social global, que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas.<sup>220</sup>
- Otros promotores de la salud conciben que la promoción de la salud puede coadyuvar a crear las condiciones para que la población tome conciencia y actúe colectivamente en las causas fundamentales de sus problemas de salud. Para hacer esto, crean espacios de análisis crítico de la realidad y utilizan las llamadas pedagogías liberadoras<sup>221</sup>.

En 2016, en la Conferencia de Shanghái<sup>222</sup>, China, se ratifican las “Condiciones para la promoción en salud”:

- 1.- Prerrequisitos de la salud: Paz, educación, alimentación, vivienda, renta, justicia social, equidad y ecosistema estable.
- 2.- Promocionar el concepto: que las condiciones sean favorables para la promoción.
- 3.- Proporcionar los medios: que permitan a la población desarrollar al máximo su salud potencial.
- 4.- Compromisos claves para la promoción:
  - Componente primordial de la agenda de desarrollo mundial
  - Responsabilidad esencial de todo gobierno
  - Un objetivo de la comunidad y sociedad civil

---

<sup>215</sup> OMS. Declaración de Yakarta, sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. 1997. [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_sp.pdf](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf)

<sup>216</sup> Breslow, L. From disease prevention to health promotion. JAMA. 1999 Mar 17;281(11):1030-3. doi:10.1001/jama.281.11.1030.

<sup>217</sup> OMS. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. México. 2000. [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr\\_mexico\\_report\\_sp.pdf?ua=1](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf?ua=1)

<sup>218</sup> DiClemente RJ, Crosby RA, Kegler M, editores. Emerging Theories in Health promotion Practice and Research. Strategies for Improving Public Health. Jossey-Bass; 2002.

<sup>219</sup> Los determinantes sociales son parte de otro marco teórico que sustenta al Programa. Ver más adelante.

<sup>220</sup> OMS. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. 2005. [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_es.pdf](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf)

<sup>221</sup> Guzmán Pizarro, Lourdes (coordinadora). Introducción a la Promoción de la Salud. Universidad Autónoma de la Ciudad de México. 2014.

<sup>222</sup> OMS. Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 2016. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf.pdf?ua=1#:~:text=Reunidos%20del%2021%20al%2024,sus%20Objetivos%20de%20Desarrollo%20Sostenible>

- Requisito de las buenas prácticas empresariales

Para el Ministerio de Salud de Chile y el Programa, la promoción de la salud **“es un proceso mediante el cual las personas familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas”**. Se incluyen acciones de educación, prevención y fomento de la salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía<sup>223</sup>, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir sanamente. En la actualidad a nivel global, las acciones en promoción de la salud buscan modificar los entornos construyendo oportunidades para que las personas puedan desarrollar una vida más saludable<sup>224</sup>.

La promoción de la salud es algo más que procurar cambiar los “estilos de vida individuales” ya que “los estilos de vida no son sólo el resultado de elecciones voluntarias y de carácter individual, ya que las opciones son a menudo influidas, e incluso obligadas, por las condiciones ambientales, incluidas las estructuras sociales, culturales, políticas, los entornos físicos y económicos”<sup>225</sup>. Lo anterior es profundizado en el acápite de Determinantes Sociales de Salud.

### **Pilares de la Promoción en Salud**

Según la OMS la Promoción de la Salud se sustenta en cuatro pilares: Participación Social, Educación para la Salud, Trabajo Intersectorial y Comunicación Social.

#### **Participación Social**

A continuación, se detalla la definición que es manejada por la OPS<sup>226</sup>: “Proceso mediante el cual grupos, organizaciones, instituciones y sectores de la comunidad intervienen en la identificación de las necesidades y actúan conjuntamente para diseñar y ejecutar las soluciones o las acciones adecuadas.” “La participación social tiene como prioridad la construcción de capacidades, la capacidad de la comunidad para analizar y priorizar sus necesidades, formular y negociar sus propuestas. Se trata de construir lazos de solidaridad, de reconocer la informalidad y flexibilidad de los grupos sociales, de fomentar el intercambio de saberes, el compartir historias y experiencias; y de comprender la incorporación de lo social”.

La participación de la población no se da en el vacío, sino que requiere incentivos que la motiven, que se tomen en consideración sus necesidades y problemas y se habiliten oportunidades de participar para los grupos que no han participado de forma activa en ámbitos relacionados con la salud. En términos concretos, la Promoción de la Salud requiere generar mecanismos de participación de la comunidad, ya que es ésta la que se

---

<sup>223</sup> Entendiendo la abogacía como el proceso de influir en las personas o grupos para generar un cambio, que busca incrementar el poder de las personas y los grupos, así como hacer que las instituciones respondan a las necesidades de una comunidad.

<sup>224</sup> MINSAL. Informe de cierre de Planes Trienales de Promoción de la Salud 2016-2018. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables. Depto. Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Subsecretaría de Salud Pública. Febrero de 2019.

<sup>225</sup> MINSAL. Estrategia Nacional de Salud: para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. 2011 <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

<sup>226</sup> Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Planificación Local Participativa: Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe. Paltex; 1999. <http://paltex.paho.org/bookdetail.asp?bookId=PXE41>

enfrenta a los problemas de salud y es, por lo mismo, quien puede fortalecer los factores protectores de la salud en todos sus ámbitos, densificando las redes sociales y la asociatividad en los territorios; en otras palabras, lo que se busca es fortalecer el capital social comunitario. Este se refiere a las redes y recursos con que cuentan los grupos sociales y las comunidades para resolver sus problemas de salud. Es decir, se busca fortalecer el rol de la comunidad, traspasando poder y superando la tradicional concepción funcional o instrumental de la participación, aprovechando sus propias herramientas y capacidades, como, por ejemplo, la confianza en la comunidad, las prácticas de reciprocidad (intercambio de favores), de solidaridad (apoyo comunitario), los liderazgos de la comunidad, la fortaleza de sus organizaciones, entre otros<sup>227</sup>.

Según expertos, el diseño de políticas con y para la comunidad es un imperativo de la gestión local, a la hora de apuntar hacia un municipio y comuna saludable. Los contenidos de las políticas de calidad de vida deben surgir de las personas que habitan el territorio. Si bien, las dinámicas y motivaciones de participación han cambiado con el tiempo, los mecanismos de opinión y de generación de capital social deben estar acordes a los tiempos actuales (mayor tecnología, redes sociales, etc.) y esos aspectos, de acuerdo con lo que señalan los actores relevados, deben ser considerados al momento de planificar y gestionar acciones de promoción de la salud integral.

Este marco teórico plantea que, para lograr el fortalecimiento del empoderamiento ciudadano, es crucial facilitar la participación ciudadana, en todos sus niveles (informativa, consultiva, gestora y de empoderamiento), incentivando la organización social y el surgimiento de líderes sociales, para lo cual es necesario<sup>228</sup>. Una de las clasificaciones que da cuenta de los diferentes niveles de participación que se pueden dar en la realidad y que permite clarificar que la entrega de información cuando es de alta calidad es el punto inicio de la participación comunitaria<sup>229</sup>.

---

<sup>227</sup> MINSAL. Orientaciones para la elaboración de planes trienales de promoción de la salud para municipios comunas y comunidades saludables. Subsecretaría de Salud Pública. División de Políticas Públicas Saludables y Participación. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. 2016.

<sup>228</sup> Fernández M, Ochsensus C, Cancino A, Donoso B, Salinas J, editores. Buenas Prácticas de Promoción de Salud y Participación Ciudadana. Ministerio de Salud Chile, Universidad de Los Lagos. Santiago de Chile: Gráfica LOM; 2008. 113 p.

<sup>229</sup> Hambleton, S. y Hoggett, P. (1994). A framework for understanding area-based desentralisation, Local Government. Policy Marketing, 20 (4), 5-12.



**Cuadro 75 - Escala de los niveles de participación de Hambleton y Hogget**

<b>Nivel</b>	<b>Tipo desagregado</b>	<b>Tipo agregado</b>
12	Control independiente	<b>Control ciudadano</b>
11	Control basado en la confianza	
10	Control delegado	<b>Participación ciudadana</b>
9	Co – participación	
8	Descentralización limitada	
7	Consejos de asesoría efectiva	
6	Consulta genuina	
5	Información de alta calidad	
4	Cuidado ciudadanía	<b>No participación</b>
3	Información pobre	
2	Consulta Cínica	
1	Decepción ciudadana	

Fuente: Hambleton, S. y Hoggett, P. (1994)

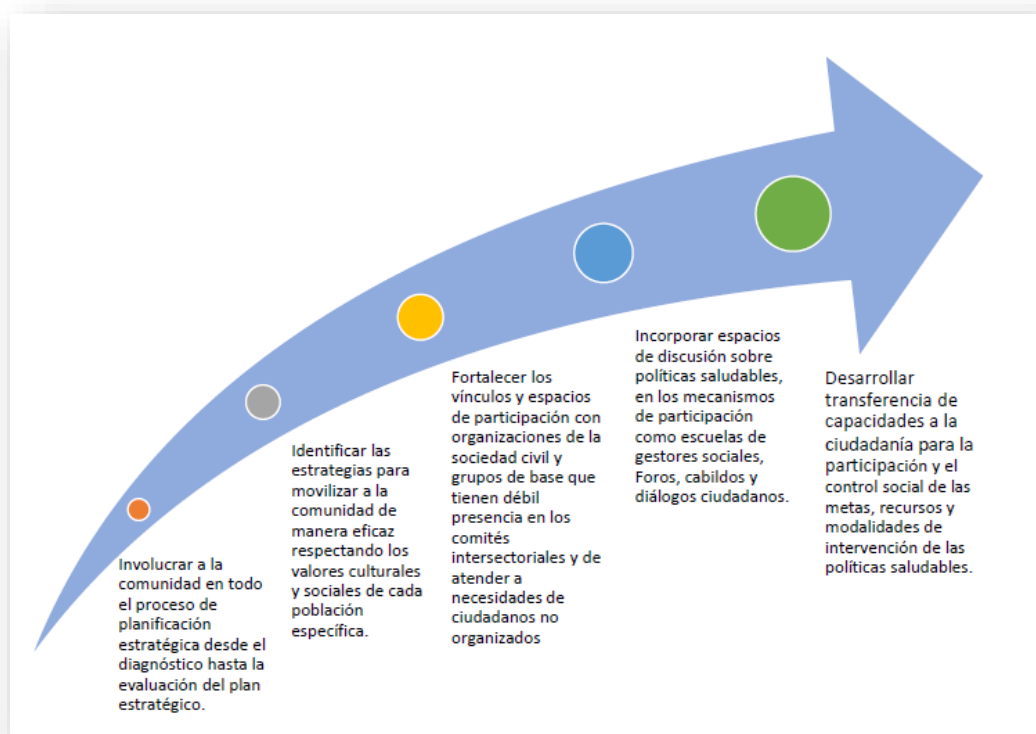
La participación activa de la comunidad es un principio básico del derecho social, que favorece la cohesión e interacción de los miembros de una comunidad. Tal como se señala en la Carta de Ottawa<sup>230</sup>, es vital la activa participación de la comunidad en los asuntos que afectan a la salud, en contraposición a comunidades simplemente receptoras pasivas de intervenciones profesionales. El principio del enfoque participativo en la salud es el empoderamiento de las comunidades, y el fortalecimiento de su capacidad para tomar decisiones, así como, impulsar medidas de colaboración recíprocas.

En el caso de Promoción de Salud, la experiencia internacional indica que la participación ciudadana es necesaria para mejorar la focalización de los recursos invertidos, en tanto la comunidad tiene un rol fundamental en el diagnóstico de sus propias necesidades. Por ello, la implementación de las estrategias debe incorporar a la ciudadanía con un rol definido. Las personas tienen que ser el centro de la acción de la promoción de la salud y de los procesos de toma de decisiones para que sean eficaces<sup>231</sup>.

La comunidad es el espacio clave para desarrollar con las personas, acciones para hacer frente a los desafíos que afectan su salud. Independientemente del método utilizado, intervenciones comunitarias exitosas dependen de una identificación y comprensión de los problemas y un reparto del poder entre la comunidad y los sectores que interactúan en ella.

<sup>230</sup> OMS. Carta de Ottawa, 1986. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

**Figura 27 - Escala de los niveles de participación de Minsal**



Fuente: MINSAL <sup>232</sup>

### Intersectorialidad

Concepto que está presente desde Alma Ata (1978) con el impulso de la Estrategia de Atención Primaria que destacaba la intersectorialidad y participación social como los ejes claves del desarrollo local. El concepto de intersectorialidad se define como la “intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida”<sup>233</sup>. “La coordinación intersectorial se expresa en acciones dirigidas al involucramiento paulatino de diferentes actores en el proceso de toma de decisiones, apuntando a la solución efectiva de problemas, para lo cual es necesario generar espacios adecuados para compartir liderazgos, recursos, líneas estratégicas, oportunidades y realizar una planificación conjunta”<sup>234</sup>.

Por tanto, se entiende como una relación reconocida entre salud y otros sectores, que se establece para resolver un problema o para lograr resultados, en forma efectiva, eficiente y sustentable. Dado que los resultados en salud dependen en gran parte de las acciones e

<sup>232</sup> MINSAL. Orientaciones político-estratégicas para el gobierno local avanzando hacia políticas públicas locales para el bienestar colectivo. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables. Subsecretaría de Salud Pública. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. 2017.

<sup>233</sup> FLACSO. Informe Técnico para el Diseño de Plan de Trabajo para reorientación de Programas de Salud Pública. Chile; 2015.

<sup>234</sup> Ministerio de Salud Chile. Orientaciones para Planes Comunales de promoción de la Salud 2014.

intervenciones de otros sectores sociales, no es posible resolver los problemas de calidad de vida de la población, sólo desde el sector salud. Teniendo en cuenta, que si las causas de las inequidades en salud tienen su origen en determinantes de salud que están fuera del ámbito de acción del sector, es importante poder articular la respuesta de otros sectores<sup>235</sup>.

En el proceso de planificación conjunta se definen los marcos conceptuales y metodologías que le otorguen a las intervenciones base conceptual y rigor científico. Será clave la “formación de alianzas intersectoriales que incorporen estrategias de instalación de agendas pro-saludables en todo tipo de ambientes sociales e instituciones de trabajo, hábitat, ocio y consumo y que estimulan procesos de participación e incidencia ciudadana en éstas”<sup>236</sup>.

Existen diversas instituciones, servicios y programas que orientan sus acciones para aportar a la calidad de vida de las personas, familias y comunidades; con las que es posible establecer relaciones de trabajo y alianzas estratégicas para abordar las inequidades y las acciones sobre los determinantes sociales de la salud.

### **Educación para la Salud**

Se entiende la educación para la salud con enfoque integral como un proceso de generación de aprendizajes, no solo para el autocuidado individual, sino para el ejercicio de la ciudadanía, la movilización y la construcción colectiva de la salud en la cual participan las personas y los diferentes sectores del desarrollo. Aprendemos para vivir mejor, no solo en lo individual sino en lo grupal y colectivo, por lo tanto, procesos de educación para la salud basados en la comunicación, el diálogo de saberes, la pedagogía activa crítica, participativa y transformadora logran el empoderamiento individual y la transformación de las realidades en las que estamos inmersos<sup>237</sup>.

La educación para la salud es considerada la vía más adecuada para alcanzar el desarrollo humano y sostenible, por cuanto además de intervenir en determinantes sociales de orden estructural, fomenta el desarrollo de competencias que incluyen conocimientos, habilidades y destrezas que desarrolla una persona para comprender, transformar y participar en el mundo en el que vive, por tanto se hace necesario abordarla, no solo desde el ámbito de las instituciones educativas y de los individuos, sino desde las formas de gobierno, desde el desarrollo de políticas educativas, el acceso y calidad de la educación<sup>238</sup>.

---

<sup>235</sup> Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health: Social Determinants of Health Discussion paper 2: Debates, Policy & Practice, Case Studies. Organización Mundial de la Salud. Ginebra-Suiza; 2010.

[http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)

<sup>236</sup> Ministerio de Salud Chile, Universidad de Los Lagos. Buenas Prácticas de Promoción de Salud y Participación Ciudadana. Fernández M, Ochsenius C, Cancino A, Donoso B, Salinas J, editores. Santiago de Chile: GráficaLOM; 2008. 113 p.

<sup>237</sup> OPS. Documento conceptual: educación para la salud con enfoque integral. Concurso de experiencias significativas de promoción de la salud en la región de las Américas. ámbitos: municipios, escuelas, universidades e instituciones de educación superior. 2017.

<sup>238</sup> Idem anterior.

Se trata de fomentar la toma de decisiones favorables a la salud, el análisis crítico de la información, el entendimiento de los determinantes de la salud y el compromiso con la acción social y colectiva<sup>239, 240</sup>.

La Educación para la Salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud<sup>241</sup>.

## **Comunicación Social en Salud**

La comunicación social en salud permite aumentar el conocimiento sobre temas de salud, problemas o soluciones; influir sobre las actitudes para crear apoyo para la acción personal o colectiva; demostrar o ejemplificar habilidades; incrementar la demanda de servicios de salud; reiterar o reforzar conocimientos, actitudes o conductas. Por otra parte, la comunicación en salud no puede compensar la carencia de servicios de atención de la salud, ni tampoco producir cambios de conducta sin componentes programáticos que los respalden. Así mismo, la comunicación social no es igualmente efectiva para resolver todos los problemas o para difundir todos los mensajes<sup>242</sup>.

## **Estrategias específicas impulsadas por OMS**

En este marco teórico existen estrategias específicas impulsadas y recomendadas por la OMS que es necesario considerar en el espacio de formulación y ejecución del Programa.

---

<sup>239</sup> Arroyo V, Hiram. Curso de Métodos de Promoción de la Salud y Educación para la Salud II. Maestría en Educación para la Salud de la Universidad de Puerto Rico. 2012.

<sup>240</sup> Adicionalmente han existido muchas definiciones que relacionan el concepto de Educación para la Salud y la Alfabetización en salud, tal vez una de las más aceptadas es la de Sorensen et al. en 2012, que la define como: “La alfabetización en salud se basa en la alfabetización general y engloba las motivaciones, los conocimientos y las competencias de las personas para acceder, entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones sobre la atención y el cuidado sanitario, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud para mantener y mejorar la calidad de vida a lo largo de ésta (Kristine Sørensen 1, Stephan Van den Broucke, James Fullam, Gerardine Doyle, Jürgen Pelikan, Zofia Slonska, Helmut Brand, (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012 Jan 25; 12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80).

<sup>241</sup> Universidad de Cantabria. La Educación para la Salud. Curso de Promoción de la salud. <https://ocw.unican.es/mod/page/view.php?id=491>

<sup>242</sup> OPS. Manual de comunicación social Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes. División de Promoción y Protección de la Salud Programa de Salud Familiar y Población Unidad Técnica de Salud y Desarrollo de Adolescentes. 2001. <https://www.paho.org/spanish/hpp/hpf/adol/comsocial.pdf>

## Entornos Saludables

El concepto entorno incorpora distintas dimensiones que pueden ser físicas, ambientales, sociales, culturales, institucionales.

Los entornos saludables comprenden los lugares donde viven y se desarrollan las personas, su hogar, su comunidad local, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento<sup>243</sup>.

La búsqueda e implementación de entornos saludables implican transformaciones de carácter estructural y se recomiendan ya que “la escasa cobertura y efectividad de las intervenciones individuales en el manejo de enfermedades crónicas, es otro elemento que apoya las medidas de carácter estructural que favorecen la prevención y promoción”. Suman más argumentos para dirigir los esfuerzos a la modificación del ambiente desde una perspectiva social y política, es por este motivo que la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, propone la construcción de ambientes y entornos saludables<sup>244</sup>.

Los entornos que apoyan la salud ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la misma, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprenden los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento.

GLOSARIO PS OMS: La acción destinada a crear entornos que apoyan la salud posee muchas dimensiones, que pueden incluir la acción política directa, cuyo objetivo es desarrollar y aplicar políticas y reglamentos que contribuyan a crear entornos de apoyo, la acción económica, especialmente en relación con el fomento de un desarrollo económico sostenido y la acción social.

PAULO M. BUSS: La creación de ambientes favorecedores para la salud, implica el reconocimiento de la complejidad de nuestras sociedades y de las relaciones de interdependencia entre diversos sectores. La protección del medio ambiente y la conservación de los recursos naturales, la conjunción sistemática del impacto que los cambios en el medio ambiente producen sobre la salud, así como la conquista de entornos que faciliten y favorezcan la salud, como el trabajo, el ocio, el hogar, la escuela y la propia ciudad, pasan a componer medularmente la agenda de la salud.

---

<sup>243</sup> Organización Mundial de la Salud. Glosario de Promoción de la Salud. 1998.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?ua=1)

<sup>244</sup> Ministerio de Salud Chile. Estrategia Nacional de Salud: para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. 2011 <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

## Estrategia Global de Municipios Saludables

Según la OMS la estrategia de “Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables” representa la implementación local de una de las iniciativas más efectivas de promoción de la salud. Desde un punto de vista operativo, se considera que “un municipio empieza a ser saludable cuando sus organizaciones locales y sus ciudadanos adquieren el compromiso e inician el proceso de mejorar continuamente las condiciones de salud y el bienestar de todos sus habitantes”<sup>245</sup>. Su misión consiste en fortalecer la ejecución de las actividades de promoción y protección de la salud en el ámbito local, instalando la promoción de la salud como la más alta prioridad de la agenda política; involucrando a las autoridades del gobierno y a la comunidad, fomentando el dialogo y compartiendo conocimientos y experiencias; así como estimulando la colaboración entre los municipios, ciudades y comunidades.

**Cuadro 76 - Dimensiones de reconocimiento de Municipios, Comunas y Comunidades Saludables**

Dimensiones	Descripción
Entornos Saludables	Se trata de desarrollar políticas saludables articuladas y coherentes con el propósito final de lograr comunidades cuya población, viva, se desarrolle, estudie y trabaje en entornos o espacios saludables para su bienestar y calidad de vida. Entornos donde las personas viven, estudian y trabajan evitan riesgos y promueven al desarrollo saludable de las personas en búsqueda de su bienestar.
Sustentabilidad	Resolución óptima de las necesidades de saneamiento, de higiene y de ambiente, avance hacia desarrollo sustentable.
Calidad de vida	Se alcanzan mejores niveles de calidad de vida y bienestar en la población.
Equidad en Salud	Acceso oportuno y de calidad a la atención de salud preventiva y a servicios y garantías sociales. Se disminuyen brechas y costos asociados a enfermedad. Mejora el estado de salud de población.
Gestión territorial	Posiciona a la promoción de salud como la más alta prioridad en la agenda política. Se establecen alianzas entre las autoridades locales, miembros de la comunidad y otros sectores públicos o privados que resguarden el ejercicio de garantías sociales y derechos, para intervenir en los determinantes sociales de la salud.
Participación Ciudadana	Desarrollo de espacios de inclusión de la ciudadanía en las decisiones que afectan su salud.

Fuente: MINSAL<sup>246</sup>

<sup>245</sup> Organización Panamericana de la Salud. Municipios y Comunidades Saludables: Guía para alcaldes y otras autoridades locales: Promoviendo la calidad de vida a través de la Estrategia de Municipios y Comunidades Saludables. 2002. Disponible en: [http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd63/MCS\\_Guiaesp/MCS\\_Presentacion.pdf](http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd63/MCS_Guiaesp/MCS_Presentacion.pdf)

<sup>246</sup> MINSAL. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables Orientaciones Técnicas. Junio 2015. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. División de Políticas Públicas Saludables y Participación. Subsecretaría de Salud Pública. 2015.

El Movimiento de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables tiene una larga data en diversas regiones del mundo y, particularmente, en la región de las Américas. En Chile ha existido un renovado interés por impulsar esta estrategia en los municipios del país. En el año 2014 el Ministerio de Salud lanzó la estrategia Municipios, Comunas y Comunidades Saludables<sup>247</sup>, que tiene como objetivo fortalecer el rol del municipio como agente central en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud de la población<sup>248</sup>. Los retos que impone la agenda de Desarrollo Sostenible para el año 2030 en nuestra región, han vuelto a relevar el interés por el papel de los gobiernos locales en esta tarea. En efecto, desde el año 2015 se ha impulsado una agenda internacional con una serie de hitos que han permitido el reposicionamiento de esta estrategia en la región<sup>249</sup>.

En la Declaración de Santiago<sup>250</sup>, los asistentes declaran su compromiso con un marco integral de municipios saludables que abarca seis esferas de acción:

- Promover el liderazgo local y la gobernanza intersectorial para la salud: trabajar juntos para la salud de nuestras ciudades.
- Atender las necesidades de las personas de todas las edades y grupos vulnerables: cuidar a nuestra gente y a nuestra comunidad, y promover la equidad.
- Crear entornos físicos y sociales propicios para una vida sana: elegir alternativas saludables, opciones fáciles y entornos saludables.
- Promover y construir entornos físicos saludables: crear municipios limpios, seguros, atractivos y sostenibles.
- Fortalecer la capacidad de recuperación de la comunidad y la educación en materia de salud: hacer participar y empoderar a nuestra gente con conocimientos y aptitudes para la salud y el bienestar.
- Reforzar los servicios de salud pública y de atención primaria de salud: crear servicios de alta calidad accesibles para todos.

---

<sup>247</sup> La relación directa con el Programa se discute en el acápite de Estrategia del Programa más adelante.

<sup>248</sup> En el año 2016, los Ministerios de Salud miembros de la Red Latinoamericana de Promoción de la Salud, en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud, celebraron el Pre-Foro Regional de Alcaldes “Camino a Shanghái”, en Santiago de Chile. En dicha instancia los alcaldes redactaron la “Declaración de Santiago”, que consiste en un compromiso de los ediles en poner en el centro de su gestión política la promoción de la salud. Este compromiso fue presentado por un grupo de alcaldes de la región en la Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Shanghái, China en el mismo año. En este marco, los alcaldes constituyeron la Comisión de Alcaldes de las Américas para Municipios Saludables, quienes se comprometieron a sumar voluntades para reimpulsar este movimiento en todos los países de la región (MINSAL. Orientaciones político-estratégicas para el gobierno local avanzando hacia políticas públicas locales para el bienestar colectivo. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables. Subsecretaría de Salud Pública. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. 2017).

<sup>249</sup> MINSAL. Orientaciones político-estratégicas para el gobierno local avanzando hacia políticas públicas locales para el bienestar colectivo. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables. Subsecretaría de Salud Pública. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. 2017.

<sup>250</sup> Alcaldes, alcaldesas e intendentes presentes en el Pre Foro de Alcaldes de las Américas, Camino a Shanghái 2016, de los países de Chile, Ecuador, Perú, Guatemala, Cuba, Brasil, Argentina, México, Haití, Colombia, Guayana y Paraguay; desarrollado los días 25 y 26 de Julio del 2016, en Santiago de Chile. Citada en: MINSAL. Orientaciones político-estratégicas para el gobierno local avanzando hacia políticas públicas locales para el bienestar colectivo. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables. Subsecretaría de Salud Pública. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. 2017.

## Enfoque de la salud basado en los derechos humanos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, señala en su Artículo 1º “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros” y, se reafirma, en el Artículo 2 “Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía”<sup>251</sup> “Los derechos humanos presentan las siguientes características:

- son universales, derechos inalienables de todos los seres humanos;
- tienen por objeto salvaguardar la dignidad intrínseca y el valor igual de todos los seres humanos;
- son inalienables (no pueden ser suspendidos ni retirados);
- son interdependientes y están interrelacionados (cada uno de los derechos humanos está estrechamente vinculado a otros y depende a menudo de la realización de éstos);
- están articulados como derechos de los individuos (y grupos) que imponen obligaciones de acción u omisión, particularmente a los Estados;
- han sido garantizados por la comunidad internacional y están protegidos por la ley”<sup>252</sup>.

El principio de los derechos humanos de participación e inclusión significa que todas las personas y todos los pueblos tienen derecho a participar de forma activa, libre y significativa en un desarrollo civil, económico, social, cultural y político en el que puedan hacerse efectivos los derechos humanos y las libertades fundamentales, así como a contribuir a dicho desarrollo y a disfrutar de éste<sup>253</sup>.

Lo esencial del enfoque de derechos humanos es “que las políticas e instituciones que tienen por finalidad impulsar estrategias en esa dirección se deben basar explícitamente en las normas y principios establecidos en el derecho internacional sobre derechos humanos”<sup>254</sup>. En el Artículo 25 se establece “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de

---

<sup>251</sup> Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos 1948. <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

<sup>252</sup> Organización Mundial de la Salud, Naciones Unidas Derechos Humanos, Oficina del alto comisionado para los Derechos Humanos. Derechos humanos, salud y estrategias de reducción de la pobreza Francia; 2008. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43963/1/9789243563749\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43963/1/9789243563749_spa.pdf?ua=1)

<sup>253</sup> Idem anterior.

<sup>254</sup> Abramovich V, Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. Revista de la CEPAL. Abril de 2006;(88):50.



matrimonio, tienen derecho a igual protección social”<sup>255</sup>. Por otra parte, se establece, que todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente y que este derecho es fundamental para vivir dignamente y que está ligado a otros derechos de manera indisoluble. No sólo incluye la atención de salud, sino también, los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional indisoluble. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas ha establecido en su Observación N° 14 una interpretación progresiva del derecho a la salud, considerando criterios de Evaluación Derecho a la Salud, que se muestran en el siguiente cuadro<sup>256</sup>:

**Cuadro 77 - Criterios de Evaluación Derecho a la Salud**

Criterios de Evaluación Derecho a la Salud	
Disponibilidad	Número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas específicos
Accesibilidad	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas - no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información
Aceptabilidad	Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.
Calidad	Además, de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Esto requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Fuente: MINSAL<sup>257</sup>

<sup>255</sup> Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos 1948. <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

<sup>256</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas. Observación General No 14. 2000. <http://www.derechos.org/nizkor/ley/doc/obgen1.html>

<sup>257</sup> MINSAL. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables Orientaciones Técnicas. Junio 2015. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. División de Políticas Públicas Saludables y Participación. Subsecretaría de Salud Pública. 2015.

## B. Determinantes Sociales de la Salud y Equidad en la Salud

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud<sup>258</sup> plantea que “la desigualdad de las condiciones de vida está determinada por estructuras y procesos sociales más profundos. Las desigualdades son sistemáticas y son el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales necesarios, y del acceso a estos”<sup>259,260</sup>.

El enfoque de determinantes sociales de la salud permite definir la acción concreta de los líderes, los equipos y todos quienes trabajan en la construcción de ambientes saludables, acotando el escenario donde debe desarrollarse la promoción de la salud para mejorar la calidad de vida de las poblaciones; es decir, las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. En las recomendaciones generales de la comisión mencionada, se establecen tres principios de acción:

- a. Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece.
  - o Velar por que la planificación urbana promueva conductas sanas y seguras según criterios de equidad
  - o Ordenación adecuada del medio y aplicación de controles reguladores
  - o Convertir el pleno empleo y el trabajo digno en objetivos nacionales y estrategias de desarrollo
  - o Mejorar progresivamente los sistemas de protección social
  - o Mejorar el bienestar de las niñas, las mujeres y las condiciones en que nacen los niños
  - o Crear sistemas de salud de calidad, con cobertura universal y centrada en la atención primaria de salud
- b. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local.
  - o Fortalecer la financiación pública para actuar sobre los determinantes sociales de la salud
  - o Aumentar la ayuda mundial hasta el 0,7% del PIB

---

<sup>258</sup> La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) es una red mundial de instancias normativas, investigadores y organizaciones de la sociedad civil que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reunió para ayudar a afrontar las causas sociales de la falta de salud y de las inequidades sanitarias evitables. La CDSS fue creada en marzo de 2005 por el Dr. J. W. Lee, Director General que fue de la OMS, para acopiar datos para mejorar la salud y lograr que esté distribuida de forma más justa en todo el mundo, y para promover un movimiento mundial en favor de la consecución de esos objetivos. La labor de la Comisión constituyó un verdadero proceso mundial, que reunió a centenares de investigadores y clínicos de universidades e instituciones de investigación, ministerios y organizaciones internacionales y de la sociedad civil. [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/about\\_csdh/es/#:~:text=La%20Comisi%C3%B3n%20sobre%20Determinantes%20Sociales%20de%20la%20Salud%20\(CDSS\)%20es,de%20las%20inequidades%20sanitarias%20evitables](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/es/#:~:text=La%20Comisi%C3%B3n%20sobre%20Determinantes%20Sociales%20de%20la%20Salud%20(CDSS)%20es,de%20las%20inequidades%20sanitarias%20evitables).

<sup>259</sup> Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.

<sup>260</sup> Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos. Subsanan las desigualdades en una generación: Resumen Analítico. Ginebra-Suiza; 2008 [citado 19 de mayo de 2015]. [http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008\\_execsumm\\_es.pdf](http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf)

- Reforzar el papel del Estado en la prestación de servicios básicos y en la reglamentación de bienes y servicios con consecuencias para la salud
- Aprobar y aplicar leyes que promuevan la equidad de género e ilegalicen la discriminación
- Permitir que la sociedad civil se organice y actúe de forma que se promuevan y respeten los derechos políticos
- c. Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto.
  - Disponer de sistemas de seguimiento sistemático de la equidad sanitaria y los determinantes sociales de la salud a nivel local, nacional e internacional.
  - Realizar inversiones para obtener e intercambiar nuevos datos sobre los determinantes sociales de la salud y sobre la eficacia de las medidas adoptadas.
  - Formar a los rectores de la política, las partes interesadas y los profesionales de la salud acerca de los determinantes sociales de la salud, e invertir en sensibilizar a la población.

La OMS plantea que reconoce la necesidad de hacer más a todos los niveles para acelerar los avances en la lucha contra la distribución desigual y no equitativa de la salud, así como las condiciones perjudiciales para la salud; que reconoce también que lograr la equidad en salud requiere el compromiso y la colaboración de todos los sectores del gobierno, todos los segmentos de la sociedad y todos los miembros de la comunidad internacional, en acciones globales de “todos por la equidad” y “salud para todos”<sup>261</sup>; “El enfoque basado en los determinantes sociales exige actuar de manera coordinada y coherente en los sectores de la sociedad que influyen en los determinantes estructurales, a fin de mejorar la salud y reducir las inequidades [...] una mejor salud contribuye a otras prioridades sociales importantes, como mayor bienestar, educación, cohesión social, protección medioambiental, mayor productividad y desarrollo económico”<sup>262</sup>.

En este sentido, cada vez existe mayor evidencia que los factores de tipo social son los que más impactan en la salud de las personas, entre los que se destacan el ingreso económico, empleo, pobreza, educación, condiciones de vivienda, agua y saneamiento básico, ruralidad y algunas condiciones étnicas, culturales y de migración. Este conjunto de factores está generalmente interrelacionado y se concentra en grupos de población con privación de condiciones de vida saludable, vulnerables, excluidas y con menores oportunidades de acceso a los servicios de salud. Desde esta perspectiva, invertir en los primeros años de vida es una de las medidas que con más probabilidad permitiría reducir las desigualdades sanitarias en el lapso de una generación. “Las experiencias vividas en la primera infancia (definida como el desarrollo del feto hasta los ocho años), y durante el periodo de educación infantil y posterior sientan las bases sobre las que se sustentará el resto del desarrollo vital. Los niños y niñas necesitan vivir en un entorno seguro, salubre, protector, acogedor, receptivo, que favorezca su desarrollo”<sup>263</sup>. Por otra parte, el trabajo es el ámbito donde muchos de los aspectos importantes que afectan a la salud ejercen su influencia. Hay una

<sup>261</sup> World Health Assembly, 148th session EB148.R2. Agenda item 16 22 January 2021. Social determinants of health. WHO. 2021.

<sup>262</sup> Organización Mundial de la Salud. Cerrando la Brecha: la Política de Acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud: documento de trabajo: Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud: Río de Janeiro Brasil; 2011 [http://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion-Paper-SP.pdf](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf)

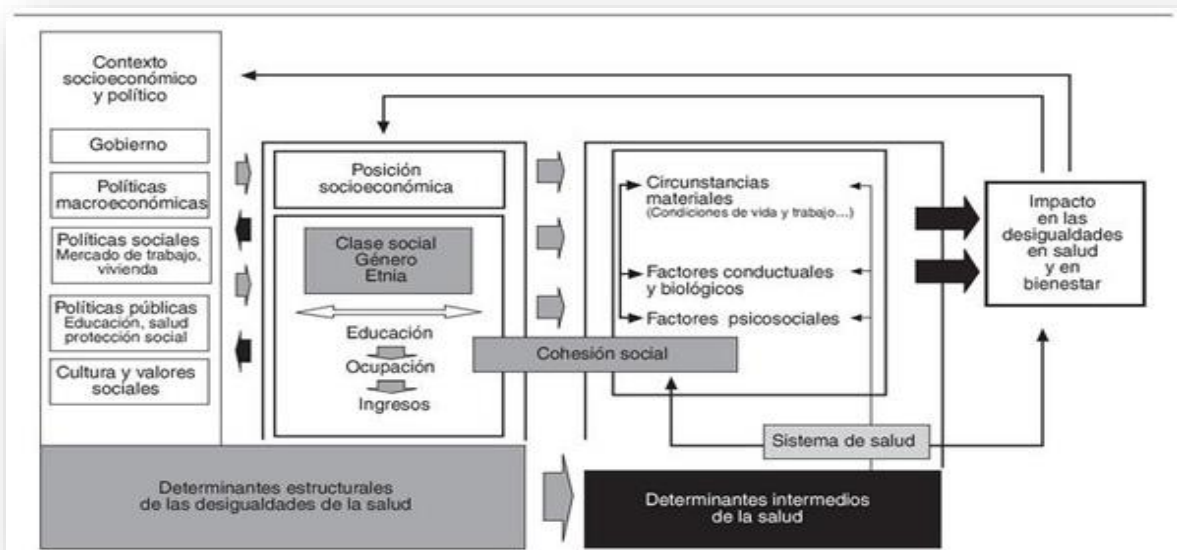
<sup>263</sup> Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra-Suiza; 2008 [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf)

correlación entre los problemas de salud mental y la precariedad en el empleo (por ejemplo, contratos de trabajo temporal, trabajo sin contrato y trabajo a tiempo parcial). El estrés laboral está relacionado con el 50% de las cardiopatías coronarias; además, los datos de que se dispone muestran invariablemente que los trabajos con un nivel de exigencia elevado, la falta de control y el hecho de que el esfuerzo realizado no se vea suficientemente recompensado son factores de riesgo que pueden desembocar en problemas de salud física y mental<sup>264</sup>.

El enfoque de determinantes sociales de la salud permite fortalecer una visión colectiva y social de la promoción de salud, requiere mirar la salud de las personas, grupos sociales y sociedades a través de una óptica social y estructural del contexto donde se desarrolla la vida, por ejemplo, el acceso a la educación, el acceso a una alimentación saludable, las oportunidades económicas, calidad de las viviendas, funcionamiento del transporte público, la vida cultural, entre otros.

Las condiciones de vida de la gente no se distribuyen igualmente en toda la población: empleo, pobreza, educación, condiciones de vivienda, agua y saneamiento básico, ruralidad, condiciones étnicas, culturales y de migración, generalmente están interrelacionadas y se concentran en grupos de población con privaciones de condiciones de vida saludable, vulnerables, excluidas y con menos oportunidades de acceso a los servicios de salud.

**Figura 28 - Esquema de Modelo de Determinantes Sociales de la Salud. OMS 2008**



Fuente: Solar e Irwin<sup>265</sup>

<sup>264</sup> Idem anterior.

<sup>265</sup> Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health: Social Determinants of Health Discussion paper 2: Debates, Policy & Practice, Case Studies Organización Mundial de la Salud. Ginebra-Suiza; 2010.

[http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)

La búsqueda de la equidad en salud, por lo tanto, se transforma en un objetivo a alcanzar en las intervenciones de salud, lográndose cuando todas las personas tienen la oportunidad de “alcanzar su pleno potencial de salud”, y no existen personas “en desventaja de alcanzar este potencial debido a la posición social u otras circunstancias determinadas por la sociedad”<sup>266</sup>.

En la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud de Brasil, se identifican algunos principios generales y requisitos claves para tomar medidas en este ámbito, entre los que se destacan:

1. Las medidas sobre los determinantes sociales con el fin de reducir las inequidades en salud exigen una ejecución sostenida a largo plazo.
2. El paso inicial es lograr que la población entienda qué son las inequidades en salud y los determinantes sociales de la salud. Las organizaciones de la sociedad civil pueden desempeñar un papel importante para generar conciencia.
3. La equidad en la salud y el bienestar debe ser un objetivo prioritario para el gobierno y la sociedad en general.
4. Es esencial, garantizar la coordinación y la coherencia de las medidas sobre los determinantes sociales.
5. Un enfoque basado en los determinantes sociales no equivale a lanzar un “programa”.

De acuerdo con las metas 2011- 2020, los principales determinantes sociales de la salud son desarrollados de forma transversal en toda la Estrategia Nacional de Salud. El énfasis se ha puesto en los condicionantes más relevantes, posición social y localización geográfica, así como en las características de algunos grupos de elevada vulnerabilidad social<sup>267</sup>.

---

<sup>266</sup> Ministerio de Salud Chile. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables: Orientaciones Técnicas. Cobos C, Cáceres I, Cancino A, Donoso B, editores. Santiago de Chile; 2015.  
<http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/MUNICIPIOS%20COMUNAS%20Y%20COMUNIDADES%20SALUDABLES%20OT%20FINAL%283%29.pdf>

<sup>267</sup> Ministerio de Salud Chile. Estrategia Nacional de Salud: para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. 2011 <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

### C. Salud en Todas las Políticas

La Salud en todas las políticas es una estrategia política horizontal recomendada por la OMS con altas posibilidades de contribuir a la salud de la población. La columna vertebral de la “Salud en todas las Políticas” es examinar los determinantes de la salud que pueden ser transformados para mejorar la salud y que están principalmente siendo controlados por políticas de otros sectores fuera del sector salud<sup>268</sup>. La teoría principal que sustenta la integración de la salud de la población en todas las políticas es que los socios (gobierno nacional, regional, local, ONG, otros) pueden lograr más trabajando juntos, que cada uno por sí solo. Además, aumentan y perduran los beneficios si estos se logran con la participación de las personas a las que van dirigidos<sup>269</sup>.

En 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS), lanzó esta iniciativa ‘Salud en Todas las Políticas’, proponiendo que los países adopten un enfoque intersectorial de las políticas públicas que desarrollan, en donde se tengan en cuenta de manera sistemática, las repercusiones sanitarias de todas las decisiones y se eviten sus efectos perjudiciales, con el objeto de mejorar los indicadores de salud y bienestar, de manera colectiva, en un marco de equidad. En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014) en su 53º Consejo Directivo aprobó el Plan de Acción sobre la STP, donde se instauran los pasos para la aplicación de este enfoque en los países de la Región de las Américas, definiendo seis líneas estratégicas:

1. Establecer las necesidades y prioridades para lograr la salud en todas las políticas.
2. Establecer el marco para la acción planificada.
3. Definir las estructuras y los procesos complementarios.
4. Facilitar la evaluación y la participación;
5. Garantizar el seguimiento, la evaluación y la presentación de informes.
6. Fortalecer las capacidades.

Salud en Todas las Políticas es un enfoque de derechos a la salud de la población, que toma en cuenta sistemáticamente las implicaciones para la salud, de las decisiones que se toman en todas las políticas públicas. Busca desarrollar sinergias y evitar impactos perjudiciales para la salud con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria. Como concepto, refleja los principios de: legitimidad, la rendición de cuentas, transparencia y acceso a la información, la participación social, la sostenibilidad, y la colaboración entre los distintos sectores y niveles de gobierno<sup>270</sup>. “La Declaración de Adelaida, perfila la necesidad de un nuevo contrato social entre todos los sectores para hacer avanzar el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad, así como para mejorar los resultados sanitarios. Esto requiere una nueva forma de gobernanza en la que haya un liderazgo conjunto dentro de los gobiernos, entre todos los sectores y niveles de gobierno”<sup>271</sup>.

---

<sup>268</sup> Sihto M, Ollila E, Koivusalo M. (2006). Principles and challenges of Health in All Policies. In: Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K (eds), ‘Health in All Policies: prospects and potentials’. Ministry of Social Affairs and Health and European Observatory on Health Systems and Policies, Helsinki, pp. 3–20.

<sup>269</sup> World Health Organization. Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action WHO. 2014. <http://www.who.int/cardiovascular diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf>

<sup>270</sup> Idem anterior.

<sup>271</sup> Organización Mundial de la Salud, Gobierno de Australia Meridional. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas: Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas, Adelaida 2010. [http://www.who.int/social\\_determinants/spanish\\_adelaide\\_statement\\_for\\_web.pdf](http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf)

Un componente esencial de la formulación de políticas sectoriales e intersectoriales es la incorporación de la salud y bienestar en éstas, contribuyendo de esta forma a los objetivos de gobierno. “Para avanzar en la integración de la Salud en Todas las Políticas el sector salud debe aprender a colaborar con otros sectores. Son imprescindibles la exploración conjunta de innovaciones políticas, nuevos mecanismos e instrumentos, y mejores marcos normativos. Para ello se necesita un sector de la salud que esté orientado hacia el exterior, abierto a los demás y equipado con los conocimientos, las capacidades y el mandato necesario. Así mismo, se requiere de un intersector que identifique los impactos en salud en sus políticas y considere estas variables en el diseño, implementación y evaluación de sus programas”<sup>272</sup>.

La declaración de Adelaida indica que entre las nuevas responsabilidades de los equipos de salud en los distintos niveles “para apoyar una estrategia de integración de la Salud en Todas las Políticas habrá que incluir:

- la comprensión de las agendas políticas y de los imperativos administrativos de otros sectores;
- la generación de conocimientos y de una base de datos probatorios acerca de las opciones de política y las estrategias;
- la evaluación comparativa de las consecuencias sanitarias de diferentes opciones dentro del proceso de formulación de políticas;
- la creación de plataformas regulares de diálogo y resolución de problemas con otros sectores;
- la evaluación de la eficacia de la labor intersectorial y de la formulación integrada de políticas;
- la creación de capacidad con mejores mecanismos, recursos, apoyo de los organismos y un personal dedicado y capacitado;
- la colaboración del gobierno para alcanzar los objetivos de estos y de ese modo hacer avanzar la salud y el bienestar.

Se reconoce el espacio municipal como el más potente para el desarrollo de estrategias intersectoriales y participativas que construyan salud y bienestar de la población. Varias razones explican la importancia de su desarrollo en los gobiernos locales. Primero, usualmente las municipalidades tienen la responsabilidad primaria de planificar y/o entregar servicios que son cruciales para influenciar los Determinantes sociales de la salud (DSS), como por ejemplo, educación, transporte, vivienda, y planificación urbana, entre otros. Además, en algunos casos tienen a cargo la provisión de servicios de salud, por ejemplo, de atención primaria de salud<sup>273</sup>. Segundo, las autoridades locales normalmente están en una mejor posición que las autoridades de salud para reunir a una mayor variedad de actores sociales, estimulando su participación. En tercer lugar, la autonomía que favorece la descentralización puede llevar a políticas más flexibles y eficientes, ya que las autoridades locales están en una mejor posición para responder a las propias necesidades<sup>274</sup>.

La OMS acaba de insistir a los estados miembros en integrar consideraciones relacionadas con los determinantes sociales de la salud en las políticas y programas públicos, aplicando

---

<sup>272</sup> Idem anterior.

<sup>273</sup> Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de Salud. Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables: La estrategia para avanzar en el logro de Salud en Todas las Políticas: lecciones aprendidas y recomendaciones para su fortalecimiento: Resumen Ejecutivo. Documento no publicado; 2015.

<sup>274</sup> Idem anterior.

un enfoque de salud en todas las políticas y con el fin de mejorar la salud de la población y reducir las inequidades en salud<sup>275</sup>.

#### **D. Enfoque Territorial**

El enfoque territorial revela la existencia de una serie de desigualdades de salud, educación, oportunidades laborales, entre otros. Lo que se da entre y dentro de los territorios que afectan a las comunidades que lo habitan. En los límites político-administrativos del Estado de Chile, el municipio es la entidad territorial encargada de la provisión de servicios de salud y otras garantías sociales -educación, subsidios, entre otros- al igual que articular la respuesta de las diversas instituciones del estado a nivel local. Muchos municipios encuentran límites por la escasez de recursos económicos, insuficiencias en infraestructura básica, conectividad vial y comunicacional, y escasos profesionales y especialistas en distintas áreas de la gestión pública.

Es necesario, definir los mecanismos institucionales y alianzas estratégicas para el diseño y gestión de políticas y programas locales de promoción de salud, basados en la articulación e integración de redes y recursos comunitarios, así como en estrategias asociativas intercomunales. Los municipios, como ejes del gobierno local y articulador de la oferta de servicios sociales de las comunas, permiten convocar y movilizar iniciativas de cambio para favorecer la calidad de vida en las comunas.

La estrategia Municipios, Comunas y Comunidades Saludables, comprende los entornos saludables o promotores de salud, los escenarios comunitarios o locales donde existen oportunidades para el desarrollo individual y colectivo, de mejor calidad de vida y estado de salud, donde se fortalece la capacidad de las personas para afrontar los problemas de su comunidad (OMS, 1998). Contempla como pilares la participación social y el trabajo integrado del sector salud y otros actores institucionales, como un requisito esencial para coordinar la acción sobre los determinantes sociales de salud<sup>276</sup>.

El propósito consiste en fortalecer la ejecución de actividades de promoción y protección de la salud en el ámbito local, situando la promoción de la salud como la más alta prioridad de la agenda política; involucrando a las autoridades del gobierno y a la comunidad, fomentando el diálogo y compartiendo conocimientos y experiencias comunitarias.

El espacio clave es la comunidad porque permite desarrollar acciones con las personas, para hacer frente a los desafíos que afectan su salud. Independientemente del método utilizado, intervenciones comunitarias exitosas dependen de una identificación y comprensión de los problemas y un reparto del poder entre la comunidad y los sectores que interactúan en ésta<sup>277</sup>.

En la comunidad interactúan una gama de grupos de población, como las mujeres, hombres, niños/niñas, jóvenes, familias, las redes de amistad y de determinados grupos de interés y organizaciones de la comunidad. Esto configura un espacio privilegiado para

---

<sup>275</sup> World Health Assembly, 148th session EB148.R2. Agenda item 16 22 January 2021. Social determinants of health. WHO. 2021.

<sup>276</sup> Ministerio de Salud Chile, Subsecretaría de Salud Pública, Secretaría Técnica de Determinantes Sociales. Programa Comunas Vulnerables: Experiencia de Implementación durante 2009. Santiago de Chile; 2010.

<sup>277</sup> HSE National Health Promotion Office Ireland. The Health Promotion Strategic Framework. Ireland; 2011 [http://www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HPSF\\_HSE.pdf](http://www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HPSF_HSE.pdf)



desarrollar estrategias de promoción de la salud con las personas que se involucran en su diseño, ejecución y evaluación. La salud de las personas que viven en comunidades se determina por las condiciones estructurales y ambientales, tales como, la pobreza, condiciones de vivienda, discriminación social y falta de poder, que configuran desventajas para alcanzar una salud óptima en las personas.

### **E. Enfoque socio ecológico**

Reconoce que el comportamiento de las personas afecta y es afectado por múltiples niveles de influencia, es decir, la existencia de procesos o condiciones de tipo social - político que pueden afectar y a su vez verse afectado por los comportamientos individuales, aproximándose a una interpretación de determinantes sociales en salud, como factores protectores, los cuales fijan límites o determinan medidas estructurales en los procesos de salud de las personas. El origen del análisis multinivel se desarrolla en la salud pública a partir de la necesidad de establecer modelos causales de enfermedad, más rigurosos. Los niveles de influencia, que identifica este tipo de diseño de intervenciones, van desde factores interpersonales, comunitarios, organizacionales y políticos. Por lo tanto, es clave cuando se busca cambiar conductas de las personas y mejorar los entornos, que las intervenciones deben tener un carácter multinivel e intersectorial <sup>278, 279, 280</sup>.

Este enfoque<sup>281</sup>, plantea que el comportamiento afecta y es afectado por múltiples niveles de influencia y además los comportamientos individuales influyen en los entornos y los entornos sociales influyen en el comportamiento. De este modo plantea cinco niveles de actuación, de acuerdo con la siguiente figura.

---

<sup>278</sup> McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. Article in Health Education Quarterly. 1988;15(4):351–77. DOI: 10.1177/109019818801500401

<sup>279</sup> Krieger N. A glossary for social epidemiology. Epidemiol Bull. 2002;23(1):7–11.

<sup>280</sup> Sallis JF, Floyd MF, Rodríguez DA, Saelens BE. The Role of Built Environments in Physical Activity, Obesity, and CVD. Circulation. 7 de febrero de 2012;125(5):729–37.

<sup>281</sup> McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. Article in Health Education Quarterly. 1988;15(4):351–77. DOI: 10.1177/109019818801500401

**Figura 29 - Niveles de actuación según McLeroy**



Fuente: MINSAL<sup>282</sup>

---

<sup>282</sup> MINSAL. Municipios, Comunas y Comunidades Saludables Orientaciones Técnicas. Junio 2015. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. División de Políticas Públicas Saludables y Participación. Subsecretaría de Salud Pública. 2015.

## Cuadro 78 - Descripción de niveles de influencia del Enfoque socio ecológico

### NIVEL DE INFLUENCIA: INDIVIDUAL

**DESCRIPCIÓN:** Apunta a las intervenciones que se vinculan con el desarrollo de habilidades y conductas individuales que influyen en el comportamiento y conocimiento, para la generación de hábitos de vida saludables.

**EJEMPLO:** Programas asistenciales del Municipio y la Atención Primaria (Vida Sana, Control de Salud Escolar, EMP, entre otros).

### NIVEL DE INFLUENCIA: INTERPERSONAL

**DESCRIPCIÓN:** Intervenciones que se vinculan con fortalecer las relaciones más cercanas al individuo vinculadas con la salud, como familia y comunitarias, con el fin de potenciar habilidades y generación de hábitos y modelaje de conductas saludables.

**EJEMPLO:** Programas asistenciales del Municipio y la Atención Primaria. Huertos familiares.

### NIVEL DE INFLUENCIA: ORGANIZACIONAL

**DESCRIPCIÓN:** Intervenciones destinadas a modificar aspectos vinculados a la gestión institucional. Ejemplo: Acciones vinculadas a los sistemas de reconocimiento en promoción de la salud (EEPS, LTPS, IEPS), junto con otras acciones implementadas en el Municipio

### NIVEL DE INFLUENCIA: COMUNITARIO

**DESCRIPCIÓN:** Intervenciones enfocadas a favorecer el desarrollo de una comunidad consciente y responsable capaz de ejercer control social y demandar temas vinculados con salud y por otro lado movilizar recursos comunitarios con el propósito concertar acciones en torno a conductas saludables.

**EJEMPLO:** Instalación de equipamiento comunitario y recuperación de espacios públicos para la participación social y la vida sana. Además procesos de capacitación a líderes comunitarios, procesos de diagnósticos territoriales participativos, diálogos comunales, cabildos comunales, entre otros.

### NIVEL DE INFLUENCIA: POLÍTICAS PÚBLICAS

**DESCRIPCIÓN:** Generación de políticas públicas saludables que sustenten la generación de cambios en el entorno.

Las políticas públicas pueden ser las leyes y reglamentos en cualquier nivel de gobierno, las prácticas empresariales y las normas en instituciones como escuelas. Se espera generar cambios en el entorno y en las políticas integradas para tener un impacto a largo plazo en la mayoría o la totalidad de los habitantes de sus comunas. Las características de los entornos construidos se han relacionado con las tasas de enfermedades crónicas y salud mental(11)

Por lo tanto, a mayor desarrollo de las políticas públicas que fomenten los factores protectores de salud, principalmente en alimentación saludable y actividad física, mayores oportunidades para que los individuos puedan tener conductas más saludables.

**EJEMPLO:** Políticas saludables a través de ordenanzas municipales, decretos alcaldicios, reglamentos, el presupuesto municipal, PLADECO, Plan Regulador, entre otros.

Se espera que al término de los tres años del Plan Trienal, las comunas hayan generado al menos una regulación local que promueva la vida sana.

Adaptado de Presentación "Ecological models and multilevel interventions" Peter Winch.  
[http://ocw.jhsph.edu/courses/healthbehaviorchange/PDFs/C14\\_2011.pdf](http://ocw.jhsph.edu/courses/healthbehaviorchange/PDFs/C14_2011.pdf)

Fuente: MINSAL<sup>283</sup>

<sup>283</sup> MINSAL. Orientaciones para la elaboración de planes trienales de promoción de la salud para municipios comunas y comunidades saludables. Subsecretaría de Salud Pública. División de Políticas Públicas Saludables y Participación. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. 2016.

Se trata de un programa respaldado en un sólido marco teórico, sin embargo, la definición de promoción de salud utilizada es más bien restrictiva y no del todo coherente con los otros Marcos teóricos como el de determinantes sociales, socio ecológico, etcétera.

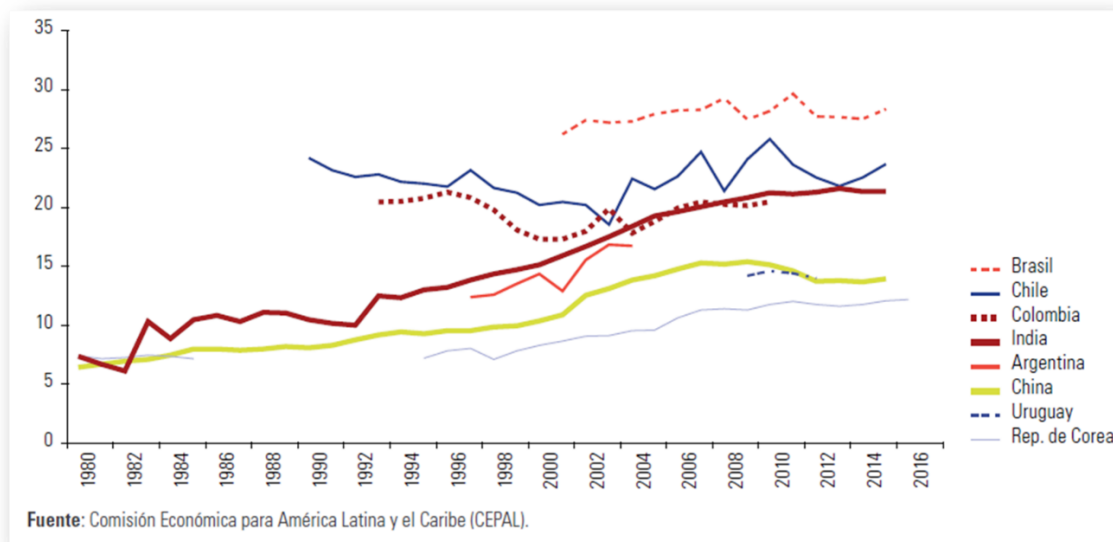
## Marco Contextual

### A. Inequidad en Salud en Chile

Nuestro país, presenta elevados índices de desigualdad en los ingresos y de la riqueza, que generan a su vez importantes desigualdades en ámbitos como la educación y la salud. También existen desigualdades territoriales que generan conflictos entre las regiones y el centro del país, a la vez que se constata discriminación y vulneración de derechos sobre determinados grupos sociales<sup>284</sup>.

La desigualdad de Chile es un caso extremo, según la World Inequality Base<sup>285</sup>, el 1% más rico se lleva el 27,8% del ingreso, lo que nos pone, junto con México, como los “top five” de la desigualdad en el hemisferio occidental, y muy lejos de países con un PIB per cápita similar al nuestro, como Uruguay (16,9%) o Kazajistán (12,7%).

**Figura 30 - Participación del 1% más rico de la población en los ingresos. 1980 – 2019. Países con economías en desarrollo**



Fuente: CEPAL (2020)<sup>286</sup>

<sup>284</sup> Naciones Unidas. Chile en breve. El PNUD en Chile. 2015.

<http://www.cl.undp.org/content/chile/es/home/countryinfo.html>

<sup>285</sup> World Inequality Base. <https://wid.world/es/country/es-chile/>

<sup>286</sup> CEPAL. Construir un nuevo futuro. Una recuperación transformadora con igualdad y sostenibilidad. Trigésimo octavo período de sesiones de la CEPAL 26 a 28 de octubre. 2020.

La equidad es un objetivo para alcanzar en las intervenciones en salud por lo que se requiere identificar a las personas que se encuentran en desventaja, creando estrategias para mejorar la salud de estos grupos.

## **B. Sistema Elige Vivir Sano (SEVS)**

El Sistema Elige Vivir Sano está regulado en la Ley 20.670 como un modelo de gestión constituido por políticas, planes y programas elaborados y ejecutados por distintos organismos del Estado, destinados a contribuir a generar hábitos y estilos de vida saludable y a prevenir y disminuir los factores y conductas de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles.

La Ley 20.670, en su artículo 4°, establece que las políticas, planes y programas que conformen el Sistema Elige Vivir Sano, deberán cumplir uno o más de los siguientes objetivos:

- Fomento de la alimentación saludable.
- Promoción de prácticas deportivas.
- Difusión de las actividades al aire libre.
- Actividades de desarrollo familiar, recreación y manejo del tiempo libre.
- Acciones de autocuidado.
- Medidas de información, educación y comunicación en el contexto de la promoción del desarrollo de hábitos y prácticas saludables de vida.
- Contribuir a disminuir obstáculos que dificultan el acceso a hábitos y estilos de vida saludables de las personas más vulnerables.

Realiza seguimiento de los compromisos e indicadores. Evalúa iniciativas y coordina tanto la agenda legislativa en material de alimentación saludable, prevención del tabaquismo, fomento de la actividad física al aire libre como el comité(s) técnico(s) de complementariedad programática.

La administración, coordinación y supervisión del Sistema Elige Vivir Sano está a cargo de la Secretaria Ejecutiva Elige Vivir Sano, dependiente de la Subsecretaría de Servicios Sociales del Ministerio de Desarrollo Social. Respecto a la evaluación de la implementación del Sistema, esta se mandata a la Secretaria Ejecutiva Elige Vivir Sano, mediante la Subsecretaría de Evaluación Social, también dependiente del Ministerio de Desarrollo Social<sup>287</sup>.

El programa PTPS es parte del Sistema Elige Vivir Sano, el cual por su parte contribuye al posicionamiento comunicacional y articulación intersectorial de las acciones de promoción de la salud.

Asimismo el Decreto 67 del Ministerio de Desarrollo Social, establece las normas para la administración, coordinación, supervisión y evaluación del Sistema Elige Vivir Sano y adicionalmente regula el funcionamiento de la Secretaria Ejecutiva Elige Vivir Sano. Las funciones que debe cumplir la Secretaria Ejecutiva del Sistema Elige Sano son las siguientes:

---

<sup>287</sup> Ley 20.670, artículo 3°.

- Servir de instancia de coordinación de órganos estatales y privados para implementar el Sistema, velando por su cumplimiento a través de políticas, planes y programas.
- Planificar, dirigir, coordinar y controlar el funcionamiento, procesos y procedimientos técnicos, administrativos y presupuestarios del Sistema Elige Vivir Sano.
- Administrar mecanismos de seguimiento y monitoreo de los objetivos, indicadores y beneficiarios de las políticas, planes y programas, velando por el adecuado funcionamiento del Sistema. Esto, a través del seguimiento del cumplimiento oportuno de sus componentes.
- Llevar un registro de las políticas, planes y programas y elaborar propuestas de acciones o medidas que permitan la ampliación o reducción de la oferta de prestaciones y servicios.

### Oferta Pública Elige Vivir Sano

La Oferta Pública Elige Vivir Sano para el año 2019, aprobada en 2018, está conformada por 43 planes y programas de 9 Ministerios y 13 servicios públicos. A continuación se presenta el listado de estas políticas, planes y programas:

- i. Ministerio de Desarrollo Social: 8 programas
- ii. Ministerio de Salud
  - a. **Planes trienales de Promoción de la Salud para Municipios y Comunas Saludables.**
  - b. Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física para familias Elige Vivir Sano.
  - c. Programa Elige Vida Sana.
  - d. Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.
  - e. Programa de Detección, intervención y referencia asistida de alcohol, tabaco y otras drogas (DIR) (ex Vida Sana Alcohol).
  - f. Programa de Vigilancia y Fiscalización de Ambientes Alimentarios.
- iii. Ministerio de Economía, Fomento y Turismo: 7 programas
- iv. Ministerio de Educación: 4 programas
- v. Ministerio de Vivienda y Urbanismo: 1 programa
- vi. Ministerio del Deporte: 4 programas
- vii. Ministerio del Interior y Seguridad Pública: 5 programas
- viii. Ministerio de la Mujer y Equidad de Género: 3 programas
- ix. Ministerio del Medio Ambiente: 2 programas
- x. Ministerio de Agricultura: 2 programas
- xi. Ministerio de las Culturas, las Artes y el Patrimonio: 1 programa

Ministerio de Desarrollo Social. Informe Oferta Pública 2019. Sistema Elige Vivir Sano.  
<http://eligevivirsano.gob.cl/wp-content/uploads/2020/05/2019.pdf>

## Anexo 7: Comunas con PTPS trienio 2019-2021

Región	Comuna	Región	Comuna	Región	Comuna	Región	Comuna
<b>Arica</b> <b>Parinacota</b>	Putre	<b>Valparaíso</b>	Calera	<b>O'Higgins</b>	Chimbarongo	<b>Maule</b>	Cauquenes
	Camarones		La Ligua		Navidad		Chanco
	General Lagos		Petorca		Santa Cruz		Colbún
<b>Tarapaca</b>	Alto Hospicio		Llayllay		Chépica		Constitución
	Camiña		Putendo		Litueche		Curepto
	Colchane		Cartagena		Marchigüe		Curicó
	Huara		San Esteban		Peralillo		Empedrado
	Iquique		San Felipe		Las Cabras		Hualañé
	Pica		Quillota		Doñihue		Licantén
	Pozo Almonte		Rinconada		Placilla		Linares
<b>Antofagasta</b>	Antofagasta		Santa María		Nancagua		Longavi
	Calama		Papudo		San Vicente		Maule
	María Elena		Nogales		Requínoa		Molina
	Mejillones		Concón		Coinco		Parral
	Ollague		Catemu		Mostazal		Pelarco
	San Pedro de Atacama		Calle Larga		Peumo		Pelluhue
	Sierra Gorda		Panquehue		Rancagua		Pencahue
	Taltal		El Tabo		Quinta de Tilcoco		Rauco
	Tocopilla		El Quisco		San Fernando		Retiro
	<b>Atacama</b>		Alto del Carmen		Olmué	Pichilemu	Río Claro
Caldera		Quintero	Olivar	Romeral			
Chañaral		San Antonio	Palmilla	Sagrada Familia			
Copiapó		Puchuncaví	Coltauco	San Clemente			
Diego de Almagro		Los Andes	Pumanque	San Javier			
Freirina		Viña Del Mar	Machalí	San Rafael			
Huasco		Villa Alemana	Lolol	Talca			
Tierra Amarilla		Casablanca	Codegua	Teno			
Vallenar		Santo Domingo	Paredones	Vichuquén			
<b>Coquimbo</b>		Canela	Algarrobo	Graneros	Villa Alegre		
	Combarbalá	Cabildo	Rengo	Yerbas Buenas			
	Coquimbo	Hijuelas	Malloa	Treguaco			
	Illapel	Zapallar	Pichidegua	El Carmen			

	La Higuera	Juan Fernández		La Estrella	Chillán Viejo
	La Serena	Valparaíso			Portezuelo
	Los Vilos	Quilpué			Coihueco
	Monte Patria	Limache			Ránquil
	Ovalle	Isla De Pascua			Bulnes
	Paiguano				San Carlos
	Punitaqui		San Nicolás		
	Río Hurtado		Quirihue		
	Salamanca		Chillán		
	Vicuña		San Ignacio		
			Yungay		
			Cobquecura		
			Coelemu		
			San Fabián		
			Pemuco		
			Ninhue		
			Quillón		
			Pinto		
			Ñiquén		



Región	Comuna	Región	Comuna	Región	Comuna
Bio Bío	Tirúa	Los Ríos	Corral	Magallanes	Punta Arenas
	Hualqui		Futrono		Rio Verde
	Lebu		La Unión		San Gregorio
	Los Álamos		Lago Ranco		Cabo de Hornos
	Arauco		Lanco		Porvenir
	Curanilahue		Los Lagos		Torres del Paine
	Hualpén		Mafil		Natales
	Santa Bárbara		Paillaco		L. Blanca
	Lota		Panguipulli		Alhué
	Tomé		Río Bueno		Buín
	Santa Juana	S. J. de la Mariquina	Calera de Tango		
	Cañete	Valdivia	Cerrillos		
	Contulmo	Ancud	Cerro Navia		
	Nacimiento	Calbuco	Colina		
	Yumbel	Castro	Conchalí		
	Negrete	Chaitén	Curacaví		
	Florida	Chonchi	El Bosque		
	PedroPaz	Cochamó	El Monte		
	Quilleco	Curaco de Vélez	Estación Central		
	Tucapel	Dalcahue	Huechuraba		
	Antuco	Fresia	Independencia		
	Talcahuano	Frutillar	Isla de Maipo		
	Mulchén	Futaleufú	La Cisterna		
	Los Ángeles	Hualaihué	La Florida		
	Laja	Llanquihue	La Granja		
	Chiguayante	Los Muermos	La Pintana		
	Quilaco	Maulín	La Reina		
	Penco	Osorno	Lampa		
	Cabrero	Palena	Las Condes		
	Alto Biobío	Puerto Montt	Lo Barnechea		
	Coronel	Puerto Octay	Lo Espejo		
	San Rosendo	Puerto Varas	Lo Prado		
Concepción	Puqueldón	Macul			
Lautaro	Purranque	Maipú			
Freire	Puyehue	María Pinto			
Temuco	Queilén	Melipilla			
Victoria	Quellón	Ñuñoa			
Curarrehue	Quemchi	Padre Hurtado			
Villarrica	Quinchao	Paine			
Traiguén	Río Negro	P. Aguirre Cerda			
Loncoche	San Juan de La Costa	Peñaflor			
Melipeuco	San Pablo	Peñalolén			
Gorbea	Coyhaique	Pirque			
Pitrufquén	Lago Verde	Providencia			
Angol	Guaitecas	Pudahuel			
Ercilla	Aysén	Puente Alto			
Padre las Casas	Cisnes	Quilicura			
Pucón	Chile Chico	Quinta Normal			
Nueva Imperial	Río Ibañez	Recoleta			
Cholchol	Cochrane	Renca			
Teodoro Schmidt	Tortel	San Bernardo			
La Araucanía	Los Lagos	Metropolitana	Estación Central		
			Huechuraba		
			Independencia		
			Isla de Maipo		
			La Cisterna		
			La Florida		
			La Granja		
			La Pintana		
			La Reina		
			Lampa		
	Las Condes				
	Lo Barnechea				
	Lo Espejo				
	Lo Prado				
	Macul				
	Maipú				
	María Pinto				
	Melipilla				
	Ñuñoa				
	Padre Hurtado				
	Paine				
	P. Aguirre Cerda				
	Peñaflor				
	Peñalolén				
	Pirque				
	Providencia				
	Pudahuel				
	Puente Alto				
	Quilicura				
	Quinta Normal				
	Recoleta				
	Renca				
San Bernardo					
Aysén			San Bernardo		
			Recoleta		
			Renca		
			San Bernardo		
			Quilicura		
			Quinta Normal		
			Recoleta		
			Renca		
			San Bernardo		
			Quilicura		
Quinta Normal					
Recoleta					
Renca					
San Bernardo					

	Los Sauces		O'Higgins		San Joaquín
	Saavedra				S. José de Maipo
	Vilcún				San Miguel
	Renaico				San Pedro
	Lumaco				San Ramón
					Santiago
					Talagante
					Tiltil
					Vitacura

Informe final

# ESTUDIO COMPLEMENTARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA PLANES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA MUNICIPIOS, COMUNAS Y COMUNIDADES SALUDABLES

**Mónica María Molina Garzón**

Psicóloga (U. El Bosque, Bogotá, Colombia) y Magíster en Psicología de la Salud Pontificia Universidad Católica de Chile. Trayectoria profesional como docente e investigadora, con experiencia en el diseño, gestión de proyectos sociales y de salud. Con experiencia en asesoría y consultoría de proyectos de evaluación. Ha sido parte de equipos de investigación asociadas a Salud Pública e implementación de modelo Visita Domiciliaria Avanzada -ViDA en APS y la Evaluación del programa “Volvamos Juntos”.

*La evaluación presentada en este informe fue elaborada por una consultora experta independiente y los resultados no necesariamente representan la opinión de las Instituciones involucradas. Se privilegia la confidencialidad y anonimato de los entrevistados, quienes de manera voluntaria aportaron sus opiniones, de acuerdo con su experiencia y relación con el programa evaluado; sus repuestas reflejan sus particularidades y en ningún caso se puede considerar generalizable la información aquí dispuesta.*

## Tabla de contenido

<b>RESUMEN EJECUTIVO .....</b>	<b>3</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>II. DEFINICIÓN PROBLEMA EVALUATIVO.....</b>	<b>4</b>
<b>III. BASES TEÓRICO CONCEPTUALES Y METODOLÓGICAS DE LA EVALUACIÓN .....</b>	<b>5</b>
<b>IV. OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE EVALUACIÓN.....</b>	<b>6</b>
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos .....	6
Preguntas de Evaluación .....	6
<b>V. MÉTODO.....</b>	<b>6</b>
Diseño.....	6
Contexto Estallido social y Pandemia por SARS COV-2 .....	7
Muestreo y Selección de Participantes .....	7
Recolección de Datos.....	8
<b>VI. ANÁLISIS .....</b>	<b>9</b>
<b>VII. RESULTADOS.....</b>	<b>11</b>
<b>CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN Y PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN. ....</b>	<b>12</b>
Percepciones generales del programa .....	12
Proceso de Planificación para la Implementación .....	14
Percepciones sobre el componente de participación comunitaria para el empoderamiento..	15
Percepción de Barreras y Desafíos.....	17
<b>CONTEXTO EXTERNO .....</b>	<b>19</b>
Realidad Social, Política y Sanitaria del País.....	19
Apoyo Municipal .....	22
Vinculación con el inter sector y otros programas.....	23
Orientaciones Ministeriales .....	24
<b>CONTEXTO INTERNO.....</b>	<b>27</b>
Estructura organizacional.....	27
Configuración de los equipos .....	28
<b>INDIVIDUOS INVOLUCRADOS.....</b>	<b>29</b>

PERCEPCIÓN DEL ESTUDIO COMPLEMENTARIO .....	30
<b>VIII. RESULTADOS POR COMUNA .....</b>	<b>31</b>
<b>IX. CONCLUSIONES .....</b>	<b>31</b>
<b>ANEXO 1.....</b>	<b>33</b>
<b>ANEXO 2.....</b>	<b>35</b>
<b>ANEXO 3.....</b>	<b>36</b>
<b>ANEXO 4.....</b>	<b>37</b>

# ESTUDIO COMPLEMENTARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD DE MUNICIPIOS, COMUNAS Y COMUNIDADES SALUDABLES

## INFORME FINAL

### RESUMEN EJECUTIVO

El programa “Planes de Promoción de la Salud para Municipios, Comunas y Comunidades Saludables” es una Programa de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud de Chile en respuesta a la alta prevalencia de sedentarismo y malnutrición por exceso, al limitado acceso a entornos que faciliten la práctica de actividad física y la alimentación saludable. Su objetivo es fortalecer el rol del Municipio como actor estratégico para mejorar los resultados en salud y la calidad de vida de la población, en conjunto con la comunidad y el intersector.

El Programa está siendo sometido a evaluación por la Dirección de Presupuestos (DIPRES) en la línea de Evaluación a Programas Gubernamentales (EPG) y en este marco, se ha solicitado un estudio complementario que amplíe la información existente sobre el proceso de implementación a nivel territorial a la luz de las percepciones, experiencias y opiniones de los actores implicados, permitiendo ahondar en la comprensión de: 1) el proceso de implementación; 2) la participación comunitaria y 3) la identificación de posibles barreras y facilitadores de la implementación que los actores identifican a nivel local.

El método de evaluación propuesto es un diseño colaborativo, que incluyó 15 entrevistas individuales a profundidad. El análisis de datos se realizó a la luz de los cinco ejes del *Marco Consolidado de Implementación* (Características de la intervención; Contexto externo, Contexto interno, Individuos involucrados y Proceso de implementación), los cuales facilitan una mejor comprensión de los resultados de implementación.

Los principales resultados dan cuenta que los participantes tienen una valoración positiva del programa, identifican elementos facilitadores de la implementación a nivel local que incluyen el apoyo de la SEREMI para la gestión; el manejo de los recursos financieros propios para actividades de promoción de salud y el recurso humano (encargados), con un buen nivel de conocimiento de la realidad local, con amplia experiencia, altos niveles de liderazgo y motivación que impulsan la implementación. Por otra parte, algunas barreras se relacionan con procesos burocráticos para gestiones financieras como adquisiciones y compras, necesidades de recurso humano permanente para la ejecución de los planes y otros desafíos a nivel organizacional y administrativo al interior de la municipalidad.

## I. INTRODUCCIÓN

Chile ha realizado importantes esfuerzos en el área de la salud, generando sucesivos cambios en políticas y estrategias que le permitan mejorar las condiciones de bienestar para toda la población. Ha apostado a la promoción de la salud, como importante pilar para el desarrollo de comunidades saludables, fortaleciendo las acciones municipales, la articulación intersectorial y el empoderamiento de las comunidades, para generar cambios en sus entornos y así contribuir a estilos de vida saludables, gracias al acceso a la actividad física, la alimentación saludable y la participación comunitaria.

El Panel evaluador del Programa Planes de Promoción de la Salud para Municipios, Comunas y Comunidades saludables (MCCS), requiere información cualitativa complementaria que le permita tener una aproximación desde los actores involucrados sobre el proceso de implementación a nivel territorial (Municipios), identificando elementos contextuales, barreras y facilitadores que contribuyen al logro o no, de los objetivos propuestos.

El método elegido para abordar esta evaluación utiliza técnicas cualitativas y un diseño colaborativo, en el que participó la DIPRES, el Panel evaluador y la consultora. Se recurrió a la realización de entrevistas individuales a actores involucrados en la implementación del programa, de modo de recolectar la información necesaria que, de acuerdo al diseño descriptivo, analítico - relacional, entregue evidencia suficiente que permita responder a las preguntas de evaluación.

Los resultados obtenidos aportan información relevante y complementaria que favorece comprensión del proceso de implementación desde los actores locales a nivel de los municipios, y enriquece el proceso de evaluación por parte del Panel de Expertos y la DIPRES.

## II. DEFINICIÓN PROBLEMA EVALUATIVO

La información disponible y entregada por el Ministerio de Salud, específicamente la Subsecretaría de Salud Pública, respecto a la implementación del programa Planes de Promoción de la Salud, que requiere el panel evaluador y la DIPRES fue considerada insuficiente para responder de manera específica a los diferentes ámbitos de la Evaluación de Programas Gubernamentales (EPG), especialmente en elementos cualitativos que den cuenta de la experiencia de implementación a nivel local, respecto del los cambios y transformaciones de las comunidades involucradas, los elementos facilitadores y barreras que afrontan los territorios.

Igualmente, se consideran los acontecimientos locales como como el denominado “estallido social” y globales como la Pandemia por SARS-COV-2, como eventos que

generan cambios en el contexto y en los procesos, con posible impacto en los resultados de implementación, por tanto, fueron explorados en las entrevistas realizadas.

### III. BASES TEÓRICO CONCEPTUALES Y METODOLÓGICAS DE LA EVALUACIÓN

El presente estudio se fundamenta en las Ciencias de la Implementación, que aportan a la comprensión del funcionamiento (o no) de un programa (o intervención) en contextos reales (Peters et al., 2013)<sup>1</sup>, como es en este caso, el Plan de Promoción para la Salud de Municipios, Comunas y Comunidades Saludables.

El proceso de análisis, comprensión e interpretación de la información recolectada, se abordará desde diversas aproximaciones teóricas del área de las ciencias de implementación, principalmente en el *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) (Damschroder et al. 2009), como marco que incorpora constructos de diversas teorías que, agrupados en cinco dominios generales, pueden ser utilizados para el diagnóstico o evaluación de la implementación de intervenciones.

El marco de evaluación propuesto para esta evaluación se presenta en la figura 1, que incluye 5 dominios: Características de la intervención, el Contexto Interno, Configuración interna, las Características de los Individuos Involucrados, y el Proceso de Implementación; a continuación, se presenta una breve descripción de cada uno de ellos.

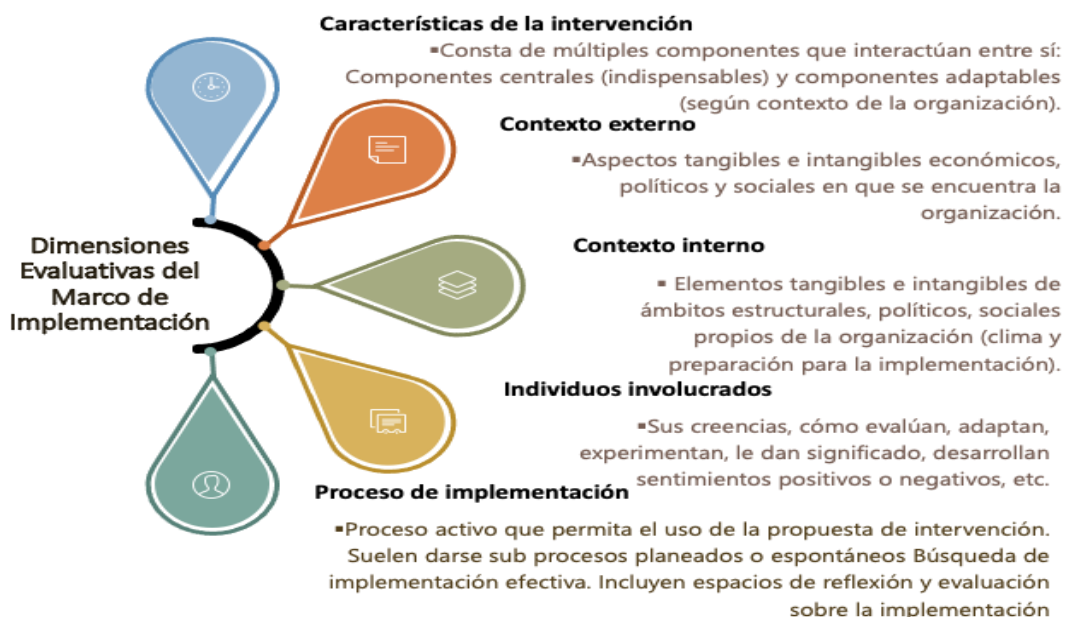


Figura 1. Elaboración Propia a partir de: Sapag, J. Marco Integral de Evaluación sobre Implementación y Escalabilidad de Innovaciones en Salud. Centro de Innovación en Salud Áncora UC. Versión, abril 2020.

<sup>1</sup> Peters DH, Adam T, Alonge O, Akua Agyepong I, Tran NT. (2013). Implementation research: what it is and how to do it. BMJ 2013;347:f6753 doi: 10.1136/bmj.f6753



## IV. OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

### Objetivo general

Analizar las percepciones de actores claves en el proceso de implementación del programa en cuatro (4) comunas seleccionadas.

### Objetivos específicos

- Describir el proceso de implementación y resultados del Programa desde la percepción de los actores involucrados
- Identificar las acciones/actividades que dan cuenta de la implementación del componente de participación comunitaria del programa en las comunas evaluadas.
- Describir y analizar las barreras y facilitadores percibidos por los actores relevantes en el proceso de implementación del programa

### Preguntas de Evaluación

El foco evaluativo pretende dar respuesta a tres preguntas fundamentales asociadas al proceso de implementación:

- (1) ¿Cuál es la percepción global de la implementación y resultados del Programa Planes de Promoción de la Salud para Municipios, Comunas y Comunidades saludables (MCCS), desde la perspectiva de distintos actores?
- (2) ¿Qué acciones dan cuenta del nivel de participación comunitaria en el programa Planes de Promoción de Salud para Municipalidades, Comunas y Comunidades saludables?
- (3) ¿Qué barreras y facilitadores se identifican en la implementación del Programa Planes de Promoción de la Salud para Municipios, Comunas y Comunidades saludables (MCCS), desde la perspectiva de distintos actores?

## V. MÉTODO

### Diseño

El presente estudio utiliza un diseño transversal con metodología cualitativa que permite realizar un análisis de las percepciones de los actores claves del territorio (Municipios) respecto al proceso y resultados de implementación del Programa Planes de Promoción de la Salud para Municipios, Comunas y Comunidades saludables.

El propósito es complementar la evaluación del programa a partir de un análisis descriptivo, analítico – relacional del equipo evaluativo desde las preguntas de evaluación planteadas y contribuir a la comprensión del proceso de implementación del programa a nivel territorial.

La estructura global del estudio se resume en la Figura 2. Tal como se describe en los objetivos y preguntas evaluativas, esta evaluación se centra en el proceso de implementación del Programa, e incorpora la perspectiva de diversos actores claves (Encargado Regional/provincial, Encargado de programa, Referentes equipo gestor, y/o de trabajo intersectorial).

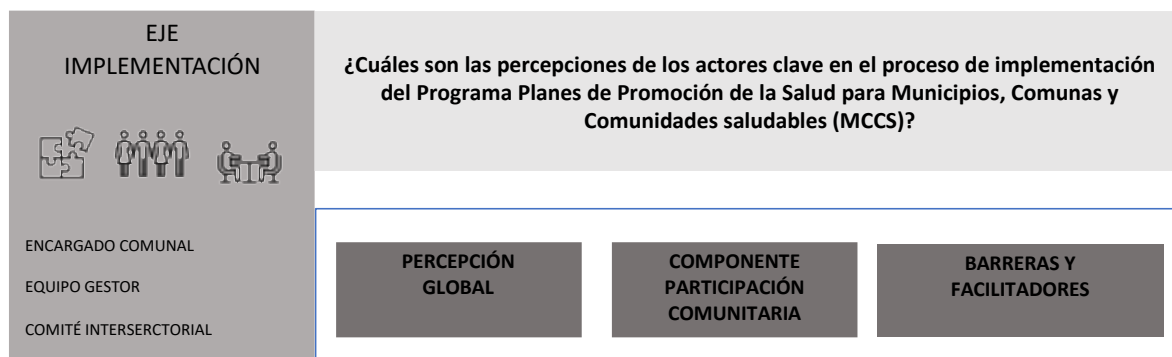


Figura 2. Eje de implementación

Este eje está centrado en conocer la percepción acerca del proceso de implementación del programa de manera global, el nivel de organización y participación comunitaria y las barreras y facilitadores para su ejecución y sustentabilidad. Para esto se tomarán como referencia algunos de los constructos de las dimensiones del *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) (Damschroder et al., 2009) que permitirán identificar qué elementos del “contexto interno”, “contexto externo”, “características de los individuos”, entre otros, favorecen o dificultan la implementación del programa a nivel local.

### Contexto Estallido social y Pandemia por SARS COV-2

Eventos como el estallido social y la pandemia por SARS COV-2 han implicado adaptaciones y modificaciones de los programas, servicios, prestaciones, recursos humano y materiales, lo que ha representado, en algunos casos, un cambio significativo en la implementación, prácticas y experiencia de los funcionarios de salud y su entorno. Es por esto, que este aspecto particular fue incorporado en el proceso de recolección de información de esta evaluación, abordando los desafíos planteados en este contexto.

### Muestreo y Selección de Participantes

Se realizó un muestreo intencionado, no probabilístico siguiendo los criterios de priorización discutidos entre la DIPRES, el Panel, y la consultora. Se seleccionaron

aleatoriamente cuatro comunas por macro zona, la comuna de la zona norte seleccionada inicialmente, fue reemplazada por otra de características similares debido a la dificultad para agendar las entrevistas en el tiempo previsto.

La muestra fue seleccionada de modo intencional, considerando como criterio de selección los roles dentro del proyecto. Se consideraron grupos de actores clave, así: Directivos; Encargados y Miembros del Equipo gestor o comités intersectoriales.

La Tabla 1 presenta el detalle de los grupos de participantes de acuerdo con la comuna.

COMUNA	Directivos	Encargado	Equipo Gestor/Comité intersectorial Equipo	Entrevistas
<b>Comuna 1 (R.M)</b>	Directora DIDECO	Encargada del Programa/Nutricionista	Trabajador social Cesfam Encargado convivencia escolar	4
<b>Comuna 2 (Macro zona - Centro)</b>	Encargado Regional/ Provincial	Encargada del programa/ Directora departamento deportes		3
<b>Comuna 3 (Macro zona - Austral)</b>	Directora DIDECO/ Director Departamento de deporte	Encargado de Programa/coordinador de deporte		3
<b>Comuna 4 (Macro zona - Norte)</b>		Encargado de Programa/ Encargada Dirección Cultura, Artes y Patrimonio (Anterior Encargada de programa)	Gestora administrativa de recinto deportivo/Administrativa estadio Regional /Profesional de apoyo programa de Deporte	5

Tabla 1. Participantes de la Muestra, según Comuna y Grupos de Actores Clave

## Recolección de Datos

Se realizaron entrevistas semiestructuradas, siguiendo la pauta aprobada por el Panel de Expertos y la DIPRES (Anexo 1). Las entrevistas poseen preguntas centrales que guían la conversación en torno a temas centrales, que permiten responder a las preguntas de evaluación planteadas inicialmente: a) ¿Cuál es la percepción global de la implementación y resultados del Programa?; b) ¿Qué acciones dan cuenta del nivel de participación comunitaria en el programa? y c) ¿Qué barreras y facilitadores se identifican en la implementación del programa?

Las entrevistas fueron realizadas entre el 6 y el 27 de abril de 2021. El procedimiento incluyó el contacto telefónico o vía correo electrónico con los actores relevantes identificados. Se invitó a participar y se acordó fecha y hora para la realización de la entrevista; previo a la entrevista, fue enviado mediante un Google form el consentimiento informado avalado por el Panel de Expertos (Anexo2) y socializado previo a la entrevista de manera personal.

Se realizaron en total 15 entrevistas, el 100% en formato individual y por videoconferencia por zoom.

## VI. ANÁLISIS

Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Las transcripciones reposan en una carpeta drive denominada *Estudio Complementario* entregada al panel evaluador y la representante de la DIPRES, junto con el reporte Excel de aceptación de consentimiento informado y la matriz de codificación utilizada en las transcripciones de cada una de las entrevistas.

Las grabaciones del total de las entrevistas estarán en custodia de la DIPRES, institución responsable del estudio complementario, por cinco años a partir de la aceptación del informe final.

Para la transcripción de las entrevistas se usaron diferentes códigos (Tabla 2), con el objeto de mantener resguardada la identidad de los entrevistados, comunas, lugares y personas mencionadas, de la siguiente manera:

CÓDIGO	SIGNIFICADO
C	Comuna
P	Persona entrevistada
EX	Persona mencionada
L	Lugar

Tabla 2: Códigos de anonimización para transcripción de entrevistas

De la misma manera, se utilizaron números para indicar la identidad de la persona evaluada y de la comuna seleccionada (Tabla 3), así:

CÓDIGO	SIGNIFICADO
C1	Comuna 1 Región Metropolitana
C2	Comuna 2 Macro zona-Centro
C3	Comuna 3 Macro zona-Austral
C4	Comuna 4 Macro zona-Norte

Tabla 3: Códigos de anonimización para transcripción de entrevistas

Se realizó un análisis de contenido híbrido utilizando las transcripciones como unidades de análisis, se clasificaron y codificaron según los objetivos y dimensiones evaluativas del Marco de implementación.

El análisis consintió en:

- 1) codificación de nodos amplios (dominios y dimensiones)
- 2) distinción de información específica para identificar elementos comunes, divergentes y emergentes (categorías emergentes)

- 3) comparación y condensación de la información considerando las preguntas orientadoras de la evaluación
- 4) para la organización de los resultados se utilizará como mayor nivel de abstracción los cinco ejes del Marco Consolidado de Implementación<sup>2</sup>.

La tabla 4 presenta el sistema de codificación a partir de las dimensiones evaluativas, las categorías codificadas y la forma en que se visualiza la presentación de los resultados de acuerdo a los contenidos en cada dimensión.

DIMENSIONES	CATEGORÍAS	FRECUENCIA
<b>CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN Y PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN</b>	Características y proceso de implementación	36
	Proceso de planificación	40
	Plan - tema abordado	16
	Aporte del programa	29
	Duplicidad	17
	Población objetivo	43
	Actividades	50
	Participación Comunitaria	47
<b>CONTEXTO EXTERNO</b>	Estallido social	29
	Pandemia	63
	Nivel de involucramiento del municipio	31
	Relación Minsal-Seremi	21
	Relación y apoyo Seremi	35
	Relación con otros programas	25
	Trabajo intersectorial	106
<b>CONTEXTO INTERNO</b>	Equipo	47
	Año de ingreso al programa	17
	Distribución de carga	11
	Estructura organizacional	28
<b>INDIVIDUOS INVOLUCRADOS</b>	Características de los individuos	83
	Características individuales rol	38
	Liderazgo	45
	Facilitadores	34
	Barreras	113

<sup>2</sup> Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E. et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Sci* 4, 50 (2009). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>

<b>OTROS</b>	Desafíos	56
	Percepción de la evaluación	9
	Concurso planificación 2019-2021	10
<b>Total codificado</b>		1079

Tabla 4. Sistema de codificación y categorías de análisis

El Anexo 3 presenta el mapa de documento donde se representan los nodos y el análisis por comuna C1, C2, C3 y C4.

## VII. RESULTADOS

En el presente apartado, se quiere reiterar las características cualitativas del estudio, el número acotado de entrevistados y la no representatividad de las comunas incluidas en el mismo. Las categorías de análisis pretenden agrupar las opiniones de los entrevistados y extraer nodos de análisis que permiten la descripción analítica que dan respuesta a las preguntas de evaluación.

Otras opiniones expresadas en este texto son responsabilidad exclusiva de la autora y no comprometen a las Instituciones involucradas ni al programa objeto de evaluación, igualmente se respeta la confidencialidad y anonimato de los participantes y sus aportes en las citas que aparecen a continuación, las cuales reflejan sus opiniones.

La propuesta evaluativa se fundamentó en modelos integrales de implementación que permiten identificar las barreras y facilitadores, para guiar y fortalecer los procesos de implementación. Los resultados de la evaluación se presentan siguiendo los cinco ejes del Marco Consolidado de Implementación (Características de la intervención; Contexto externo, Contexto interno, Individuos involucrados y Proceso de implementación), los cuales iluminan los indicadores y permiten visualizar el logro de los resultados de implementación<sup>3</sup>, presentados en el apartado Bases teóricas y metodológicas de la evaluación.

Los resultados se presentan organizados en los siguientes ámbitos, definidos a partir del Marco Teórico-Conceptual y de áreas emergentes de los datos recopilados. Se organizan los hallazgos en: (1) Características de la Intervención y Proceso de Implementación, (2) Contexto externos, (3) Contexto interno, (4) Individuos involucrados. Finalmente se incluirá una contextualización y análisis global por comuna.

<sup>3</sup> Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health*;38:65-76.

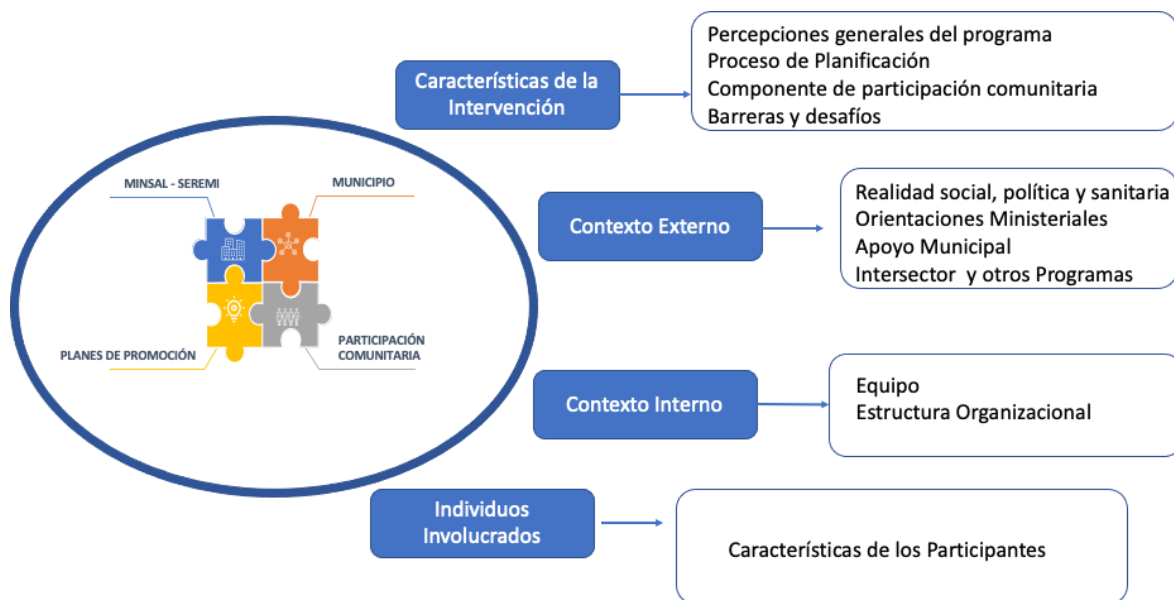


Gráfico 8. Estructura para presentación de resultados en informe final

## CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN Y PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN.<sup>4</sup>

### Percepciones generales del programa

Las comunas 1, 2 y 3 presentan similitud en relación al tiempo de activación del programa en el territorio, la trayectoria de los actores clave involucrados y la permanencia en el cargo de los responsables del programa, sus participantes perciben el programa Planes de Promoción para la Salud de Municipios, Comunas y Comunidades Saludables como una estrategia consolidada en el territorio, con una amplia trayectoria y evolución, reconociéndolo como un gran aporte para la comunidad en términos de salud y de los recursos disponibles para el desarrollo de actividades específicas orientadas a la promoción de la salud.

*“El programa de promoción en salud es super esencial, nos permite potenciar las actividades de nuestra comuna, complementarlas, nos permite adquirir implementación que nosotros generalmente no podemos, nos lleva a hacer una actividad óptima para el usuario, tratar de cumplir con el objetivo que es promocionar la salud...a través del agente protector, mayormente del deporte, la alimentación y la actividad física”. (C2P1,114)*

Por otra parte, la comuna 4 refiere información respecto al tiempo de implementación solo del último trienio, por lo que percibe el programa en un nivel incipiente, que

<sup>4</sup> Si bien en el Marco Consolidado de Investigación de Implementación, estos dos ejes se describen por separado, para efectos de este informe, se unen en uno solo apartado, siendo consistentes con el análisis de contenido de las entrevistas realizadas a los participantes.

requiere mayor visibilidad, un equipo estructurado que permita su ejecución y reconocimiento a nivel municipal para su consolidación.

*“De hecho ni siquiera lo conocen,... porque quizá no hay una persona que se contrate directamente para eso, si fuera así se daría una importancia, pero una persona que le dan múltiples funciones ...a mí, en ese instante me asociaban al estadio regional, muy poca gente sabía que yo estaba liderando un programa de salud, el director que era mi jefatura y nadie más. Lo desconocen” (C4,P4,56)*

Los participantes resaltan el sentido de la intervención en términos de aporte complementario con el inter sector (salud y principalmente, deporte) que beneficia a toda la comunidad, aportando particularmente al fomento de la actividad física y la alimentación saludable. La existencia de comités intersectoriales y su cooperación para el desarrollo de las actividades se reconoce como una fortaleza.

*“El comité está formado por los dos directores de los Cesfam que están en la comuna, la encargada de promoción de salud, por el encargado de deporte, la DIDECO y alguien del departamento de educación. Ese vendría siendo el grupo que nosotros tenemos conformado a través de este comité que esta decretado por el municipio” (C1P1, 32)*

Otra fortaleza reconocida por los participantes es el manejo de recursos financieros, y humanos propios del programa, lo cual les otorga visibilidad frente a otros colectivos y programas, favoreciendo el trabajo colaborativo e intersectorial para el desarrollo de diversas actividades.

*“Los recursos designados exclusivamente para el programa promoción de salud, porque el municipio puede tener un dinero, pero nunca te va a dejar para promocionar la salud, en cambio este plan existe para eso, es exclusivo para esto, y los recursos son muy importantes para poder ejecutar, llevar a cabo, pagar honorarios a diferentes especialistas y poder llevar a cabo las actividades” (C2P1, 46).*

*“Yo creo que el aporte más significativo es que tiene profesionales que están destinados a este trabajo exclusivamente” (C1P3,24).*

Finalmente, el Plan de Promoción de la Salud también es percibido como un aporte a la comunidad para la prevención de problemáticas locales, que no necesariamente se relacionan de manera directa con la salud, tal como es la violencia. Este aspecto toma valor, si se considera que la mayoría de las actividades de promoción están relacionadas con actividades deportivas, recuperación de espacios, creación y habilitación de zonas deportivas.

*“El plan salud puede ser una ayuda o colaboración para las juntas de vecinos para combatir la delincuencia, la droga y sacar un poco a las familias a las calles para que puedan estar tranquilas” (C4,P2,44).*

*“Es el único programa que llega con profesores de educación física a los jardines, a hacer la actividad física, entonces eso es muy importante” (C3P3,30).*



*“Nos permite adquirir compras que nosotros no estamos acostumbrados a implementar, hay una calle del deporte donde hay bicicletas para la gente, en otro programa no se podría, se logró hacer el parque de calistenia en la plaza, abierto para todo público, entonces ha permitido adquirir proyectos que quizá en la municipalidad no podría habitualmente” (C2P1,98)*

*“Las actividades que están desarrolladas en los planes trienales son muy novedosas para las personas, prácticamente no hay ninguna institución en Chile que promueva las plazas saludables, donde hay maquinaria, donde se puede tener una rutina deportiva, los huertos comunitarios también son una estrategia que sale de los planes trienales y prácticamente somos los únicos que estamos trabajando en tareas como esas, y en general hay una buena valoración de la ciudadanía y le otorga buena mucha utilidad a las cosas que hacemos”(C2 P2,30).*

## Proceso de Planificación para la Implementación

Respecto al proceso de planificación, el formato actual por trienios es valorado como positivo, aportando a la estabilidad de las acciones propuestas, su proyección a mediano plazo y sostenibilidad.

*“La modalidad de trienio ha sido una cosa buena, antes trabajábamos año a año, ahora se trabaja en un periodo de tres años y eso permite desarrollar más las actividades de promoción que cuando se hacía año a año (C2P2,48)*

La planificación (trienio 2019-2021) usando plataforma MIDAS<sup>5</sup> para planificación permitió focalizar las necesidades a intervenir, así como las poblaciones objetivo, y definir con precisión las acciones. Sin embargo, las experiencias marcan percepciones divergentes frente al uso de la plataforma y el aporte al proceso de planificación.

*“Bueno, últimamente cambió todo porque, los planes antes se hacían de otra forma, ahora hay una plataforma antes no era así. Antes tu colocabas el problema y te tiraba todas las actividades...yo encontraba que antes era mejor porque uno colocaba las actividades que realmente necesitaba como comuna, la realidad comunal la sabemos nosotros, entonces al colocar en la plataforma el problema, te da como las ramas del problema...automáticamente, entonces tú tienes que ver qué cabe dentro de eso, más o menos arreglar, pero es totalmente diferente” (C3P1, 28)*

El Encargado de programa de la comuna 4 (que han tenido proyectos solo el último trienio), percibe la plataforma Midas de manera positiva, independientemente del

---

<sup>5</sup> MIDAS (Modernización Digital de Autoridad Sanitaria): es una herramienta tecnológica para sistematizar, administrar y gestionar información crítica para la toma de decisiones. Bajo la metodología de marco lógico, esta plataforma contiene propuestas de actividades, actualizadas de acuerdo a la evidencia científica, validadas por los diferentes referentes técnicos del ministerio de salud. Dichas intervenciones combinan estrategias de comunicación para la salud, participación comunitaria, cambios ambientales a través de habilitación y recuperación de espacios públicos, políticas locales saludables y educación en salud, entre otras. (tomado de: <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTIPO=OFICIOFISCALIZACIONRESPUESTA&prmID=84480&prmNUMERO=4528&prmRE=0>)

desconocimiento y complejidad para el manejo de la misma, fue un facilitador para el proceso de planificación, la formulación del problema y definición de actividades.

*“Hicimos el árbol de problemas, planificamos ... dijimos cuáles son las carencias que hay en (la comuna) y de acuerdo a eso hicimos la planificación con el Midas, y ahí con eso nos pudo dar la bajado así, de cuáles son los problemas, cuáles son las causas y cuáles son como la soluciones, y ahí podemos identificar de donde partir, de cómo hacer la planificación desde abajo y ahí empezamos”. (C4P1,23)*

En general, los encargados de programa perciben el manejo de la plataforma como un gran desafío, reflejado en el nivel de complejidad, los requerimientos de datos específicos para justificar el problema y el procedimiento para llegar a las actividades planeadas; solicitando un formato más amigable para la interacción con la plataforma.

### Percepciones sobre el componente de participación comunitaria<sup>6</sup> para el empoderamiento

Un aspecto relevante se relaciona con el nivel de participación comunitaria y la relevancia que tiene para el Programa, describiéndose por los actores como el “sentido o razón de ser” del mismo. Igualmente, su importancia se refleja en su participación en los procesos de diagnóstico, planificación y ejecución de las actividades.

*En general hay buen nivel de participación o por lo menos están las condiciones para que eso ocurra, ningún encargado de promoción que yo conozca está pensando hacer un plan trienal que no lleve implícito el tema de la participación, lo que yo siento que las comunas que tienen un grado importante de participación se les facilita mucho la ejecución del plan trienal porque tiene más demanda finalmente y tiene más variedad de posibles intervenciones. (C1P2, 37)*

*Para la planificación se tiene en cuenta la realidad local, entonces esa información como ya la tenemos las usamos como base, y a través de eso sabemos lo que necesita la gente, como hemos trabajado un diagnóstico participativo, mesas de trabajo con la comunidad, hemos hecho hartas cosas con la comunidad en sí...entonces a nosotros solo nos queda el trabajo de planificar” (C2P3, 26)*

A nivel del diagnóstico, las comunidades participan activamente en procesos consultivos; los Encargados de programa refieren utilizar medios como entrevistas, encuestas y encuentros grupales con los actores relevantes de la comunidad para indagar sobre las necesidades sentidas desde el territorio, así como para priorizar y levantar acciones para su beneficio, adquiriendo un conocimiento sobre la realidad local.

---

<sup>6</sup> Componente Participación comunitaria para el empoderamiento: Su objetivo es impulsar la articulación de redes locales y formación de líderes sociales para incidir en los cambios culturales y sociales que se requieren en las comunidades. Este componente considera actividades tales como: escuela de líderes sociales, diálogos ciudadanos, entre otros.

*“Hicimos las encuestas, primero le aplicamos a la gente que tenía conocimiento del tema, es decir a las personas encargadas, teníamos a la corporación del deporte, al IND regional, programa de deporte y recreación, de discapacidad y del adulto mayor... después salimos a hablar un poco con la gente activa de los programas, por ejemplo, los vecinos, la Dideco, después los que practicaban zumba, me entiende, ahí hicimos el levantamiento” (C4P1,28)*

*“Conocemos la realidad local, esa información como ya la tenemos, la usamos como base, y a través de eso sabemos lo que necesita la gente, como hemos trabajado un diagnóstico participativo, mesas de trabajo con la comunidad, hemos hecho hartas cosas con la comunidad en sí, a nosotros solo nos queda el trabajo de planificar porque ya sabemos las necesidades” (C1P1,75)*

Por otra parte, los participantes perciben un alto nivel de organización comunitaria, la presencia de juntas vecinales (con diferentes niveles de estructura y formalidad en su organización), pero muy activas y dispuestas a participar. En la Comuna 1 se destacan los clubes y grupos de la tercera edad, con quienes logran muy buena articulación y en la Comuna 3 se hace referencia al grupo de apoderados de colegios y jardines, quienes a través del centro de padres se involucran de manera activa en el desarrollo de las actividades.

*“Tenemos 35 juntas de vecinos, tenemos cerca de 30 clubes de adultos mayores, la verdad que los adultos mayores son los que más participan, quizá porque... tenemos un trabajo más fuerte con ellos, está la unión comunal de adulto mayor, están todos los clubes ...donde se trabaja muy de la mano con ellos, entonces la junta de vecinos nos ha costado un poco más pero si, también llegamos ahí” (C3P3,58).*

*“Nosotros tenemos centro de padres comunal, por tanto, son un brazo del departamento de educación, tanto del departamento de la parte técnica, la parte administrativa el centro de padres siempre está apoyando y siempre está al tanto de todas las actividades que nosotros estamos haciendo como educación por lo tanto cuando hay aspectos de promoción de la salud también ellos participan” (C1P4, 39).*

Las organizaciones comunitarias<sup>7</sup> juegan un rol fundamental para el desarrollo de las actividades programadas dentro del plan de promoción para la salud, aportando a la organización y logística dentro de las comunidades. Los Encargados reciben apoyo para los procesos de difusión y comunicación a nivel local, logrando articulación con el Municipio y las unidades o programas que trabajan comunidades específicas (por ejemplo, adultos mayores, mujeres, discapacitados, etc.).

*“En la municipalidad hay un lugar que se llama comunitaria que tiene nueve a diez juntas vecinales y nos programamos con ellos, sabes que tal día vamos a ir a hacer una actividad con la comunidad, entonces nos dirigimos para allá, después vamos al*

---

<sup>7</sup> Se reconocen en Chile como organizaciones comunitarias a: Juntas de vecinos; Uniones comunales; Clubes de adulto mayor; Grupos folclóricos; Comités de vivienda; Clubes deportivos; Centros de madres, centros de padres y apoderados y Agrupaciones juveniles

*norte, al sur, así nosotros nos vamos programando, siempre a nivel comunal, con las juntas vecinales” (C4P1,51).*

## Percepción de Barreras y Desafíos

Con relación al proceso de implementación los participantes identifican algunas barreras relacionadas con procesos administrativos y burocráticos articulados al funcionamiento Municipal; especialmente en temas relacionados con el proceso de compras y adquisiciones; procesos financieros y requerimientos para rendición de cuentas, los cuales se asocian a funcionarios municipales.

*“Nuestro país se caracteriza por la burocracia, por la cantidad de documento, por la cantidad de papeles y planillas a llenar, que me parece bien, pero creo que esto también se tiene que adaptar a los nuevos tiempos...de aquí en adelante de la pandemia cambio todo, por tanto, siento que si bien los sistemas de control financiero deben funcionar, pero deben existir menos burocracia en los procesos de instalación en los municipios” (C2P3, 38).*

Un aspecto que toma relevancia se asocia a la estructura organizacional en la cual se inserta el Encargado del Programa, el cual varía de comuna a comuna; siendo variable igualmente el tipo de contratación, la distribución de carga y funciones asociadas.

*“El plan comunal de promoción debería tener gerencia distinta, desde el punto de vista que en el organigrama municipal tenga una posición más ventajosa desde el punto de vista estratégico, porque promoción de la salud le sirve educación, le sirve vivienda, a todos los ámbitos municipales, no solamente a salud como sector, y en ese sentido a lo mejor le cambiaría la gerencia y la jerarquía dentro de la municipalidad desde el punto de vista de su ejecución, quizá pondría, pero todo eso pasa porque por un lado la voluntad del alcalde de querer y de ejecutar esa figura” (C2P2,44).*

Finalmente, el tema del desembolso de los recursos económicos se plantea como una barrera para la implementación con relación a la ausencia de un equipo gestor permanente que garantice la continuidad de las actividades y el apoyo al encargado en todos los procesos; afectando las dinámicas de planificación y ejecución del Plan de promoción.

*“Yo trabajo, por lo menos activa promo, de junio a noviembre, son como 5- 6 meses que trabajo en el territorio en sí, lo demás lo planifico...el fuerte siempre lo hacemos cuando nos transfieren los fondos, porque a mí el municipio no me transfiere fondos municipales, entonces son solo los fondos que yo dependo de promo y yo hago las actividades de acuerdo a las planificaciones y ahí vamos actuando...A mí me encantaría que los desembolsaran en enero y a finales de, no sé, siempre que hubieran recursos, o sea si te van a dar 30 millones esos tres años, tu pudieras decir mira puedo contar tantos años con profesionales, como para que esté constante”(C1P1, 85).*

*“Primero que nada, el equipo tiene que estar bien conformado y un numero de personas, unos cuatro o cinco integrantes para hacer exclusivamente eso, o sea, dedicarse al programa para que funcione y fluya. Yo creo que también la lentitud con que se realizan los depósitos o las platas para poder ejecutar el programa y mas que nada en realidad todos los organismos gubernamentales son como muy lentos, entonces debería haber un poco más de fluidez” (C4P5, 54).*

En esta misma línea, una barrera es la disponibilidad del recurso humano estable, los participantes refieren la necesidad de disponer de un equipo executor de manera permanente, que acompañe todo el proceso de implementación y no solo sea contratado para ejecutar el plan, pues se puede contribuir a que se pierda continuidad y afecte la sostenibilidad del programa a lo largo del tiempo.

*“Recursos, siempre es importante contar con más recursos para que los profesionales no se vayan, no haya tanta rotación para que siempre sean los mismos, que son problemas que yo veo acá a diario, ven otro programa con mas recursos y se cambian, van perdiendo la continuidad” (C3P3,66).*

*“en realidad la falta de equipos cierto, que colaboren con estos proceso de desarrollo de estos planes en los municipio es lo que de pronto queda como cojo” (C2P3, 14)*

*“Faltan manos porque mis profesionales con los que cuento como te decía son por un periodo determinado entonces no alcanzo hacer toda la labor mientras que, en otras comunas el municipio les pasa recursos y al pasarle los recursos ellos pueden tener sus profesionales todo el año siempre trabajando, yo como que cuento con periodos o procesos” (C1P1,20).*

Los grandes desafíos planteados por los participantes se relacionan con la necesidad de ampliar la cobertura, lograr impactar a un mayor número de personas y/o actuar en varios grupos de interés (por ejemplo, la comuna 3 expresa que quisiera trabajar con menores de 5 años y adultos mayores, sin tener que limitarse a un solo grupo), lo cual corresponde a su experiencia e interpretación para la elaboración del plan.

*“Ahora en general las actividades que nosotros tenemos son con beneficiarios reducidos, los públicos objetivos son bajos, no hemos podido tener actividades que sean muy masificadas, salvo, actividades deportivas como corridas familiares que tienen un alcance distinto, pero el resto de actividades como por ejemplo, talleres de alimentación saludable se hace en una escuelita, en un curso, con un grupo de apoderados, allí a lo mejor nos hace falta dar un salto de calidad y apostar por tener una cobertura un poco más grande de manera de llevar el tema hacia otros públicos” (C2P2, 30).*

Por otra parte, se levantan nuevas necesidades que deja el contexto de pandemia, especialmente, relacionados con la salud mental y los niveles de obesidad en todos los grupos etáreos, producto del sedentarismo, las restricciones de movilidad por cuarentena y falta de actividad física, por tanto, se considera que deberían ser insertados en los planes de promoción.

*“El hecho de que los territorios presentan situaciones que están ajenas a los planes trienales de promoción, temas que tiene que ver con la salud mental, por ejemplo, que son importantes después de esta pandemia poder invertir, creo que la situación que estamos viviendo, el encierro prolongado va a generar post pandemia una situación*

*tremenda, yo le digo va a ser la segunda pandemia a la cual vamos a estar instalados y eso necesariamente tiene que venir con una inversión local” (C2P3, 18).*

*“la cantidad de obesidad que va a haber en los niños va a ser mayor que la que hay hoy en día cuando vuelvan a la escuela, por lo tanto el programa en ese momento quizá va a necesitar una mayor cantidad de recurso humano para llegar a más niños” (C3P2,42).*

## CONTEXTO EXTERNO

Realidad Social, Política y Sanitaria del País.

### *Estallido social*

Las condiciones sociales, políticas y económicas a nivel nacional y local que enmarcan la implementación del programa Planes de Promoción para la Salud del último trienio, están teñidas por una historia reciente de crisis denominada “estallido social” reflejando los procesos sociales que viven las comunidades y detonado en el mes de octubre del 2019.

Las percepciones de los participantes en grandes comunas como las pertenecientes a la zona central (Región Metropolitana) y zona norte, reflejan un mayor impacto en relación con la ejecución de sus actividades, lo opuesto, a comunas de la Zona Central (V región) y Zona Austral, donde se vivió la manifestación social, con un menor nivel de alteración del orden público y daños en los espacios comunes.

*“El estallido social afectó la aplicación, porque nosotros, hicimos la capsula de lactancia, la fuimos a dejar en el CAP de la municipalidad y en la plaza principal de la comuna y paso el estallido y dijimos nos van a romper estas cosas, porque las pintaban, las quemaban... y tuvimos que retirarlas y dejarlas en recintos municipales para guardarlas...en la ejecución de las actividades, cuando íbamos a realizar algún evento, estaban las marchas y las paralizaciones, entonces cuando nos íbamos a distribuir había miedo de parte de la gente para ejecutarla, para salir, para asistir y tuvimos que parar también” (C4P1,59).*

*“El estallido social igual se dio pero se da diferente a otros lugares, acá la gente se manifiesta de otra manera, se manifiesta por la plaza con carteles, con ruido, caravanas... la misma gente cuando ve que otra gente hace daño, la gente defiende sus cosas...entonces se manifiesta, pero se manifiesta de buena forma, y si había cosas chicas, una barricada chica pero nada más, entonces no nos afectó” (C3P1,72).*

Por otra parte, los cambios en la planificación y adecuación de las actividades fue una realidad a la que se enfrentaron todos los Encargados de Programa entrevistados; manifestando un sentido de apoyo desde el nivel Ministerial y especialmente de la Seremi en cuanto a las orientaciones para ejecución de recursos asignados, adaptación de actividades y el acompañamiento en la gestión.

*“Modificar todas las actividades, en mi caso yo deje todas las actividades, yo las deje todas, pero las modifique como llegar al público... el Promos flexibilizó para que yo*

*podiera comprar cámara y yo pudiera hacer unos videos, editarlos y mandarlos, he podido cumplir con mis actividades, y las adapte en el fondo, lo único que yo no he podido ejecutar pero las compras ya están hechas” (C2P1,108).*

*“A partir del estallido social se genero un problema particularmente en los municipios con los que abastecían de los insumos para poder llevar a cabo estos planes de trabajo, por tanto, ya desde el estallido social, hubo un quiebre entre el proveedor y el municipio y eso significó que hubiesen muchos meses de desfase para poder invertir, ¿que llevo a eso?, a que nosotros pudiéramos establecer en conjunto con el Ministerio ciertas nuevas formas de trabajo y ahí debo decir que el ministerio sea bien flexible, al menos desde que surge la pandemia y el estallido social ha habido cierta flexibilidades que claramente se agradecen, particularmente con estos nuevos convenios que se volvían a realizar para que la inversión sea de un 40% hacia arriba, porque era difícil invertir en estos territorios teniendo en cuenta que gran parte de los proveedores empezaron a cerrar, comenzaron a caer, yo no tuvieron más para poder invertir, por tanto el estallido social marcó el primer quiebre en esta inversión ya cercamiento a la comunidad (C2P3,40)*

Como parte de las reflexiones que el participante del nivel directivo de la comuna 2 hace frente al estallido social, menciona un posible impacto en el nivel de participación comunitaria, por un posible recelo frente a la imagen de los servidores públicos y un sentido de mayor exigencia por parte de la comunidad frente a las acciones que se emprenden, vislumbrando interacciones diferentes en un futuro. Esta es una percepción puntual considerada relevante, mas no determinante dentro de la evaluación.

*“Fueron lapidarios los resultados. Bueno, cambio todo, cuando hagamos promoción más adelante ya no va a ser lo mismo porque los modelos culturales, hay una serie de cambios que nosotros no nos alcanzamos a dar cuenta ahora, pero vamos a tener que empezar a repensar todo lo que es la participación comunitaria, la gente ya no se va a relacionar igual que como se relacionaba hace dos años atrás con nosotros con los programas gubernamentales, en ese sentido el estallido marcó un sentimiento de mayor participación de la gente, pero a su vez marco un sentimiento de no querer trabajar con instituciones del gobierno, por el grado profundo de desconfianza que generan las instituciones en general” (C2P2,48).*

*“Con la pandemia y el estallido, yo creo que esto nos significa un retroceso como de 10 años, si es que no más en todo tema comunitario, en todo el tema como del modelo de salud, donde solo hemos abordado cosas biomédicas” (C1P3,38).*

#### *Pandemia por SARS COV-2*

Sumado a lo anterior, el contexto de pandemia continuó complejizando los diferentes procesos de planificación, ejecución de actividades y recursos asociados al Plan de promoción.

*“La planificación si bien es cierto para el año pasado se hizo en función de no pandemia, de unas necesidades que probablemente existían en ese momento... pero llegada la pandemia después del estallido social generó un quiebre tremendo ...mucho después se llegaron a algunos acuerdos locales y regionales que permitieron*

*poder ayudar e implementar algunas cosas que se relacionaban a la pandemia y poder darle cierto sustento de inversión a lo que estamos viviendo” (C2P3, 18.)*

*“La emergencia sanitaria, la disposición de nuestras autoridades de nuestro equipo directivo de participar en instancias comunitarias, también ha cambiado, porque en este momento la emergencia sanitaria nos supera, entonces no hay tiempo para reunirse con la comunidad o para poder entregar información a la comunidad, y todos esos espacios nosotros como referentes de los programas de participación los tenemos que pelear porque hay una línea de trabajo que está instaurada, pero ha sido difícil poder desarrollar ese trabajo, yo diría que en el fondo lo que hemos tratado de salvaguardar es el acceso a la información” (C1P3, 34)*

El trabajo intersectorial sufrió quiebres para continuar con la articulación al Plan de Promoción de Salud; especialmente el sector salud reorientó sus actividades dentro del plan covid-19 priorizando las necesidades emergentes por la pandemia; las actividades deportivas y la utilización de espacios abiertos para la actividad física fueron afectados debido a las medidas de distanciamiento social y restricciones de aforo; el sector educativo también tuvo cambios, particularmente por las nuevas actividades y modalidad virtual que se debió asumir y el proceso de adaptación que se requirió para esto, conllevó a postergar algunas actividades, otras se rediseñaron y adaptaron a las nuevas condiciones. En general, la percepción de los participantes muestra la necesidad de un cambio en el plan original, pero logros con relación a los nuevos objetivos planteados y la ejecución de recursos financieros.

*“Habían varias actividades que tenía que hacer de otra manera, es decir, actividades presenciales, muchas actividades masivas que tuvimos que ajustarnos y dentro de la marcha realizar todas las actividades online, es decir, teníamos una actividad que era de capacitar a gestores en el área deportiva y estábamos justo en el proceso, incluso teníamos que hacerla en doble turno porque por el aforo no se permitía más entonces todo se nos cambió, las clases las hicimos a través del departamento de deportes y todas las clases fueron online, entonces, lo que hicimos fue el reporte de la estadística que entregaba la plataforma para poder evidenciar que si estábamos realizando las tareas” (C4P4,32)*

Este escenario permite inferir fortalezas dentro del contexto externo, pues permite articular esfuerzos entre los sectores involucrados, enriquece y aporta a la comprensión de los cambios locales, las necesidades emergentes y la adaptación oportuna de las intervenciones.

*Nosotros hicimos varios conversatorios con la comuna, nos dividimos por mesas, hicimos una mesa social, una mesa de salud, una mesa de medio ambiente, una mesa económica y fuimos trabajando y se creó un libro bien bueno, de ahí salió la gente nos podio farmacia comunal, se implementó una farmacia comunal y así varias cosas que ellos nos fueron pidiendo que estaba a nuestro alcance se fueron haciendo. Pero todo a través de los diálogos que hicimos esos meses. (C3P3,76)*

*“ha sido un año complejo, desde el año 2019, pero igual el proceso yo lo he podido llevar a cabo y me ha complementado muy bien para poder llegar al público que yo necesito... de tener una planificación de hacer corridas, presencial en la calle del*



*deporte, he tenido que llevarlo todo online, entonces si hemos podido ejecutarlo, poder avanzar con el plan pero quizá no en la parte más optima que es la parte presencial” (C2P1,16).*

*“Yo seguí con las directrices de la referente, a mi me dijeron mira trata de cambiar la mirada a donde vas a enfocar, si igual va a seguir siendo la misma actividad la vas a enfocar de otra manera, entonces yo no cambie por ejemplo planteamientos de los indicadores, no cambie nada, solo lo que cambie la metodología haciendo videos en redes sociales..entonces al final como que te cambia un poco” (C1P1,93).*

## Apoyo Municipal

El apoyo Municipal, entendida como el nivel de involucramiento y participación del municipio como facilitador para la implementación del Plan de promoción de salud, es percibida por los participantes como positiva, donde se establece una relación con el Programa colaborativa y de apoyo para el desarrollo y difusión de actividades y de manera particular en el manejo de los recursos. Sin embargo, está presente la expectativa y deseo que sea mayor su participación, aporte complementario en recursos económicos, facilidad en gestiones administrativas y flexibilidad y apoyo para la consolidación de los equipos con los recursos municipales.

*“Para materializar las acciones se requiere una serie de planificación administrativa y por eso se hace el convenio con la municipalidad... el equipo de promoción no puede hacer por sí mismo una solicitud de pedido ni una contratación, ni un diseño de programa, hay que decretarlo, o sea los trámites administrativos corresponden a la dirección (DIDECO)” (C1,P1,27)*

En la Comuna 4 donde el programa tiene un menor tiempo de implementación, se percibe muy poco apoyo del nivel municipal, reflejado en un rol difuso, con asignación de múltiples tareas y poco tiempo de dedicación por parte del profesional encargado del programa, la falta de un equipo de apoyo para el desarrollo de las actividades y la poca relevancia del programa dentro del nivel municipal.

La voluntad política y sensibilidad del alcalde, concejales y demás equipo Municipal, se considera un elemento que puede ser un facilitador o una barrera, generando variaciones en la ejecución de los Planes de promoción.

*“Yo creo que se le ha dado una relevancia a nivel de la gestión en particular de la administración del alcalde, en este caso que ha permitido, facilitado e impulsado muchas actividades a nivel de herramientas de planificación comunal, como son las ordenanzas, la incorporación de actividades de promoción de salud en el trabajo con los funcionarios municipales, a nivel de la política de recursos humanos...entonces el programa se ha incorporado a las acciones propias de la gestión municipal”(C1P4,38).*

*“El tema político siempre es complejo, a veces estamos en un gobierno de derecha y en un municipio de izquierda no nos facilita las cosas, pero tratamos de*

*profesionalizarlo y resulta. El tema es por ejemplo cuando te ponen límites y no son capaces de ver la realidad de cada comuna” (C2P1,94)*

Las actividades administrativas y de gestión son el eslabón de conexión más mencionado por los participantes, particularmente para los procesos de compra, adquisiciones y finalmente las rendiciones de cuentas.

*“Siempre hay una jefatura, porque la municipalidad trabaja por departamentos, entonces el departamento de Promos está dentro del departamento de deportes, pero por ejemplo, las platas llegan a las cuentas públicas a administración y finanzas, por tanto ahí hay otra directora... entonces administración y finanzas pone una encargada para hacer esa compra, porque le toca a alguien X, el hace la compra y la lleva al contador para ir descontando nuestros dineros... entonces como es un trabajo dentro el municipio nosotros vamos con las reglas del municipio” (C2P1,24)*

*“Municipalmente no existe como un apoyo más allá del tema de aceptación de oficios, es decir que hagamos las compras...que salga rápido, pero burocráticamente el municipio siempre es más lento, siempre se demora, el tema de licitación se nos complica en su momento” (C4P1,29)*

#### Vinculación con el inter sector y otros programas

El trabajo articulado con otros sectores como salud, educación y deporte se dan de manera directa entre los Encargados del programa y sus pares encargados de cada una de las áreas de interés, particularmente para la realización de actividades específicas en que se tengan los intereses comunes. Sin embargo, el trabajo intersectorial no está presente en los niveles de planificación de la manera en que esperarían.

*“Tenemos relación en mesas regionales, acá es donde interactuamos con esos programas, pero hay algunos que están más desarrollada la relación que otros y en el tiempo la relación con ellos ha sido distinta, ha habido periodos, por ejemplo, entre el 2016 y 2018 con el elige vivir sano fue una relación más cercana, después dentro del 2019 hasta la fecha esa relación esa relación ha sido más lejana y así con deportes, pero las instancias están, hay una periodicidad donde nos reunimos con ellos, compartimos cuales son las iniciativas, las estrategias que cada uno tiene, también tratamos de hacer el cruce de esas estrategias de manera de poder poner a disposición de las comunas estas sinergias que se establecen en las instituciones y bueno, ahora por el último tiempo no ha pasado mucho por el tema de la pandemia”(C2P2, 35).*

La relación con los diferentes sectores está matizada por el foco de las actividades propuestas en el Plan de Promoción, en el cual se observa una gran influencia del Encargado desde su rol profesional, su experiencia previa y las líneas de trabajo con trayectoria. De las comunas participantes, tres de ellas mantienen mayor foco y relación en temas deportivos, a su vez que están insertas en las direcciones de deporte municipal o programas relacionados.

Los programas con los cuales más contacto mantienen los participantes son “Elige Vivir Sano”<sup>8</sup> de la Subsecretaría de Servicios Sociales y “Vida Sana”<sup>9</sup> del Ministerio de Salud, sin embargo, el contexto de pandemia ha generado cambios en esta relación.

*“Con Elige Vivir Sano antes que empezara la pandemia teníamos reuniones trimestrales, después de la pandemia ya nos separamos, el Cesfam tuvo que hacer sus cosas y muchas veces ocupaba a los de Vida Sana” (C1P1, 554).*

Los sectores con mayor conexión son deporte (Comuna 2, 3 y 4), seguido de educación (comuna 3) y salud (Comuna1) (no de manera exclusiva, pero si con mayor énfasis). Se releva el trabajo articulado con las instituciones educativas y especialmente a nivel de jardines infantiles en la comuna 3, donde se ha enfocado de manera importante la promoción de la salud a partir de la educación y la promoción de la alimentación saludable y la actividad física.

*Nos cooperamos mutuamente, con los programas del instituto nacional de deportes tenemos coordinación, nosotros hacemos actividades para niños, como programa los apoyamos, o ellos también nos cooperan. Tenemos contacto con vida sana, el instituto nacional de deportes, programas para niños, jóvenes y adultos de diferentes edades (C3P1, 44)*

*“Mi enfoque va de acuerdo a mi especialidad que es el deporte, llega a complementar a tareas de este agente protector que es el deporte, la alimentación saludable y recreacional, llega a complementar actividades municipales, a ejecutar de manera independiente y ahora de forma online”(C2P1,28).*

Por otra parte, la articulación con el sector salud, está presente desde los lineamientos ministeriales, de modo que están establecidos los escenarios de trabajo conjunto y existen metas compartidas entre las partes, facilitando el trabajo intersectorial.

*“A nosotros nos mandata esa pauta que sale del Ministerio de salud a trabajar ciertas actividades puntuales, dentro el eje de promoción de salud, me parece que era ser parte del plan comunal de promoción entonces, ese es como el vínculo más institucionalizado de trabajar con el CAP y con el plan comunal de promoción” (C1P3,16).*

## Orientaciones Ministeriales

El apoyo desde la Seremi para el desarrollo del plan trienal es relevante para una buena implementación, la entrevista realizada el encargado provincial de la Comuna 2 permite identificar algunas actividades y funciones que así lo evidencia:

---

<sup>8</sup> La iniciativa tiene como objetivo promover hábitos y estilos de vida saludable para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas por medio de diversos **programas**, planes e iniciativas. En mayo de 2013, se dictó la Ley-20670 que creó el nuevo “Sistema **Elige Vivir Sano**”

<sup>9</sup> Estrategia que busca reducir los factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares, a través de la modificación de los estilos de vida en el ámbito nutricional y de actividad física en la población que vive, estudia o trabaja en la comuna, inscrita en FONASA, perteneciente a la red de salud municipal.

*“Lo que hacemos nosotros básicamente es transmitir todas las orientaciones, facilitar la suscripción de convenios, facilitar la llegada de los dineros de forma oportuna a las comunas, apoyar las actividades que se realicen, apoyar a través de la figura de la Seremi cuando hay que hacer abogacía con las autoridades comunales de manera que el escenario y el contexto en que se desarrolla el plan trienal sea el más apropiado, también tratamos de asociar un componente comunicacional importante de manera que las acciones del plan sean conocidas en la comuna, en la provincia y si son actividades con una relevancia técnica buena, tratamos de darle connotación regional y la reportamos al Ministerio para que sea considerada como una buena práctica” (C2P2,22).*

Por parte del nivel regional de la Seremi, igualmente se identifica el rol fundamental que se cumple en relación a la comunicación y relacionamiento entre los actores municipales, la Seremi y el Ministerio.

*“La labor mía en estos planes de trabajo tiene que ver básicamente en asesorar al municipio en términos financieros que tiene que ver con las platas que ellos hacen ver a través de documentos formales, que han invertido y también asesorar en términos de la estructura del plan, autorizar en conjunto con el nivel regional ciertas inversiones que de pronto se alejan de la planificación inicial y ahí es donde nosotros tenemos que ir corrigiendo, tenemos que ir conversando con los equipos para poder orientar este trabajo y ver en que nos permite invertir este plan de trabajo, por tanto yo lo veo como que soy un nexo entre el municipio con sus equipos de promoción con la Seremi de Salud y así la Seremi de salud con el Ministerio, soy una especie de nexo, así lo siento yo, el nexo mas cercano a la inversión local”(C2P3,12).*

En general los participantes de los niveles directivo y encargados de programa, perciben que las orientaciones del Ministerio de Salud son claras y que la relación con la SEREMI es óptima. Los participantes del equipo gestor y/o intersectorial, en su mayoría, manifiestan no tener mucha información al respecto.

*“La Seremi super bien, yo no tengo nada que decir de la Seremi, por ejemplo, cuando he tenido problemas financieros o que no entiendo bien, ningún problema. Los de la Seremi estan súper bien evaluados por nosotros por lo menos, son profesionales secos” (C1P1,48).*

*“De abajo hacia arriba podríamos discutir que la información de pronto se traba en algunos pasos, pero si debo decir que la comunicación para poder desarrollar estos planes ha sido orientada de buena manera, al menos yo no tengo reparos al respecto” (C2P3,30).*

*“Nosotros siempre hemos tenido relación con la Seremi, nunca con el Ministerio, porque el Ministerio tiene relación con la Seremi no más, solamente con la Seremi en ese ámbito” (C3P2,26)*

Algunos de los encargados de programa mencionan un aspecto puntual, referido a la descoordinación para el concurso del último trienio que terminó realizando asignación siguiendo los estándares de los trienios anteriores, lo cual generó una percepción de falta de coordinación entre el nivel central y regional. Este hecho se informa como parte de los hallazgos sin que se evidencie por otra información recolectada, algún tipo de impacto en el proceso de implementación del Programa de Promoción.

*“Yo creo que donde está el mito es en el Ministerio, que a veces no da la información clara, entonces la Seremi también está esperando las directrices del ministerio, entonces como está esperando hace que los procesos se atrasen, entonces ellos obviamente dependen del ministerio para que les dé ciertas directrices o las cosas que tengan que enviar” (C1P1,48).*

El anterior escenario, parece relacionarse directamente con un hecho puntual, el proceso de postulación a fondos para el trienio 2019-2021, donde el Ministerio de Salud se retractó frente a un proceso que ya había sido iniciado por todas las comunas, el cual les había exigido un gran esfuerzo y trabajo, lo cual generó inconformidad y sensación de inconsistencia, afectando la imagen que se tienen del nivel central en cuanto a los procesos y orientaciones emitidas.

*“El plan de este trienio fue un concurso, y tu podías concursar hasta 100 millones, pero fue una muy mala idea y al final no se concretó; nosotros postulamos a todas las cosas para poder quedar y después cuando dijeron repostular el proyecto que era de 100 millones a 10 millones, fue un desastre, yo mantuve las actividades, pero con poco recurso” (C2P1,34).*

*“Al principio del año 2019 querían hacer una especie de postulación a una cantidad de dinero y las comunas que tuvieran mejor plan, mejores ideas, mejor presentación iban a acceder a las platas, e iban a quedar algunas comunas que no iban a tener el financiamiento, y bueno hubo una serie de cosas ahí de reclamos e insatisfacciones y finalmente la subsecretaría optó por volver al modelo tradicional que era una asignación fija por el número de comunas que quisieran participar, entonces eso nos desgasto mucho porque tuvimos cerca de 8 meses trabajando en este modelo de concurso y finalmente cuando llego a su fin se desbarato eso y tuvimos que acceder a la forma tradicional de hacerlo, ahí se perdió mucha energía y se perdió mucho tiempo también porque nosotros teníamos que haber empezado en mayo del 2019 y finalmente empezamos en octubre del 2019 a ejecutar el plan”(C2P2,34).*

Respecto al rol de la SEREMI, es uno de los elementos mejor evaluados por todos los participantes, relevan su cercanía y apoyo, la comprensión por parte de los actores regionales frente a los procesos municipales, la comunicación y difusión de actividades, la flexibilidad y mediación que juegan a nivel central brindando acompañamiento a los Encargados de Programa, lo cual es valorado como muy positivo.

*“Si buena la relación, con el equipo de la Seremi he tenido siempre contacto, y yo siempre digo que me tiene paciencia...porque es como nadar contra la corriente...es complicado, no es fácil. Entonces la relación con ellos ha sido buena, siempre hemos tenido contacto permanente, cuando hay que cambiar algo, modificar algo, hemos pedido la solicitud a ellos, y siempre nos han escuchado, lo ven y tenemos la respuesta, hemos tenido reuniones, entonces hemos tenido buena relación, buena comunicación” (C3P1,40).*

Respecto a las orientaciones Ministeriales, los participantes en el nivel directivo plantean desafíos alrededor de las secuelas y repercusiones que deja el movimiento

social y la pandemia en la salud de las comunidades, proponiendo cambios en los lineamientos que los contemple.

*“Con pandemia y con estallido social las orientaciones del próximo trienio van a tener que ser muy repensadas y quizá partiendo con diagnósticos, muchos más comunitarios para poder ver cómo están las condiciones o cómo podemos sacar adelante, porque todo lo que hacemos nosotros es para sacar adelante los problemas de salud, obesidad, sedentarismo, malnutrición por exceso, falta de actividad física, todo eso, como lo podemos abordar” (C2P2, 48).*

## CONTEXTO INTERNO

### Estructura organizacional

Respecto a la estructura organizacional en la que se inserta el programa en las comunas evaluadas, los participantes refieren que el programa está bajo la Dirección de Desarrollo Comunitario-DIDECO, en el caso particular de la Comuna 1 donde no hay salud municipal, se articula al Centro de Atención Preventiva Comunitaria Municipal-CAP, el cual a su vez también depende de DIDECO; en las tres comunas restantes, está bajo la dirección del Departamento/oficina de recreación y deporte.

*“En el caso de (Encargada de programa), es la encargada de deportes municipal y eso le da una posición en el municipio distinta a la que le da una nutricionista que atiende pacientes en el Cesfam, y que tiene a lo mejor un grado de llegada a dependencias municipales distintas, en ese sentido la Encargada tiene una posición ventajosa para el desarrollo del plan trienal, porque ella se codea con otros encargados, el encargado de jardines infantiles, el encargado de proyectos, todo eso le da la posibilidad de establecer alianzas con otros y otros también la buscan a ella, o sea finalmente el plan trienal está mucho más expuesto en el ámbito del equipo municipal (C2, P2, 42)*

Los canales de comunicación suelen ser informales entre los Encargados de Programa y las jefaturas, así como con los representantes del intersector, prevaleciendo la comunicación directiva y el establecimiento de alianzas para el desarrollo de actividades y logro de metas comunes.

*“nuestro contacto con el municipio es más bien por vínculos personales por sentido de colaboración entre los profesionales más que una relación más bien institucional formal” (C1P3,12.)*

Los participantes reconocen que el contexto de pandemia ha generado cambios en las comunicaciones, enfriado las relaciones con el intersector y el apoyo con otros programas, se percibe actualmente un trabajo desarticulado y enfocado cada uno en sus metas, sin embargo, algunos refieren que en el pasado las relaciones eran mucho más estrechas y positivas.

En este contexto, las relaciones organizacionales pasan por las habilidades interpersonales de los encargados de programa, su permanencia en el cargo, reconocimiento humano y laboral por parte de las jefaturas y otras variables que intervienen en las relaciones formales dentro de la organización.

*“muchas veces este funcionario que es un profesional tiene una escala jerárquica dentro de su institución que no siempre le permite posicionar el tema de la promoción entre sus pares y en el equipo de salud del establecimiento, muchas veces tiene que recurrir al apoyo de la jefatura y la jefatura no siempre tiene la sensibilidad como para apoyar los contenidos de promoción y en ese sentido digamos esta figura del encargado de promoción queda un poco disminuida, por ambas situaciones, porque no tiene dedicación horaria exclusiva y porque muchas veces jerárquicamente no tiene como las herramientas para poder darle relevancia al tema (C2P2,26)*

Un aspecto positivo percibido por los participantes a nivel organizacional, es la capacidad de adaptación y flexibilidad frente a contingencias como las vividas con el estallido social y la pandemia, lo cual les permitió una rápida respuesta para adecuar actividades y continuar con la implementación del programa.

### Configuración de los equipos

De los encargados de programa entrevistados, 3 tienen entre 6 y 10 años en el cargo, y uno inició en el último trienio, se destaca el aporte desde su experiencia previa, el conocimiento del contexto local, los procesos administrativos y de planificación para el desarrollo de los planes de promoción. La estabilidad de los encargados, así como de los niveles directivos son considerados un facilitador para la implementación.

*“Mira, lo que pasa es que yo como llevo harto tiempo ya se cómo por dónde va la cosa cuando la municipalidad, o lo que necesita la comuna” (C1P1, 36).*

Su situación contractual es por honorarios a través del municipio y su carga laboral se distribuye en su mayoría 22 horas para labores administrativas y coordinación del programa de promoción y el restante para actividades como dirección y/o coordinación de programa de deporte; apoyo actividades de salud (nutricionista) u otras actividades o programas municipales. No ocurre lo mismo en la Comuna 4 con menor tiempo de implementación del programa, donde el Encargado asume múltiples funciones para el municipio y otros programas, sin un tiempo protegido para el desarrollo de las actividades del Plan de Promoción para la Salud.

*“Bueno, muchas veces el encargado de promoción es una persona que tiene otras funciones, además, por ejemplo, si es un nutricionista tiene que atender pacientes, tiene que llevar una agenda, es parte de un equipo de salud de un Cesfam, por lo tanto, él no puede tener una dedicación exclusiva al tema de promoción, esa es una primera dificultad” (C2P2,26)*

En este contexto, se percibe como una barrera el no contar con una disponibilidad exclusiva para la implementación del Plan de Promoción y ante situaciones contextuales como la pandemia, los esfuerzos y recursos (humanos) se desplazan a otras metas, alterando el desarrollo del programa. Por otra parte, en algunos casos el tener cargos compartidos les permite posicionar a nivel municipal el programa de

promoción, articular y optimizar las acciones y agilizar la gestión de recursos para el logro de las metas.

*“yo trabajo en la municipalidad, tengo un contrato por honorarios, trabajo directamente con el programa de salud de la municipalidad, en deportes y recreación mi cargo es gestor deportivo y ahora me lo cambiaron a profesional administrativo de salud, generalmente trabajo las 45 horas full en la municipalidad” (C4P1, 15.)*

Un elemento que sobresale es la ausencia de un equipo gestor permanente para la implementación del programa, sumado a la asignación de recursos que permite la contratación del personal de apoyo solo durante unos meses del año, perdiéndose su participación en procesos de planificación y gestión. Lo anterior, se percibe como una barrera para la implementación del programa.

*“Pero ellos jerárquicamente no tiene un equipo a cargo son un profesional más, no es que ellos dispongan de una maquinaria de recursos humanos para decir ya tú te vas a dedicar a esto, tu a esto, tu eres el encargado de comunicaciones, de finanza, etcétera, no hay nada de eso y en ese sentido si bien está el apoyo de sus pares y de su jefatura digamos son apoyos que son circunstanciales, de hecho si hay un encargado de promoción en una comuna es que sea más bien apático que tenga poca llegada con las personas, probablemente esa persona también va a tener poco apoyo dentro el equipo donde se desarrolla”(C2P2,28).*

## INDIVIDUOS INVOLUCRADOS

Las características de liderazgo y compromiso sobresalen en los discursos de los participantes, se muestran motivados por su trabajo y le otorgan sentido a la promoción de la salud como un beneficio a la comunidad que se traduce en el agradecimiento por parte de los grupos con los cuales interactúan.

*“Me gusta trabajar con la comunidad, estar en territorio, estar con las personas y que te puedan decir, mira qué bueno que están haciendo esto porque nos ayuda a saber cómo comer saludable porque nosotros comemos puro arroz y papa y no sé qué, entonces si te ayuda, te ayuda que esta persona te lo agradezca” (C1P1, 72).*

El trato humano y la sensibilidad frente a las necesidades de la comunidad sobresalen como características personales de los Encargados de programa, mostrando interés en posicionar el programa a nivel territorial y configurarse como un verdadero aporte.

*“Lo que nosotros hacemos es que golpeamos la puerta de su casa y vamos (en su momento 2019-2020) y le decimos que nosotros somos una unidad confiable que se gana como el cariño de la gente, pero ese contacto que se perdió este año, es lo que más nos escriben por redes actualmente, dicen porque ya no están acá, queremos verlos a ustedes de nuevo a acá, entonces yo creo que gracias a este programa de promoción de salud, llegamos a sus casas” (C4P1, 55).*

Los Encargados de programa se caracterizan por un amplio conocimiento del contexto local, de las necesidades de la comunidad, que los posiciona ventajosamente al



momento de planificar, establecer relaciones con actores relevantes para la implementación y la gestión de los recursos, lo cual es percibido como una fortaleza.

*Mira, lo que pasa es que yo como llevo harto tiempo ya se cómo por dónde va la cosa cuando la municipalidad, o lo que necesita la comuna (C1P1, 36)*

El proceso de implementación se ve favorecido por las relaciones interpersonales que los Encargados de programa establecen con los representantes del intersector, de otros programas y de las comunidades, lo cual facilita la coordinación para el desarrollo de actividades conjuntas, generando un ambiente de cooperación, alcanzando un sentido de horizontalidad que repercute positivamente, genera confianza y los posiciona en el territorio con una figura de liderazgo.

*“los centros de salud primarios tienen como característica un equipo de salud que es bastante horizontal conformado por profesionales de diversas áreas de la salud, en general son equipos más bien horizontales que son muy apoyadores de las tareas, del equipo y en ese sentido lo que a mí la impresión que me ha dado es que los equipo tienen el apoyo de sus pares para desarrollar y sacar adelante sus tareas, pero por un sentido de solidaridad profesional digamos o de entender la importancia (C2, P2, 28).*

Ante la ausencia de un equipo gestor, el apoyo de compañeros y otros actores del intersector son los mayores aliados para lograr desarrollar las actividades. Se destaca el trabajo solidario, cooperativo y desinteresado para el logro de los objetivos, aun haciendo uso de horas de trabajo fuera de su jornada laboral o usando sus recursos propios.

*“Yo me desocupo y tengo un momento libre y lo trabajamos juntos, o lo hemos trabajado después de nuestro trabajo donde nos quedamos un par de horas más para avanzar en ciertas cosas, pero así netamente dentro del contrato que diga que yo tengo que trabajar en el plan salud, que tengo que dedicarle ciertas horas, no está” (C4P2, 52)*

*“Yo creo que al menos la fortaleza es este pequeño equipo de cinco personas que estamos en el momento es el corazón que le ponemos al área del deporte y voy a estar siempre al 100% cuando me lo requieran ...porque todavía no podemos ser compañeros de trabajo de plan salud por decir algo, le ponemos todo el corazón y yo creo que es la mejor fortaleza que podemos tener como equipo” (C4P3,56)*

## PERCEPCIÓN DEL ESTUDIO COMPLEMENTARIO

El diseño del programa Planes de Promoción para la Salud de Municipios, Comunas y Comunidades Saludables incluye la evaluación como elemento transversal en todas las etapas del proceso, lo que supone una familiaridad con procesos evaluativos, sin embargo, la metodología utilizada en el estudio complementario, permitió a los participantes expresarse libremente, sentirse críticos y reflexivos frente a su rol estimulando cambios positivos. La presente categoría surgió como parte del discurso

de los entrevistados al hacer referencia a la entrevista en que participaban y al considerarla parte de un proceso evaluativo.

Aun haciendo claridad del marco en que se realiza el presente estudio, y de los objetivos, algunos participantes relevaron el tema del seguimiento y realizaron algunos aportes de interés para la evaluación interna.

En la etapa de implementación se estipula una evaluación anual de resultados esperados mediante la aplicación de instrumentos orientados a indicadores, sin embargo, los participantes, encuentran que podría ser apropiado una evaluación más cualitativa, no solo centrada en la rendición de los recursos económicos, sino que efectivamente dé cuenta de los procesos de articulación con el intersector, el nivel de participación de las comunidades y releve el cumplimiento de las acciones locales.

*“A lo mejor eso le falta al ministerio, pedirnos una carpeta online o física de todas las cosas que hemos hecho porque en el fondo es gracias al ministerio que hemos podido hacer todas estas actividades y a lo mejor ni siquiera los saben” (C2P1,138).*

*“Quizá una evaluación a medio camino quizá una encuesta, un correo, que sintamos que hay una evaluación quizá semestral, porque como es todo un año...para saber si estamos encarrilándonos bien, que nos falta, me entiende, quizá por eso, una evaluación promedio y evaluaciones como le digo diferenciadoras de acuerdo a la realidad de cada comuna” (C4P1,65).*

## VIII. RESULTADOS POR COMUNA

En el Anexo 4 se presenta una síntesis por comuna en relación a aspectos relacionados con los actores relevantes que participan en la implementación del Programa, las características del proceso de Planificación y las actividades propuestas en el Plan, así como las barreras y facilitadores hallados.

Es importante resaltar que, bajo ningún criterio, la información recolectada en el presente estudio complementario permite algún tipo de generalización, pues se consideran escenarios muy diversos, con características sociales, culturales, políticas, administrativas y económicas que responden a una realidad local heterogénea entre las comunas evaluadas.

## IX. CONCLUSIONES

En general, el Programa Planes de Promoción de la Salud para Municipios, Comunas y Comunidades Saludables recibió una positiva valoración por parte de los diferentes actores entrevistados, se percibe un alto compromiso del equipo responsable de la implementación en los diferentes procesos, orientado al cumplimiento de metas y

logrando el involucramiento de la comunidad especialmente en el desarrollo de las actividades.

Se destacan la articulación existente con Departamento y/o programas de carácter deportivo, generando actividades con mayor énfasis en esta área. Algunos facilitadores incluyen la trayectoria y estabilidad en el cargo de los Encargados de programa, el nivel de conocimiento de las necesidades locales y expertice para la planeación y gestión. La óptima y cercana relación con la Seremi y el trabajo intersectorial es percibido como elementos facilitadores para la implementación.

Además, se identificaron algunas barreras que plantean desafíos importantes, especialmente con relación a la consolidación de los equipos y una mayor participación por parte de la Municipalidad, particularmente en apoyos a nivel de gestión y disminución de la burocracia.

## ANEXO 1

### **PAUTA ENTREVISTA ACTORES CLAVES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA PLANES DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD DE MUNICIPIOS, COMUNAS Y COMUNIDADES SALUDABLES. (MCCS)**

#### **Encuadre:**

“¡Buenas Tardes! Muchas gracias por haber aceptado participar en esta entrevista que hace parte del estudio complementario para la evaluación que realiza el Panel de expertos del Programa Planes de Promoción para la salud de Municipios, Comunas y Comunidades Saludables.

El objetivo de la presente entrevista es tener una comprensión más amplia del proceso de implementación del programa desde una mirada local y de ustedes como actores claves, de modo que sus percepciones y experiencia son de gran importancia para el proceso.

Esta entrevista tiene una duración aproximada 50 a 60 minutos. Es absolutamente voluntaria y usted puede decidir contestar o no las preguntas, así como darla por terminado en el momento que desee. La información que compartamos en este espacio es absolutamente confidencial y sólo será manejada por el equipo evaluador.

#### **Preguntas base**

##### **Percepción global de la implementación**

1. Por favor, cuénteme -resumidamente- ¿cuál es su rol dentro del programa y cuáles son sus funciones o actividades en el programa de Promoción de Salud para MCCCS?
  - a. ¿Cómo es la distribución de tiempos y tareas desde su rol?
  - b. ¿Cuánto tiempo lleva como parte del programa? (en el mismo cargo u otros)
  
2. ¿Cómo está conformado el equipo responsable de la implementación del programa Planes de Promoción de Salud para MCCCS en su Municipio o Comuna?
  - a. ¿Cómo se sitúa organizacionalmente el equipo de Promoción de la salud en la comuna?
  
3. ¿Cómo se planifica y se procede para el desarrollo del Plan para la Promoción de la salud?
  - a. ¿Cómo se seleccionan las actividades específicas a incluir?
  - b. ¿Qué factores facilitan este proceso?
  - c. ¿Qué factores obstaculizan este proceso?
  - d. ¿Cuál crees que es el aporte más relevante que el programa hace a la comunidad?

4. ¿Cómo se relacionan el área de promoción de la salud con el Municipio; la SEREMI y MINSAL?
  - a. ¿Cómo es la relación entre la Seremi y Minsal y su apoyo para el desarrollo de los Planes de Promoción de salud?
  - b. ¿Cómo se coordinan con otros programas gubernamentales que operan a nivel local, por ejemplo, con Elige Vivir Sano, con el PMU, o con los programas del Ministerio de Deporte?
  - c. ¿Cómo es la comunicación en los diferentes niveles central y regional?
5. ¿Cómo es el trabajo intersectorial en la implementación del programa?
  - a. ¿Con qué tipo de organismos (municipales, públicos, privados, comunitarios) trabajan más cercanamente?

### **Componente participación comunitaria para el empoderamiento**

6. Según su percepción, ¿cuál es el nivel de organización y participación de la comunidad para el desarrollo de los planes de promoción de la salud?
  - a. ¿las organizaciones comunitarias participan de los procesos de planeación y ejecución de actividades?
  - b. ¿Cuál es el valor que tiene la participación de la comunidad en el desarrollo de los planes de promoción de la salud?

### **Barreras y facilitadores**

7. En términos generales, ¿Cuáles considera usted que son las principales barreras para la implementación del programa a nivel local?
8. ¿Cuáles considera usted que son los principales facilitadores para la implementación del programa?
9. ¿Desde su rol, qué cambios realizaría en el programa? bien sea a nivel general del programa como a nivel local para mejorar la implementación.
10. Cómo ha impactado el contexto de estallido social y la Pandemia en el proceso de implementación del programa, la reorganización de las actividades/tareas.

## ANEXO 2

### **DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO DE EQUIPO IMPLEMENTADOR DEL PROGRAMA “PLANES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA MUNICIPIOS, COMUNAS Y COMUNIDADES SALUDABLES” “Estudio complementario”**

#### **ENTREVISTA INDIVIDUAL**

#### **PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO Y CONSENTIMIENTO**

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar o no, en una entrevista individual que forma parte de un estudio complementario para la evaluación gubernamental (EPG) del programa Planes de Promoción de la Salud para Municipios Comunas y Comunidades Saludables del Ministerio de Salud, realizado por la DIPRES y un Panel de Expertos.

El objetivo del estudio complementario es “analizar las percepciones de actores claves en el proceso de implementación del programa a nivel local” que permita tener una mejor comprensión del proceso de implementación a nivel territorial. Por tanto, considerando su rol lo invitamos a que comparta sus percepciones, experiencias y valoraciones sobre el proceso de implementación del Programa en su Municipio.

Si usted acepta participar, deberá ser parte de una entrevista online la que le tomará aproximadamente 50 a 60 minutos. Con este sistema online se realizará una entrevista individual en que se tratarán temas relacionados a percepciones sobre distintos aspectos del Programa, incluyendo elementos relativos a su implementación, el nivel de participación comunitaria y barreras y facilitadores en el proceso.

Su participación en este estudio no contempla beneficios personales directos ni riesgos asociados a esta y es completamente voluntaria. Usted puede dejar de responder, o abandonar la video conferencia en cualquier momento.

Las entrevistas individuales y grupales serán grabadas y transcritas, se resumirán sus contenidos y luego serán analizadas.

Toda su información será tratada con la máxima protección y confidencialidad. Sus respuestas no quedan asociadas a su nombre. Toda la información que usted entregue será usada exclusivamente para los propósitos de este estudio.

Los resultados obtenidos serán eventualmente publicados y podrían ser presentados en conferencias, sin embargo, la identidad de los participantes no será revelada.

Si usted tiene preguntas sobre este documento de consentimiento o sobre el estudio, por favor contactar a el Jefe del departamento de evaluación de la DIPRES, Dr Rodrigo Díaz Mery al teléfono (56-2) 2826 2666 - 2826 2671 rdiazm@dipres.cl y/o a la consultora responsable del estudio Complementario Ps. Mónica Molina Garzón al +56 956845418 mmmolina2@uc.cl.

A continuación, indique su interés en participar o no en este estudio.

SÍ, acepto participar \_\_\_\_\_

NO, no acepto participar \_\_\_\_\_

### ANEXO 3

Sistema de códigos	C4	C3	C2	C1
características de la intervención y proceso	●	●	●	●
proceso de planificación	●	●	●	●
participantes en planificación	●	●	●	●
plan-problema abordado1	●	●	●	●
aporte del programa	●	●	●	●
duplicidad	●	●	●	●
población objetivo	●	●	●	●
actividades	●	●	●	●
Participación comunitaria 5	●	●	●	●
contexto externo	●	●	●	●
pandemia2	●	●	●	●
estallido social2	●	●	●	●
nivel de involucramiento del municipio	●	●	●	●
relación la con seremi -minsal2	●	●	●	●
relación y apoyo la con seremi -municipalidad	●	●	●	●
relación con otros programas	●	●	●	●
trabajo intersectorial2	●	●	●	●
deporte	●	●	●	●
salud	●	●	●	●
educación	●	●	●	●
Contexto interno	●	●	●	●
equipo 3	●	●	●	●
distribución de carga	●	●	●	●
estructura organizacional	●	●	●	●
Individuos involucrados	●	●	●	●
comunicación entre el equipo gestor	●	●	●	●
características individuales rol4	●	●	●	●
liderazgo de los encargados 4	●	●	●	●
OTROS	●	●	●	●
Facilitadores	●	●	●	●
Barreras	●	●	●	●
para el trabajo intersectorial	●	●	●	●
para la implementación	●	●	●	●
para el logro de objetivos	●	●	●	●
recursos (humanos, económico)	●	●	●	●
Desafíos 8	●	●	●	●
concurso planificación 2018	●	●	●	●
percepción de la evaluación	●	●	●	●

ANEXO 4

CRITERIO COMUNA	Actores	Planificación	Actividades	Barreras	Facilitadores	Otras observaciones
<b>C1</b>	Está bajo la coordinación del Centro de Atención Preventiva-CAP de la Municipalidad, quien a su vez depende de la Dirección de Desarrollo Comunitario-DIDECO. Cuenta con un encargado.	Se basa en información de las necesidades de la comunidad suministrada por comités, integrados por representantes de los Centros de Salud Familiar - Cesfam, encargado de promoción de salud, encargado de deporte, Dideco y un representante de educación. En el último trienio la herramienta MIDAS favoreció el proceso de la planificación.	Se determinan de acuerdo con las necesidades locales, la experiencia y trayectoria de los trienios anteriores, teniendo como base la reducción de la obesidad y sobrepeso de la población, con intervenciones que promueven la actividad física y la alimentación saludable. Se refiere duplicidad de actividades con el programa Vida Sana, debido al enfoque de intervención que tiene.	Escasa comunicación con el nivel central. Demoras en los tiempos de entrega de los recursos financieros, retrasando la implementación y desarrollo de las actividades.	El apoyo de la comunidad, quienes reconocen el programa y su aporte con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.	Implementado desde el año 2015.  Se considera por los entrevistados que el plan debe continuar y seguir creciendo, acoplándose con otros programas gubernamentales.
<b>C2</b>	El plan se desarrolla desde el programa municipal de promoción de salud y el departamento de deportes. Cuenta con una persona encargada.	Para el último trienio se contó con un equipo interdisciplinario, conformado por un asistente social, un integrante de la corporación de salud, un nutricionista y una matrona.	Definidas de acuerdo con las necesidades locales, la experiencia de planes de promoción anteriores y teniendo como enfoque la actividad deportiva, la alimentación saludable y lactancia materna. A nivel de Seremi provincial plantea la	Falta de articulación con el intersector, especialmente con salud y educación; así como con otros programas gubernamentales.	Se reconoce la trayectoria de la encargada, y su vinculación como directora de la unidad de deporte, lo que permite potenciar las actividades y complementarse	El plan es percibido como esencial ya que permite potenciar las actividades de la comuna con los recursos financieros que aporta.



			necesidad de atender otras necesidades emergentes del territorio como el cuidado medioambiental, habilitación de espacios públicos, y temas de salud mental, trascendiendo mayormente a la actividad física.		para el logro de los objetivos. Se destaca la estabilidad en los cargos a nivel de SEREMI, lo cual se percibe como un aporte para el proceso de implementación.	
<b>C3</b>	Cuenta con un encargado, bajo la coordinación del Director de Deportes. En la línea administrativa, se encuentran bajo la Dirección de Desarrollo Comunitario-DIDECO	Para el último trienio la planificación se realizó a través de la plataforma (MIDAS) que estandariza los problemas de la comunidad.	las actividades se enfocan a la población menor de 10 años de edad, razón por la que se trabaja principalmente con jardines y escuelas, desarrollando actividades en componentes de actividad física, alimentación saludable, espacios libres de tabaco, componente psicosocial y educativo en promoción de la salud y vida saludable.	Se percibe que la segmentación de población incluida en la planificación en la plataforma MIDAS restringe el trabajo con otros grupos de interés. Se percibe por parte del entrevistado falta de eficiencia en el suministro de información clara sobre datos estadísticos de la realidad de la comuna frente a problemas de salud, obesidad y sobrepeso que les permita realizar una planificación más realista.	La participación activa de la comunidad, particularmente de los beneficiarios directos en jardines y escuelas, pero también la inclusión de los apoderados, quienes participan activamente y se benefician de todas las actividades	Desarrollado por más de 15 años.  El Plan de Promoción aporta a la comunidad desde la educación, la sensibilización a la gente sobre la alimentación saludable.  Se considera que el Plan de Promoción de Salud puede mejorar si se deja de considerar un programa y se consolida como un plan institucional estable, con lineamientos claros, enfocados a la promoción de la

						salud, aportando a su sostenibilidad a largo plazo.
<b>C4</b>	El plan de promoción está bajo el encargo del programa de deportes y recreación del municipio, y éste a su vez bajo al DIDECO	Para la planificación se tuvo en cuenta la plataforma MIDAS, en la cual se asignaron las metas y actividades enfocadas a hábitos y habilitación de espacios saludable. Previamente se realizó una encuesta para identificar las necesidades de la comuna.	Se destacan las acciones relacionadas con la recuperación de los espacios, la habilitación de zonas para actividad física y deporte y las cápsulas de lactancia que responden a las necesidades sentidas de la población	La plataforma MIDAS es percibida como una herramienta que ayuda a la planificación, sin embargo, otros la encuentran poco amigable y compleja para su uso, el proceso de capacitación les permitió comprender el funcionamiento de la herramienta.  La falta de recurso humano representa la mayor dificultad para la ejecución del plan. El estallido social y la pandemia por Covid - 19 impidieron llevar a cabo las actividades planeadas y se hizo más evidente la reorientación del equipo a actividades del plan covid.	La relación con la Seremi es percibida como buena, manifiestan mantener una comunicación directa, destacando ampliamente el apoyo de la Encargada de Seremi.	Se implementa por primera vez en el trienio de 2019 - 2021. el plan de promoción aporta positivamente a la comunidad, desde los diferentes frentes de implementación como, actividad física, vida sana y salud mental; adicional a los recursos financieros con los cuales cuenta el programa.