

**RESUMEN EJECUTIVO
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 BARQUÍN (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

NOMBRE PROGRAMA: Planes de Promoción de la Salud para Municipios, Comunas y Comunidades saludables (MCCS)
AÑO DE INICIO: 1998
MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Salud
SERVICIO RESPONSABLE: Subsecretaría de Salud Pública

RESUMEN EJECUTIVO

PERÍODO DE EVALUACIÓN: 2017-2020

PRESUPUESTO PROGRAMA AÑO 2021: \$4.578 millones¹.

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). El servicio responsable de su diseño y ejecución es la Subsecretaría de Salud Pública², a través del Departamento de Promoción de la Salud de la División de Políticas públicas Saludables y Promoción y no tiene plazo de término.

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 programa³.

Un PTPS constituye el instrumento de gestión de la estrategia MCCS, a través del cual se crean y mejoran entornos saludables en el territorio, ya sean físicos, sociales o informativos⁴. 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 en el cuerpo del documento evaluativo. 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

¹ El presupuesto 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. A este presupuesto deben agregarse los aportes extrapresupuestarios (municipales) estimados por \$4.227.789 millones para el año 2021. El programa recibe aportes extrapresupuestarios a lo largo de todo el período de evaluación.

² Mientras que desde la Subsecretaría de Salud Pública se formula, monitorea y evalúa el programa, entre la Seremi y la Municipalidad se establecen los compromisos relacionados con los objetivos establecidos en la estrategia MCCS

³ 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.

⁴ Entornos físicos: corresponden a las características físicas de las veredas, calles, áreas verdes; Entornos sociales: características de las relaciones sociales entre los residentes, la participación en organizaciones, el involucramiento comunitario y el empoderamiento; Entornos informativos: acceso a la información sobre la oferta y disposición de alimentación saludable, y espacios y programas para la actividad física en los entornos cotidianos.

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.

Los PTPS son parte de la oferta programática del Sistema Elige Vivir Sano (Ley N° 20.606). Actualmente el programa se ejecuta en 340 Municipalidades del país, con una cobertura nacional del 98,6% para el trienio 2019-2021.

A nivel de **Fin**, el Programa busca “Contribuir a aumentar el número de personas con factores protectores para la salud⁵ 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 saludables⁶”.

Los PTPS son elaboradas por los municipios utilizando la metodología de marco lógico. Esto requiere que los equipos municipales sean capaces de reflexionar sobre el territorio, los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida a nivel local, y de 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 establecidos⁷. La ejecución de las actividades se agrupa en torno a 4 componentes:

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/o optimizar espacios públicos, infraestructura y equipamiento, con involucramiento directo de las personas que son parte de aquellos entornos. 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

⁵ 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

⁶ 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

⁷ La asignación de recursos ocurre en 2 etapas principales: i) Asignación de recursos a las regiones en base a asignaciones históricas, ii) Distribución del total de recursos regionales entre comunas en base a un Índice Comunal de promoción de salud y un esquema de distribución de remanentes.

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).

Los componentes son 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: i. Municipio analiza/actualiza diagnóstico participativo; ii. Priorización/selección de actividades genéricas y de actividades específicas; iii. Municipio planifica de acuerdo a presupuesto asignado.

Fase de Ejecución: i. Transferencia de fondos a las comunas; ii. Desarrollo /ejecución de actividades específicas; iii. Difusión del PTPS.

Fase de evaluación: Evaluación anual/ trienal

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

▪ **Población potencial y objetivo**

La población potencial del programa corresponde a la población total del país. En tanto, el carácter universal del programa hace que su población objetivo sea equivalente a la potencial⁸. También debe considerarse la población intermedia correspondiente a 340 municipios (99%), en tanto en 6 comunas no implementa el programa (Arica, Andacollo, La Cruz, Primavera, Timaukel y Antártica)

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
2017	18.419.192
2018	18.751.405
2019	19.107.216
2020	19.458.310
% Variación 2017-2020	5,64%

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

⁸ Tal como ha sido señalado por abundante literatura, las mejoras de los entornos mejoran las condiciones de toda la población

▪ **Antecedentes presupuestarios y fuentes de financiamiento**

En adelante, todas las cifras que se describen, se encuentran expresadas en pesos 2021.

El MCCS presenta, para el período 2017-2021, un presupuesto anual promedio de \$4.963.540 (M \$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 (M \$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 y por otro, 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. El Programa, además, recibe aportes extrapresupuestarios de las entidades ejecutoras (municipios) que representan un 46% de sus recursos disponibles.

2. Resultados de la Evaluación

▪ **Justificación y Estrategia del programa**

En 1997 el problema que dio origen al programa fue el aumento de la morbilidad y mortalidad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), cuyas causas fundamentales son las conductas no saludables (sedentarismo y mala alimentación) en toda la población del país. Actualmente y posterior a una reformulación, 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. El panel considera que lo anterior se sustenta en sólidas evidencias, principalmente:

- Alimentación 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 adulta 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 dieta⁹.

- Poca actividad física: En el período 2016-17, un 13,3% de la población nacional 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, la sigue el grupo de 25 a 44 años, que sí mostró un aumento entre el 2009 y el 2016-17, de 9,3% a 15,6%¹⁰.

Al mismo tiempo, la evidencia actual indica que los entornos físicos, sociales e informativos en los que se desenvuelven las personas a diario son los principales responsables de sus conductas alimentarias y de actividad física¹¹. Por esto, el Programa se centra en transformar dichos entornos (abordar “las causas de las causas”), siguiendo una lógica de determinantes sociales de la salud, a través de la Estrategia de municipios, comunas y comunidades saludables (MCCS), que busca fortalecer el rol del Municipio como un actor estratégico para mejorar los resultados en salud, utilizando una herramienta de gestión que consiste en los PTPS.

En el diseño se identifican algunas barreras para el logro de la cobertura efectiva y de la equidad de acuerdo al Modelo de Evaluación de cobertura de Tanahashi:

- Población sin acceso al Programa, porque sus comunas se han autoexcluido por no priorizar esta línea de acción programática o han sido eliminadas por no cumplimiento de los convenios establecidos.
- 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, ya que, si bien se incorporan actividades específicamente diseñadas para ellas, no se encuentran protocolos sistematizados que resguarden la participación o uso efectivo de instalaciones o iniciativas sensibles a condiciones de acceso.
- Índice Comunal (parte central del mecanismo de asignación de recursos) con alta heterogeneidad regional, resultando en asignaciones presupuestarias comunales que son sensibles a las variables y ponderaciones seleccionadas para la distribución de recursos dentro de cada región, y que pueden ser fuente de inequidad entre territorios.

En el territorio, el Programa es percibido como un aporte a la comunidad, tanto en promoción de salud como en la prevención de problemáticas locales que no necesariamente se relacionan de manera directa con las áreas de promoción habituales, como actividad física y alimentación. Por

⁹ 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.

¹⁰ Ídem anterior.

¹¹ Chow CK et al 2009; Hawley, 2011; OMS, 2014

ejemplo, de acuerdo a los resultados del estudio complementario de esta evaluación¹², se identifica que a través del Programa son abordados aspectos como delincuencia en los barrios, consumo de drogas y otras conductas de riesgo.

▪ Implementación del programa

La estrategia definida está en concordancia con el diseño teórico del MCCS y con los marcos conceptuales que lo sustentan. Sin embargo, existe menos claridad respecto a cómo este diseño se plasma en la ejecución territorial, entre otras cosas, porque existe poca evidencia respecto a los resultados obtenidos por el Programa en el período de evaluación y las brechas de entornos saludables que el Programa busca abordar. Por esta misma razón, se contrató el Estudio Complementario señalado, para complementar la información recopilada principalmente desde Nivel Central y SEREMIs con las experiencias y percepciones de las personas a cargo de su ejecución en el territorio.

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)¹³. 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 Programa¹⁴.

Esto no quita, sin embargo, que el Programa tiene resultados esperados claramente establecidos y basados en evidencia, los cuales se organizan en torno a las actividades definidas por el Programa a nivel central (cada actividad tiene asociado un set de resultados esperados).

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, plasmados en una alta heterogeneidad de los equipos y personas que apoyan la ejecución del Programa,

¹² 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 MCCS” 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 macrozona, ii) Para cada macrozona, 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.

¹³ El programa ha definido 132 actividades a realizar para la implementación de los componentes (todas respaldadas por evidencia científica).

¹⁴ Cobertura efectiva de acuerdo al Modelo de Evaluación de cobertura efectiva de Tanahashi.

en términos de su dedicación a éste (jornadas laborales disponibles para la MMCS), tipos de formación o capacidades, y ubicación en la organización comunal.

La diversidad en el perfil de los/as encargados/as comunales del Programa 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.

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.

El programa se coordina con varios programas relacionados al interior del MINSAL y también con otros ministerios a través del Sistema Elige Vivir Sano.

No se detectaron duplicidades con otros Programas relacionados.

No se identifican actividades prescindibles o posibles de sustituir por otros más eficaces. Se identifica una alta heterogeneidad en la forma como las comunas interpretan la implementación de las distintas actividades que forman parte del pool definido.

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.

Los principales hallazgos de las entrevistas realizadas y del estudio complementario dan cuenta de que los actores tienen una valoración muy positiva del Programa, identifican elementos facilitadores de la implementación a nivel local, así como algunas barreras que plantean desafíos a nivel organizacional y administrativo al interior de cada municipalidad.

▪ **Desempeño del programa**

✓ *Eficacia y Calidad*

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 planificada¹⁵. Igualmente es posible observar que el *Porcentaje de comunas 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).

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 positivamente 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 científica¹⁶. A partir de lo anterior, se evalúa positivamente el desempeño de este componente.

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

¹⁵ 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".

¹⁶ 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.

Programa no opera solo en 6 comunas del país: Arica, Andacollo, La Cruz, Primavera, Timaukel y Antártica). 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.)

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.

Respecto a la Calidad, el programa no tiene mediciones adecuadas (diferentes metodologías), ni tampoco equivalentes para la comparación.

✓ *Economía*

El programa Planes de Promoción de la Salud para Municipios, Comunas y Comunidades Saludables (MCCS) tiene un presupuesto anual promedio de \$4.963.540 (M \$2021), según su asignación en Ley de Presupuestos (asignación específica del programa y aportes de la institución responsable estimados). La asignación específica se encuentra en el programa presupuestario "Programas especiales de atención primaria", Subtítulo 24, ítem 03, asignación 299 que, hasta el año 2020 era de uso exclusivo para el MCCS. El año 2021 se incluyen en el presupuesto aportes extraordinarios, planificados en el contexto de Pandemia, para la estrategia nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamientos (TTA).

El presupuesto total del Programa, considerando los aportes extrapresupuestarios realizados por los Municipios, que son entidades ejecutoras, asciende a M\$9.230.496 en el período 2017-2021 (en promedio).

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 (M\$4.492.981 en el año 2017 y M\$4.024.560 en el año 2021). El aporte de la institución responsable, valorizado en un promedio anual de M\$ 563.000¹⁷, representa un 6% del

¹⁷ En base a la estimación de aportes valorizados de recursos humanos que participan en la implementación del Programa en Nivel Central y las SEREMIs

presupuesto del Programa (en promedio) y casi no muestra variación en el período (0,8%)¹⁸. Además, se estima que un 46% de los recursos provienen, teóricamente¹⁹, de fuentes extrapresupuestarias (municipalidades), el mayor peso relativo de las fuentes de financiamiento del Programa. Esto revela una alta dependencia de 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.

✓ *Eficiencia*

Para 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.

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%.

Respecto a la eficiencia a nivel de actividades, el Panel debió realizar un estudio 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. 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. Estas diferencias, a juicio del Panel, podrían estar explicadas por una gran variedad de motivos: geografía de los territorios y

¹⁸ Esto se debe a que una gran parte de los parámetros utilizados para su cálculo se asumen como fijos en el tiempo

¹⁹ 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).

dificultad para acceder a ciertos insumos/ RRHH ²⁰, 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. Los resultados de este estudio revelaron también que el control de gastos desde el nivel central es insuficiente.

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 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.

▪ *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, y diseñando una estrategia de intervención en base en marcos teórico-conceptuales adecuados y contundentes, y a necesidades de promoción de salud bien organizadas y argumentadas. 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), así como de la eficiencia relativa en el uso de los recursos utilizados para alcanzar los resultados esperados según diseño. Por último, se identifican limitaciones respecto a la implementación del Programa en el territorio, particularmente, en dimensiones determinantes de la equidad de la intervención.

3. Principales Recomendaciones

Diseño

²⁰ Por ejemplo, la comuna analizada de Magallanes tiene costos planificados sistemáticamente más altos que otras comunas más centrales

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 Innov8²¹). 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.
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” (objetivos específicos) 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: El sistema de indicadores requiere incorporar mediciones sobre la calidad, proceso y resultado del programa a nivel de componentes. Para la correcta construcción y seguimiento de estas mediciones, 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 las mismas.
4. 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.

²¹ 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.

5. 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.

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.

**RESPUESTA DE INSTITUCIÓN RESPONSABLE
A INFORME FINAL DE EVALUACIÓN**



2548

ORD. B31/Nº _____

ANT.: ORD. Nº1827 del 24.Jun.2021, de la Dirección de Presupuestos.

MAT.: Respuesta a Evaluación de Programas Gubernamentales a Programa Planes de Promoción de la Salud para Municipios, Comunas y Comunidades Saludables.

SANTIAGO, 14 JUL 2021

DE : MINISTRO DE SALUD
A : DIRECTORA DE PRESUPUESTOS

Junto con saludarla y en el marco del proceso de Evaluación de Programas Gubernamentales (EPG) realizada por la Dirección de Presupuestos al Programa Planes de Promoción de la Salud para Municipios, Comunas y Comunidades Saludables, remito a usted nuestra respuesta institucional a su Informe Final, la cual fue elaborada por la Subsecretaría de Salud Pública, a través de su División de Políticas Públicas Saludables y Promoción.

Este Ministerio valora la labor realizada por la Dirección de Presupuestos al efectuar el proceso de evaluación, ya que permite analizar sistemáticamente el diseño, implementación y resultados del Programa Planes de Promoción de la Salud para Municipios, Comunas y Comunidades Saludables, al igual que el trabajo de todos los profesionales que participaron en este proceso, en especial el personal del programa evaluado.

La temporalidad de la evaluación puede no haber sido la más adecuada, ya que ésta se inició en pleno desarrollo del brote por COVID-19 que a la fecha, aun afecta a todo el país y especialmente al quehacer de este Ministerio y sus programas. Si bien esto afectó los resultados del programa en cuanto a su producción e implementación del año 2020, también implicó una sobrecarga de trabajo del equipo de profesionales que participó en este proceso, sin embargo, creemos que esta instancia fue una excelente oportunidad para revisar el programa y considerar los comentarios y recomendaciones del panel evaluador para realizar los ajustes necesarios para la mejora del programa, especialmente en el contexto que se inicia el nuevo trienio 2022-2024.

Saluda atentamente a Ud.



Handwritten signature of Dr. Enrique Paris Mancilla

DR. ENRIQUE PARIS MANCILLA
MINISTRO DE SALUD

Distribución:

- División de Control de la Gestión (DIPRES)
- Subsecretaría de Salud Pública
- División de Políticas Públicas Saludables y Promoción (DIPOL)
- Depto. de Gestión y Planificación Estratégica (DIPOL)
- Depto. de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana (DIPOL)
- Departamento de Gestión de Calidad
- Oficina de Partes

RESPUESTA INSTITUCIONAL AL INFORME FINAL DE LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS GUBERNAMENTALES APLICADA AL PROGRAMA DE PLANES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA MUNICIPIOS, COMUNAS Y COMUNIDADES SALUDABLES

El Ministerio de Salud ha recibido el Informe Final y resumen Ejecutivo de la Evaluación de Programas Gubernamentales del "Programa de Planes de Promoción de la Salud para Municipios, Comunas y Comunidades Saludables", realizada por la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda (DIPRES), que abarcó el período 2017-2020.

Este Ministerio valora el trabajo realizado por la DIPRES al generar evidencia sólida para ejecutar mejoras en la implementación del Programa de Planes de Promoción de la Salud para Municipios, Comunas y Comunidades Saludables e informa que las observaciones o recomendaciones planteadas son atingentes y consistentes con las líneas de trabajo que esta institución ha ejecutado los últimos años en el marco de un proceso de mejora continua del programa evaluado.

El presente documento da cuenta de las principales consideraciones que la Subsecretaría de Salud Pública ha formulado en relación a las recomendaciones de su evaluación.

1. Comentarios a la evaluación del programa

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. 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.

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. A nivel internacional, Chile además de pertenecer a OMS, se encuentra adscrito a la Declaración de Santiago, en la cual los asistentes declaran su compromiso con un marco integral de municipios saludables.

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.

El Panel señala que 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, y diseñando una estrategia de intervención en base en marcos teórico conceptuales adecuados y contundentes, y a necesidades de promoción de salud bien organizadas y argumentadas.

Según el Panel, 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. Además, señala que la definición/asignación de funciones en todos los niveles involucrados es clara. También aprecia que cuenta con adecuada documentación que describe claramente las etapas, actividades y productos.

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 e históricamente desde su creación.

Resultados del estudio complementario dan cuenta que los diferentes actores entrevistados, perciben un alto compromiso del equipo responsable de la implementación del Programa en los diferentes procesos, orientado al cumplimiento de metas y logrando el involucramiento de la comunidad especialmente en el desarrollo de las actividades. Además, el Programa es visto como un aporte a la comunidad, no solo en la promoción de salud y temáticas habituales de esta, 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 a todo el país, alude a un efecto sobre la salud y bienestar de las personas (no sólo ausencia de enfermedad), sobre la cual se basa la lógica de intervención en base a entornos.

Un aspecto positivo percibido por los actores en el estudio complementario es la capacidad de adaptación y flexibilidad de todos los niveles frente a contingencias como las vividas con el conflicto social y la pandemia, lo cual les permitió una rápida respuesta para adecuar actividades y continuar con la implementación del programa. Además, valoran positivamente el aporte complementario con el inter sector (salud y principalmente, deporte) que beneficia a toda la comunidad.

Respecto al proceso de planificación, los entrevistados señalaron que la utilización de la plataforma MIDAS permite focalizar las necesidades a intervenir, así como las poblaciones objetivo, y definir con precisión las acciones.

Uno de los elementos mejor evaluados por los participantes del estudio complementario, tiene que ver con el rol de la SEREMI, quienes 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.

Respecto de la implementación y sus resultados en el periodo evaluado, 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 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.

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, por ejemplo, encargados de Promoción en el nivel local han sido redestinados a tareas no vinculadas con promoción de salud, tales como testeo y trazabilidad, a pesar de ello, continúan con la ejecución de los Planes Trienales de Promoción de la Salud (PTPS), dadas las características de liderazgo y compromiso de los encargados de promoción de la salud, quienes en el estudio complementario se mostraron motivados por su trabajo y otorgándole 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.

El estudio releva las características personales de los Encargados de programa quienes tienen un trato humano y sensible frente a las necesidades de la comunidad, mostrando interés en posicionar el programa a nivel territorial y configurarse como un verdadero aporte.

2. Comentarios a la descripción general del programa

El Programa concuerda con el Panel respecto de la descripción general del Programa en cuanto a su fin, propósito, fases y modalidad de producción de componentes, población potencial y objetivo, antecedentes presupuestarios y fuentes de financiamiento.

3. Comentarios a los resultados de la evaluación

3.1 Justificación y Estrategia del programa

El programa concuerda con lo expuesto, sin embargo, cabe señalar respecto de las barreras identificadas por el Panel para el logro de la cobertura efectiva y de la equidad que:

Efectivamente, existe población sin acceso al Programa porque sus comunas se han excluido o han sido eliminadas, éstas corresponden a 6 comunas de 346, con un total de 285.777 habitantes. De éstas, existen tres que corresponden a las comunas de La Cruz, Primavera y Timaukel, cuyas Municipalidades, históricamente se han excluido de forma voluntaria, entre otros motivos, por contar con limitadas capacidades de gestión para llevar a cabo el Programa, también en este trienio se ha autoexcluido la Municipalidad de Arica (comuna que cuenta con 247.552 habitantes) argumentando otros motivos de índole administrativa. El caso de la comuna de Antártica es distinto, ya que es una comuna que no tiene municipio y es administrada por la Municipalidad de Cabo de Hornos. Por otro lado, existen comunas como es el caso de Andacollo cuyo convenio ha sido rescindido por no cumplimiento del mismo.

Las causales mencionadas anteriormente, son un problema dentro de la administración del Estado, que trasciende a las facultades del Ministerio de Salud para lograr que, de forma obligatoria, dichas comunas cuenten con convenio. No obstante, este Ministerio continuará efectuando las gestiones de abogacía que sean necesarias con el objetivo de que la cobertura de comunas con Planes de promoción de la Salud sea la más alta posible.

En cuanto a *“que existe población con planes mejor implementados ya que sus comunas están en regiones con más recursos humanos y/o sus comunas tienen más recursos financieros que aportar a la ejecución de los planes”*, se puede indicar que el Programa ha desarrollado métodos que permiten una mejor implementación del mismo en comunas con menos recurso humano o con menos recurso financiero que aportar, otorgando mayor abogacía, soporte, acompañamiento y asesoría regional. Sin embargo, corregir las causas de estas diferencias comunales es algo que excede a las facultades del Programa por cuanto trata de determinantes estructurales de acuerdo al Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud elaborado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS el año 2006.

Respecto a lo señalado sobre *“la población femenina no considerada efectivamente en las condiciones de acceso a las intervenciones”*, para el próximo trienio, cuando el Programa cuente con los resultados de la Encuesta de Entornos Saludables (la que se espera que pueda ser aplicada, si las condiciones sanitarias lo permiten durante el cuarto trimestre de 2021 y primer trimestre de 2022), que recogerá datos desagregados por sexo, se podrá generar análisis de la información con enfoque de género. En una segunda etapa, con otras metodologías evaluativas que tiene consideradas el Programa para el próximo trienio, como es el desarrollo de instrumentos de evaluación de efectividad de actividades que consideran el levantamiento de información respecto de la satisfacción con las intervenciones, la aceptabilidad de las actividades implementadas y la accesibilidad a las actividades de los componentes, se podrá efectuar diferentes análisis de las actividades con enfoque de género.

Con relación al índice comunal no estandarizado a nivel nacional que tome en cuenta variables que hagan más equitativa la distribución de los recursos, es importante rescatar la historia del programa. El índice Comunal de Promoción de la Salud fue creado el año 2012 con indicadores y ponderadores para todo el país, en la medida que pasaron los años las Seremis de Salud desarrollaron propuestas con mayor pertinencia territorial que permitieran una asignación más equitativa dentro de la región, situación que fue recogida por el Programa como un avance en la desconcentración y descentralización del Programa. El problema no tiene que ver con este índice comunal de Promoción de la Salud sino más bien con el mecanismo de distribución de marcos regionales que fue creado aproximadamente en el año 2006, dicha construcción consideró la incorporación de distintos indicadores, sin embargo, el programa se da cuenta que mantener la distribución histórica regional es lo que podría estar generando distintas brechas, motivo por el cual se ha propuesto para el presente año avanzar con una metodología que permita el desarrollo de un nuevo índice de Promoción de la Salud que sea más acorde a los tiempos actuales, para lo cual está en proceso de gestión de compra de servicios para tal efecto.

Finalmente, con esta información disponible, se podría avanzar en el dimensionamiento de la cobertura efectiva del programa en el transcurso del próximo trienio, en el caso de contar con la disponibilidad presupuestaria para llevarlo a cabo en el mediano a largo plazo, ya que en el corto plazo, según la Circular N°7 de 4 de mayo de 2021 de la Dirección de Presupuestos, se informa que este Programa tiene condicionamiento de asignación presupuestaria para el año 2022, el motivo de este condicionamiento es que corresponde a un programa que tiene actualmente evaluaciones en curso.

3.2 Implementación del programa:

El Programa concuerda con el Panel respecto que está en correspondencia con la estrategia definida y los marcos conceptuales que lo sustentan. En relación a cómo el diseño se plasma en la ejecución territorial, consideramos que si bien, los resultados del Programa no son comparables dado que se debió usar diferentes metodologías en el escenario de la pandemia, el estudio complementario pudo mostrar cómo es la implementación territorial.

A pesar de que la planificación del Programa se hace de acuerdo a un presupuesto conocido y asignado, la planificación sí se hace en base a diagnósticos y priorizaciones participativas, a partir de lo cual trabaja con metodología de marco lógico en la que se identifican las causas de las causas del problema de exceso de entornos no saludables y falta de entornos saludables, seleccionando causas de acuerdo a cada realidad local, las cuales están disponibles en la plataforma MIDAS. Dichas causas han sido sistematizadas por el Programa a partir de los árboles de problema efectuados por cada una de las comunas con PTPS 2016-2018. Luego cada comuna continúa con la elaboración del árbol de objetivos, resultados esperados claramente establecidos y basados en evidencia y matriz de marco lógico para llegar a seleccionar actividades disponibles pertinentes para cada resultado esperado, es decir, cada resultado esperado tiene asociadas posibles actividades a realizar y no al revés. Dicho pool de actividades existentes se actualiza en cada nuevo trienio en base a la evidencia científica, opinión de expertos y las programaciones del trienio anterior.

Esta interpretación se pudo haber dado ya que el Programa maneja un archivo Excel, el cual se puso a disposición del Panel. En dicho archivo están dispuestas las actividades asociadas a Resultados Esperados, el cual se utilizó para efectuar los desarrollos informáticos en la citada plataforma para que en ésta aparezcan resultados esperados con actividades asociadas.

Efectivamente el Programa recomienda que se efectúen intervenciones internivel y que se optimicen los recursos del Estado efectuando sinergia con otros programas.

El Programa comparte el diagnóstico efectuado en cuanto a la dotación del Nivel Central. Respecto a la dotación regional y comunal destinadas al programa y su inequidad, dado que dicho recurso humano es de dependencia de las SEREMIS de Salud y de las Municipalidades, el Programa puede establecer recomendaciones que se encuentren establecidas en las Orientaciones Técnicas en cuanto al mínimo de horas que debiese contar cada Municipalidad para llevar a cabo el Programa. Respecto a que la diversidad en el perfil de los/as encargados/as comunales del Programa estaría generando sesgo de elección de actividades, sesgo de vinculación con programas y posible inequidad en el acceso/oportunidad/calidad de las poblaciones a las intervenciones, el Programa comparte parcialmente la opinión, ya que no hay evidencia de que eso se produzca, si bien comprende que es un ejercicio teórico, en ese marco debe entenderse el potencial riesgo.

El estudio complementario, evidenció que 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, por tanto, se disminuye el riesgo de sesgo.

Respecto a otros puntos de orden organizacional y administrativo del Programa relacionado con funciones, orientaciones técnicas, manuales entre otros, la no existencia de duplicidades con otros programas, el programa comparte la visión y coincide con el Panel respecto a que existen oportunidades para mejorar las coordinaciones con otros programas relacionados.

El programa acoge la sugerencia del Panel sobre la necesidad de reorganizar las actividades en torno a objetivos que permita evaluarlas por cada línea de acción, y su coherencia con el objetivo de cada componente. En este marco, si bien, como indica el Panel, el Programa cuenta con mecanismos que aseguran la atingencia de las actividades con los distintos resultados esperados, es necesario implementar mecanismos que aseguren la vinculación entre resultados esperados planificados por cada comuna y que se expresen en la ejecución de los citados planes, para de esta forma mejorar la sinergia y coherencia entre actividades de un mismo plan.

Finalmente, dentro de este punto, el Programa es consciente de la valoración positiva que tienen los beneficiarios y encargados a nivel local. Por este motivo constantemente efectúa consultas e incorpora observaciones de los distintos niveles en sus orientaciones, guías técnicas, esto ha llevado a su reconocimiento como un programa que ha logrado llevar a la práctica elementos teóricos complejos. Asimismo, concuerda en que a nivel local se presentan desafíos a nivel organizacional y administrativo.

3.3. Desempeño del programa

Eficacia y Calidad

En cuanto a la eficacia y calidad del programa, respecto de los logros alcanzados en el componente 1 cabe señalar que muestra un compromiso mayor de las Municipalidades que están ejecutando PTPS, instalando la promoción de la salud como una prioridad en la agenda municipal. Lo anterior se debe a múltiples intervenciones desde el propio nivel local, la SEREMI de Salud y el Nivel Central tales como publicaciones de buenas prácticas, jornadas locales y nacionales de trabajo, conferencias nacionales e internacionales con la participación de figuras políticas destacadas en el país y el mundo, abogacía con autoridades, investigaciones y estudios, participación social y otro tipo de publicaciones como Orientaciones Técnicas. Estas acciones se han realizado desde aproximadamente el año 2012, por tanto, es una muestra de que los resultados en promoción de la salud son a mediano y largo plazo. Como un ejemplo, podemos señalar que la elaboración y dictación de una regulación local en las comunas de nuestro país puede tardar de uno a tres años, para luego pasar a sus fases de implementación y fiscalización.

Respecto a lo señalado sobre el desempeño del componente 2, el Programa concuerda con lo expuesto por el Panel en cuanto a la necesidad de instalar mecanismos que permitan estimar la habilitación e implementación realizada respecto a la necesitada. Si bien, como se ha señalado anteriormente, las comunas cuentan con un diagnóstico inicial el cual es el punto de origen de los planes trienales, el Programa tenía planificado para el 2020 una herramienta informática 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 en el contexto de la emergencia por el brote de COVID 19. La citada herramienta ha podido ser desarrollada durante el presente año, actualmente se encuentra en fase de pilotaje, se espera su implementación y carga de información a nivel local durante el segundo semestre de 2021 y primer semestre de 2022 si las condiciones sanitarias lo permiten. El mantenedor de entornos entregará la posibilidad de que cada referente comunal ingrese información acerca de los entornos identificados, entornos habilitados y entornos optimizados de su comuna.

En relación al porcentaje de personas que percibe una mejora en los entornos y las mediciones efectuadas durante el 2018 y 2020 que no son comparables porque el instrumento debió adaptarse en el contexto de las dificultades para su aplicación durante el conflicto social y posteriormente durante la pandemia en 2020, es importante relevar que el Programa ha continuado mejorando sus instrumentos de evaluación, en este contexto, durante el 2020 se desarrolló una metodología para la aplicación de la Encuesta de Entornos Saludables que ha sido difundida recientemente por la Subsecretaría de Salud Pública y que se espera su implementación a nivel comunal durante el cuarto trimestre del presente año y primer semestre del 2022 si las condiciones sanitarias lo permiten. El mencionado instrumento, que consiste en una encuesta presencial de percepción en hogares, durante el año 2020 fue mejorado con el objetivo de asegurar la confiabilidad de los resultados tanto por su diseño como por su aplicación. La metodología considera cálculos muestrales para las comunas con planes de promoción de la salud, manuales de terreno para la selección de viviendas y para la aplicación de la encuesta a las personas seleccionadas.

Sobre la evaluación de desempeño del componente 3, es necesario relevar el importante esfuerzo que ha realizado el Programa por adaptarse al nuevo escenario que ha obligado la pandemia, elaborando diversas Orientaciones Técnicas y una serie de acciones de acompañamiento técnico a los equipos locales que han permitido modificaciones y adaptaciones a nivel local para cumplir con las planificaciones y su ejecución.

Respecto a la evaluación del componente 4, el Programa considera asertiva la opinión del panel en cuanto a que contempla el escenario desfavorable producto del conflicto social y la pandemia por COVID-19 para la ejecución de este componente.

Continuando con los aspectos evaluados, en relación a la cobertura, como se indicó anteriormente, existen barreras fuera del alcance del Programa para lograr el 100% de cobertura, sin embargo, el Programa continuamente se encuentra efectuando abogacía con autoridades locales que permitan la adherencia al programa de comunas que no cuentan con PTPS.

En cuanto a la evaluación del cumplimiento del propósito, respecto del acceso de las personas a entornos saludables, dado que los resultados de las dos mediciones efectuadas no son comparables, el programa coincide en que no es evaluable. Por otro lado, en cuanto a la incorporación de los ejes de actividad física y alimentación saludable, este alto cumplimiento se explica por un lineamiento permanente en el tiempo desde los anteriores "Planes Comunales de

Promoción de la Salud (PCPS)” y que dado el rediseño a “Planes Trienales de promoción de la Salud (PTPS)” en que se elabora un árbol de problemas en alimentación saludable y actividad física, el Programa desde su diseño favorece en mayor medida la incorporación de los dos ejes.

Respecto al tercer indicador sobre el porcentaje de PTPS con cumplimiento de 90% de ejecución de actividades, cuyo cumplimiento era óptimo hasta el año 2018, sabemos que su baja fue fuertemente influenciada por el conflicto social y la pandemia. En este caso, el Programa considera que este indicador no es evaluable para los años 2019 y 2020 ya que los supuestos de “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” expresado en la matriz de marco lógico no se cumplió. En conclusión, el Programa cree que el indicador 3 debe evaluarse sólo por la ejecución de los años 2017 y 2018 en los cuales sí se cumplieron los supuestos.

Respecto al cuarto indicador de porcentaje de población de las comunas con PTPS que ejecutan actividades en los 4 componentes, cabe señalar que este indicador es nuevo en la matriz de marco lógico, se incorporó en el transcurso de esta EPG, por tanto, no está en las Orientaciones Técnicas del Programa. En este sentido, la inclusión de éste para el próximo trienio 2022-2024 podría hacer que mejore considerablemente su resultado. Sin embargo, es preciso señalar que las actividades del programa están pensadas en una lógica integral, es decir, si bien cada componente tiene actividades definidas para su cumplimiento, cada actividad incluye acciones de otros componentes, por ejemplo, una actividad del componente 2 como puede ser la instalación de máquinas de ejercicios, requerirá acciones participativas para determinar qué máquinas se instalarán como también acciones comunicacionales y educativas para su utilización e idealmente incorporando un programa de uso del espacio.

Finalmente, en cuanto a la calidad, específicamente sobre el indicador de percepción de mejora en los entornos, el programa concuerda con el panel en que no son comparables las mediciones puesto que la medición de 2020 se realizó con otra metodología en el contexto de la emergencia de salud pública por el brote de COVID 19.

Economía

El programa ratifica la información entregada, sin embargo, es importante destacar que la variación del -10% se debió a que los recursos entregados por la Dirección de Presupuestos para el año 2021, por la situación excepcional que vive el país con la pandemia, sólo consideraron los montos de los convenios celebrados entre las SEREMI de Salud y las Municipalidades que estuviesen vigentes, además según el modelo de gestión dichos convenios que son a tres años plazo, no estipulan un inflador dada la naturaleza de los recursos anuales, por este motivo dicho modelo considera la distribución de un monto anual adicional por concepto de buenas prácticas. En este sentido, la variación negativa está fuera del alcance del Programa.

Tal como indica el Panel, el 46% de los recursos que provienen de fuentes extrapresupuestarias es teórico y en base a planificaciones, no necesariamente representa el gasto final. Parte de dichos recursos corresponden al financiamiento del recurso humano a cargo del Programa en el nivel local, de lo que el Programa realmente depende para su ejecución y no totalmente del citado 46%. Con relación al financiamiento de las actividades, sin considerar el recurso humano, cabe señalar que estos aportes son voluntarios y de acuerdo al modelo existente no se han establecido para cubrir una brecha detectada. Esto corresponde a un fenómeno histórico en la Promoción de la Salud en el país, donde se valora que las Municipalidades, en la medida que van aumentando su compromiso con la salud y bienestar de la población, puedan destinar mayores recursos para mejorar la calidad de vida de los habitantes de la comuna. Este es uno de los motivos por los que el componente 1 es muy importante para el Programa, ya que se generan acciones que buscan dicho resultado. Sumando a lo anterior, el estudio complementario mostró que en los encargados comunales está presente la expectativa y deseo que sea mayor la participación, aporte complementario en recursos económicos, facilidad en gestiones administrativas y flexibilidad de las Municipalidades.

Sin embargo, el Programa acoge la sugerencia del Panel en cuanto a la reformulación del Índice Comunal de Promoción de la Salud (IC) que permite la distribución presupuestaria de los recursos provenientes del Ministerio de Salud a las Comunas para lo cual se están efectuando las gestiones para la compra de servicios de un nuevo estudio que permita actualizar el IC con enfoque de equidad.

Vale señalar que no se cuenta con un estudio que determine que efectivamente los municipios de menor tamaño o más vulnerables aportan menos recursos, esto es una interrogante para el programa, por lo que actualmente se encuentra en vías de gestionar una compra de servicios que permita generar un estudio de gastos que responda estas y otras preguntas.

Eficiencia

En lo referido al registro del gasto ejecutado por componente, cabe señalar que para el Programa fue un gran avance lograr llevar un registro completo del gasto efectivamente ejecutado por componente desde el año 2019 en adelante (monitoreo a través de planillas Excel).

Respecto a la eficiencia a nivel de actividades, el Programa reconoce que existen áreas de mejora relacionadas con la heterogeneidad en el planteamiento de las actividades entre comunas. Pero también vale señalar que el programa se inscribe en lo que se conoce como "salud pública basada en evidencia" que en la práctica es una integración de las intervenciones basadas en la ciencia con las preferencias de la comunidad para mejorar la salud de la población, por lo tanto, es esperable para el programa un cierto grado de heterogeneidad.

Es importante recordar que el Programa ha tenido significativos avances en materia de registro y sistematización de la información de las comunas, así como también en la formulación de los Planes.

Estas diferencias podrían estar explicadas en un comienzo por la importancia que se le da a que cada Municipio desarrolle su plan con pertinencia territorial, es decir, en base a sus necesidades. Además, como indica el Panel, podrían estar explicadas por motivos que están fuera del alcance del Programa como es la geografía de los territorios, la dificultad para acceder a ciertos insumos o el déficit de recursos humanos y financieros de las Municipalidades.

Reflexionando sobre este aspecto, el Programa concuerda con el Panel en cuanto a la necesidad de estandarizar las actividades respecto de su descripción, implementación y gastos, junto con mejorar el registro y reportes desde las Comunas. Al respecto, es importante destacar que una de las expectativas con la creación del sistema MIDAS es la mejora continua.

Sin embargo, el Programa considera que el control de gastos debe realizarse desde las SEREMI de Salud, dado que la Ley N° 19.937, de Autoridad Sanitaria, establece que a las SEREMIS les corresponde "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". Por tanto, en su atribución de celebrar convenios recae el control de gastos y supervisión de los mismos.

Dado lo anterior, el Programa considera que el control de gastos que se efectúa desde el nivel central es suficiente y que, dado su rol rector, le corresponde establecer estimaciones de costos de ejecución por actividades. Para esto, el Programa se encuentra en vías de desarrollar un estudio de costos que entregará insumos para las estandarizaciones antes citadas.

Con relación a los gastos de administración, el Programa comparte la apreciación del Panel.

Desempeño Global

Respecto de este punto, el Programa valora la opinión positiva del Panel en cuanto a la importancia de que el Estado se haga cargo de la Promoción de la Salud a través del abordaje desarrollado por el Programa. Además, concuerda con la necesidad de mostrar resultados concretos, es por este motivo que desde el año 2017 ha venido desarrollando la línea de evaluación a través del diseño de distintas herramientas, como es el caso de la Encuesta de Entornos Saludables que fue aplicada por primera vez el año 2018 pero dado el conflicto social del 2019 y la crisis socio-sanitaria del 2020 no pudo ser aplicada y por tanto no fue posible mostrar resultados que sean comparables. En este aspecto es relevante mencionar que el Programa busca su mejora continua por lo que durante el año 2020, desarrolló una metodología de investigación para la aplicación de la citada encuesta, considerando el cálculo de tamaños muestrales y metodologías de trabajo de campo para su implementación en las comunas del país, con representatividad de nivel comunal a diferencia de su aplicación del año 2018 cuya representatividad era de nivel nacional.

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, percibido 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.

4.- Comentarios a las principales recomendaciones

4.1 Diseño

Recomendación N°1: Revisar el Programa con metodologías que permitan 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). 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

Comentario: Para el Programa es valiosa la evaluación de barreras para el logro de a cobertura efectiva que efectuó el Panel aplicando el Modelo de Evaluación de cobertura de Tanahashi. Respecto de éste, en este mismo informe indican cuatro barreras. Al respecto el Programa se hará cargo de implementar mejoras para que la población femenina sea considerada efectivamente en las condiciones de acceso al programa. También se hará cargo del mejoramiento del índice comunal. Con respecto a que existe población sin acceso al programa porque sus comunas se han autoexcluido, como se indicó anteriormente, su solución excede a las facultades del programa, sin embargo, se aumentará la abogacía con dichas comunas y se espera que con el nuevo modelo de distribución de recursos mejore el acceso de las citadas comunas. Finalmente, en cuanto a la población con planes mejor implementados ya que sus comunas están en regiones con más recursos humanos y/o más recursos financieros, cabe señalar que, el Programa debiese efectuar un análisis exhaustivo de dotación y demanda del programa en cuanto a necesidades de asesoría y acompañamiento de las comunas de su jurisdicción, con el propósito de generar recomendaciones a las Seremis de Salud, en cuanto a la conformación de los equipos regionales de promoción de la Salud.

Respecto de la generación de una nueva batería de actividades, el Programa tiene considerado efectuar durante el presente año y principios del segundo, un estudio que permita generar instrumentos de evaluación de efectividad de las actividades de los Planes de Promoción de la Salud para el próximo trienio. En este sentido, el citado estudio podría permitir mejorar la coherencia entre objetivos a alcanzar en cada componente. Se ha contemplado incluir en dichos instrumentos el levantamiento de información respecto de la satisfacción con las intervenciones, la aceptabilidad de las actividades implementadas y la accesibilidad a las actividades de los componentes.

Con esta información disponible, en una segunda etapa, se podría avanzar en el dimensionamiento de la cobertura efectiva del programa en el transcurso del próximo trienio, en el caso de contar con la disponibilidad presupuestaria para llevarlo a cabo en el mediano a largo plazo, ya que en el corto plazo, según la Circular N°7 de 4 de mayo de 2021 de la Dirección de Presupuestos, se informa que este Programa tiene condicionamiento de asignación presupuestaria para el año 2022, el motivo de este condicionamiento es que corresponde a un programa que tiene actualmente evaluaciones en curso.

Recomendación N°2: Apuntar a que la participación de las comunas en el Programa sea de carácter obligatorio.

Comentario: Como se indicó anteriormente, existen motivos fuera del alcance del Programa por el que quedan Comunas sin acceso a Planes de Promoción de la Salud como son: exclusión voluntaria histórica por capacidades de gestión limitadas, por motivos administrativos, la comuna de la Antártica que no tiene Municipio y comunas con eliminadas por no cumplimiento del convenio.

Sin embargo, dado que siempre el interés de este Ministerio ha sido alcanzar la mayor cobertura posible, efectúa acciones continuas de abogacía con autoridades locales para lograr su adherencia al Programa. Por tanto, establecer la obligatoriedad de participación de las Municipalidades excede a las atribuciones del Ministerio de Salud.

Recomendación N°3: Dimensionar las necesidades efectivas de promoción de la salud y estimar brechas efectivas de promoción no cubiertas en los territorios.

Comentario: El Programa concuerda en la necesidad de dimensionar las necesidades efectivas de promoción de la salud, sin embargo, este estudio está supeditado a la disponibilidad presupuestaria para llevar a cabo esta tarea a partir del año 2023, ya que en la actualidad tiene condicionamiento de asignación presupuestaria para el próximo año, por encontrarse en un proceso de evaluación en curso.

Recomendación N°4: Definir “elementos/acciones/dimensiones” (objetivos específicos) 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.

Comentario: El Programa concuerda en la necesidad de avanzar en la generación de objetivos específicos para cada componente, lo que se traducirá en acciones que serán ejecutadas para distintos ámbitos de intervención.

4.2 Implementación

Recomendación N°1: Definir un nivel 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.

Comentario: El Programa concuerda con el Panel en cuanto a la necesidad de generar un nivel mínimo de implementación de actividades por componente.

Recomendación N°2: Asegurar la 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.

Comentario: El Programa está de acuerdo con que es necesario generar instrumentos que permitan evaluar la coherencia de las planificaciones y por tanto asegurar que exista sinergia entre actividades para lograr los resultados esperados en los componentes.

Recomendación N°3: El sistema de indicadores requiere incorporar mediciones sobre la calidad, proceso y resultado del programa a nivel de componentes para lo cual recomienda que el equipo de nivel central refuerce el recurso humano con competencias para el registro, procesamiento y utilización de información.

Comentario: El Programa concuerda en la necesidad de generar evaluaciones de calidad, proceso y resultados de sus componentes. En este sentido, evaluamos positivamente la recomendación de reforzar el equipo con recurso humano para el registro, procesamiento y utilización de información.

Recomendación N°4: Realizar una reorganización que permita descentralizar a nivel provincial las personas del nivel regional, 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.

Comentario: El Programa concuerda en que es necesario estandarizar el trabajo y mejorar las dotaciones en las Seremi, sin embargo, consideramos que el modelo efectivo de descentralización debiese ser definido por este Ministerio en conjunto con las Seremis de Salud en base a los resultados que se generen del estudio de dotación y con pertinencia territorial. Efectuar un estudio de dotación de esta envergadura no está considerado para su ejecución durante el presente año, por lo que se requiere de disponibilidad presupuestaria para llevarlo a cabo en el mediano a largo plazo, ya que en el corto plazo, según la Circular N°7 de 4 de mayo de 2021 de la Dirección de Presupuestos, se informa que este Programa tiene condicionamiento de asignación presupuestaria para el año 2022, el motivo de este condicionamiento es que corresponde a un programa que tiene actualmente evaluaciones en curso.

Recomendación N°5: 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.

Comentario: El Programa concuerda con que es posible que se generen diferencias en las planificaciones asociadas al perfil del Encargado Comunal. En este sentido, el Programa debiese crear recomendaciones respecto del perfil de encargado comunal y recomendaciones para que las Seremis de Salud incorporen contenidos mínimos en los procesos de inducción de nuevos Encargados Comunales de Promoción de la Salud.

4.3 Eficiencia

Recomendación N°1: Ampliar las capacidades de reportabilidad de la plataforma MIDAS, de forma tal que se pueda efectuar distintos análisis con información agregada sobre los gastos a nivel país.

Comentario: El Programa ha avanzado durante el transcurso de esta evaluación en los nuevos desarrollos de la plataforma MIDAS. En efecto, se crearon dos funcionalidades, por un lado la denominada “Registro de Ejecución” que permitirá que las Comunas ingresen información respecto de los gastos por actividad desde el segundo semestre del presente año en la medida que las condiciones sanitarias lo permitan, y por otro lado se creó la funcionalidad de reportabilidad (monitoreo PTPS) que permite exportar la información de las planificaciones y registros de ejecución a un formato Excel a tiempo real que contiene la información desagregada por tipo y detalle del gasto. Actualmente ambas funcionalidades se encuentran operativas, permitiendo su descarga en el caso de la reportabilidad para efectuar distintos análisis de manera expedita. Además, con esta información disponible, el Programa tiene contemplada la realización de un estudio de gastos durante los próximos meses y principios del 2022. Durante los meses de julio y agosto del presente año, el Programa tiene considerado efectuar un testeo de la calidad de la información de las planificaciones y para inicios del año 2022 el testeo de la calidad de información del registro de ejecución.

Recomendación N°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

Comentario: En relación a este punto, se da respuesta al mismo con la funcionalidad de “Registro de Ejecución” y “Reportabilidad (Monitoreo PTPS)” descritas en el punto anterior.

Recomendación N°3: Elaborar un instrumento de monitoreo que permita registrar los aportes municipales, ya sea en dinero o especies, e informada de manera homogénea a nivel central.

Comentario: Respecto de esta recomendación, cabe indicar que el instrumento ya existe y es parte de la funcionalidad de “Registro de ejecución” que contempla el registro de gastos según fuente de financiamiento, incluidas las municipales. En esta funcionalidad, el/la encargado/a comunal, luego de efectuada una actividad en el territorio, ingresa información técnica respecto de la ejecución de la actividad y también datos vinculados al gasto de ésta. A continuación, el/la referente de SEREMI de salud valida la información al realizar el monitoreo. Cabe mencionar, que el ingreso de información por parte de las comunas está sujeto a las condiciones sanitarias y a la voluntad municipal, dado que este Ministerio no tiene atribuciones para obligar el registro y rendición de otras fuentes de financiamiento, ya sea en dinero o especies.

Recomendación N°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).

Comentario: El Programa tiene contemplado para el presente año e inicios del próximo la realización de un estudio de gastos, sin embargo, un estudio de eficiencia requiere el levantamiento de información más detallada que lo que se registra en la actualidad, por lo que podría considerarse en el transcurso de la ejecución del próximo trienio.

Recomendación N°5: Desarrollar un nuevo mecanismo de asignación de recursos con foco en equidad.

Comentario: El Programa tiene contemplado durante el segundo semestre de este año el diseño de un nuevo modelo de asignación de recursos en base a las recomendaciones del Panel.

4.4 Resultados

Recomendación N°1: Instalar la medición, monitoreo y evaluación de la calidad del programa desarrollando medios de verificación para construir indicadores que evalúen adecuadamente el programa.

Comentario: Como pudo apreciar el Panel, el Programa ha venido mejorando su modelo de gestión y herramientas de evaluación de manera continua. Muestra de ello es que, como se mencionó anteriormente, se mejoró la Encuesta de Entornos Saludables y su metodología de aplicación durante el año 2020. Asimismo, durante los próximos meses el Programa realizará un estudio que le permitirá contar con herramientas de evaluación de efectividad de las actividades para ser implementado el próximo trienio y de esta forma aspirar a evaluaciones de calidad. Como se indicó

en la respuesta a la recomendación N°3 de implementación, para avanzar en el registro, procesamiento y utilización de información será necesario reforzar el recurso humano del nivel central.

Recomendación N°2: Realizar la medición de indicadores a nivel de propósito y de Componentes que no pudieron ser cuantificados.

Comentario: Como se mencionó en distintos segmentos de esta respuesta, la medición de indicadores de propósito se realizó el año 2020 pero bajo una nueva metodología no comparable con su versión anterior, dado el contexto de la crisis sanitaria en que era inviable la aplicación de encuestas en hogares de manera presencial. Sin embargo, con las metodologías que se han desarrollado, si las condiciones sanitarias lo permiten, la Encuesta de Entornos Saludables, podría ser aplicada durante el 2022. Asimismo, las mediciones relacionadas al componente N°2 que no pudo ser efectuada, cabe señalar, que el desarrollo informático de la plataforma MIDAS de "Mantenedor de Entornos" que estaba contemplado para el año 2020, no pudo ser ejecutado dadas las prioridades que ha impuesto el combate a la pandemia en este sector. Sin embargo, durante este año se ha llevado a cabo dicho desarrollo que actualmente está en fase de testeo. Se espera que, en los próximos meses, habiendo habilitado dicha funcionalidad, si las condiciones sanitarias lo permiten, las comunas podrían comenzar el registro de información de entornos habilitados y/u optimizados.

En cuanto a la recomendación final sobre dar impulso a 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, es importante señalar que la oferta pública en promoción de la salud va más allá del quehacer de este Ministerio. En efecto, el Programa es parte del Sistema Elige Vivir Sano que articula una oferta de programas sociales de distintos Ministerios en torno a los cuatro pilares: alimentación saludable, actividad física, vida en familia y vida al aire libre. En este sentido, la Secretaría Ejecutiva de Sistema Elige Vivir Sano, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, tiene a su cargo la administración, coordinación y supervisión del Sistema. Por su parte a través de la Subsecretaría de Evaluación Social tiene a su cargo la evaluación de la implementación del Sistema.

Sin perjuicio de lo anterior y dentro de las facultades de este Ministerio, es factible llevar a cabo un levantamiento de información sobre programas sectoriales complementarios en promoción de la salud para clarificar y fortalecer los mecanismos de coordinación intrasectoriales.

Finalmente, en cuanto al proceso de evaluación, podemos concluir que, si bien éste ha permitido relevar los logros del programa y reforzar nuestro interés sostenido por mejorar la calidad de vida de la población, tomando en cuenta que el Programa estima un gasto anual por beneficiario de \$210.- (año 2020).

Por otra parte, también ha evidenciado áreas de mejora como es el avanzar hacia la universalidad, para lo cual será necesario llegar a todos los habitantes del país, por lo tanto, se requerirá contar con mayores recursos que permitan tal expansión.

Sin duda las reflexiones que surgieron a partir de este proceso de EPG, los comentarios y recomendaciones del panel evaluador, serán de gran utilidad para el mejoramiento del programa.