

NOMBRE DEL PROGRAMA: FOMENTO A LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN APS A TRAVÉS DE LA EJECUCIÓN DE INICIATIVAS LOCALES DE CUIDADOS COMUNITARIOS DE LA SALUD
**PROGRAMA REGULARIZADO - VERSIÓN: 3
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
MINISTERIO DE SALUD**
CALIFICACIÓN

Objetado técnicamente

I. ANTECEDENTES
PROBLEMA

Comunas del país con baja participación en la gestión de iniciativas de cuidados comunitarios de salud.

PROPÓSITO

Aumenta la participación de las comunas en la gestión de iniciativas de cuidados comunitarios en salud.

DIAGNÓSTICO

Una estrategia fundamental para avanzar en el cuidado de la población en las diversas estrategias de salud es avanzar en la integralidad de las intervenciones sanitarias mejorando la participación de las comunas y de la sociedad civil en la gestión de los problemas de salud basado en un enfoque promocional, preventivo y de trabajo intersectorial que involucre las determinantes sociales de la salud, especialmente basado en la noción de cuidados comunitarios de la salud. De esa forma, las comunas, en conjunto con las organizaciones y establecimientos de la red, pueden movilizar el capital cultural y social que tienen los territorios, ampliando en el enfoque de bienestar a las múltiples necesidades que provoca la vulnerabilidad social. Durante el año 2023, a pesar de disponerse de una línea de financiamiento Minsal para la implementación de iniciativas para la APS a nivel nacional, solo 189 comunas (54,6 %) de un total de 346 lograron ejecutar a lo menos una.

La baja participación de las comunas, comprendida como el proceso de elaboración y ejecución de iniciativas de cuidados comunitarios de salud con participación de las organizaciones sociales relacionadas con los establecimientos de salud, significó que solo las comunas con más alta concentración de población postularan y se adjudicaran más de una iniciativa, en comparación a comunas con mayores condiciones de aislamiento geográfico.

Considerando lo presente, el programa es una herramienta que permite la oportunidad a las comunas lograr financiamiento para enfrentar problemas de salud basados en las características particulares de su población que se identifican en sus Planes de Desarrollo Comunal (PLADECO) y sus respectivos Planes Comunales de Salud. Por tanto, las iniciativas comunitarias - llamadas en algunos casos proyectos comunitarios de salud- se trata de acciones ordenadas y coherentes que buscan contribuir a fortalecer la cooperación y trabajo solidario entre las organizaciones, grupos y personas de la comuna sobre la base de la visualización, valorización y utilización de los activos comunitarios que puedan incidir en el bienestar integral basado en un enfoque salutogénico (DIVAP,2023).

Es fundamental que los municipios de las comunas, puedan involucrar a la población en la reorganización de las prestaciones de salud, incluyendo la pertinencia territorial y pertinencia cultural en sus instrumentos de planificación local, especialmente para conferir un valor primordial a las personas y comunidades en la promoción del cuidado y autocuidado, considerando que la salud y bienestar conlleva implícita una noción de múltiples necesidades humanas, entre ellas, el derecho a involucrarse en los asuntos públicos vinculados a su calidad de vida. Según la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, las Municipalidades se definen como "Corporaciones autónomas de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio, cuya finalidad es satisfacer las necesidades de la comunidad local y asegurar su participación en el progreso económico, social y cultural de la comuna".

En un contexto de política pública de salud, las iniciativas comunitarias de salud se basarían en un principio esencial para "empoderar a las personas y las comunidades, apoyamos la implicación de las personas, las familias, las comunidades y la sociedad civil mediante su participación en la elaboración y aplicación de políticas y planes que repercutan en la salud. Agrega, que la promoción de la educación sobre la salud contribuye a satisfacer las expectativas de las personas y las comunidades en cuanto a la obtención de información fiable sobre la salud. Finalmente, la misma declaración afirma la necesidad de fortalecer el compromiso con la asistencia a las personas a adquirir los conocimientos, habilidades y recursos necesarios para mantener su salud o la salud de aquellos a quienes atienden, guiados por profesionales sanitarios. (OMS, Declaración de Astaná, 2018)

En Chile el Modelo de Atención de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario, involucra un acceso al cuidado y promoción de la salud integral, continua y resolutive a lo largo del curso de vida, con equipos de salud responsables del acompañamiento a las familias y comunidades en la red asistencial. Su implementación ha sido un desafío organizacional, programático y de gestión, orientado a poner en el centro del sistema de salud el rol de la Atención Primaria; sustentado en la evidencia que a nivel internacional existe acerca de la necesidad e importancia de este viraje, pues las acciones son más costo-efectivas, integrales, e involucran respuestas sociales a los problemas de salud, con participación de la comunidad y acciones intersectoriales que apunten al origen de ellos considerando los determinantes sociales de la salud.

Dentro de los ejes del modelo de atención integral, la participación, promoción y prevención de la salud, son funciones y estrategias esenciales de salud pública y forman parte de las bases de la atención primaria de salud que anualmente son incluidos en el plan de salud comunas que por obligación deben formular los municipios. Aquello implica la participación de las personas y comunidades en los diagnósticos de salud comunitaria que llevan a cabo los establecimientos de APS en un contexto de MAIS sobre la hipótesis que aquello incide en la eficiencia con

que se reduce la carga de morbilidad, mitigando el impacto social y económico de las enfermedades en la población.

Desde esa visión, las actividades realizadas por las diferentes comunas del país, especialmente en materia de participación ciudadana, debe concebirse como parte de un proceso político y social - implementados por los municipios - que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes sociales de la salud y, en consecuencia, mejorar los sistemas de gobernanza local en salud mediante el trabajo colaborativo entre las instituciones y las comunidades locales. Desde los Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2007), el acceso a salud puede ser considerado como una determinante estructural, es decir, desde la perspectiva de la variable 'gobernanza', como el indicador 'provisión pública de servicios de salud' y como una determinante intermedia, desde la perspectiva de la variable 'sistema de salud', como los indicadores 'acceso equitativo', que incluye 'acceso' y 'cobertura'.

Desde hace algunos años, para atender la necesidad de involucrar a la ciudadanía en las comunas, el Ministerio de Salud a través de la División de Atención Primaria, ha establecido una línea programática destinada a promover la ejecución de actividades promocionales y preventivas en cuidados de la salud para los establecimientos de la red de salud comunal. Sin embargo, a pesar de disponerse de recursos financieros a través de los Servicios de Salud para las comunas, no todas crean las condiciones para facilitar la postulación de las organizaciones sociales al financiamiento de iniciativas de cuidados comunitarios de la salud, considerando que las postulaciones por parte de la sociedad civil, requieren de patrocinio de las municipalidades de sus respectivas comunas a los recursos en los Servicios de Salud.

En ese sentido, según modelo de Tanahashi, el proceso de acceso a los servicios de salud, tiene especial relevancia la aceptabilidad para lograr cobertura efectiva. Se señala "que las personas no acceden a los servicios de salud por barreras determinadas social y culturalmente, que se asocian a los valores que asignan al uso de los servicios sanitarios y a los significados que otorgan a sus estados de salud y enfermedad. Estas barreras condicionan que las personas no acepten los servicios, a pesar de que estén disponibles y que sean asequibles". De esa forma, adquiere un valor adicional el que las intervenciones sanitarias en el plano comunal sean pertinentes a la realidad sociocultural de las personas y comunidades, incluyendo sus experiencias en la autogestión, capacidad de resiliencia y de acción de redes solidarias. Por eso, las iniciativas de cuidados comunitarios en salud deben ser formuladas incluyendo educación y capacitación para lograr un empoderamiento efectivo de la ciudadanía.

ESTRUCTURA Y GASTO POR COMPONENTES

Componente	Gasto estimado 2025 (Miles de \$ 2024)	Producción estimada 2025 (Unidad)	Gasto unitario estimado 2025 (Miles de \$ 2024)
Iniciativas de Cuidados Comunitarios	3.228.624	189 (comunas con proyectos financiados)	17.082,67
Jornada Comunal de Capacitación	713.764	189 (jornada comunal)	3.776,53
Gasto Administrativo	350.000		
Total	4.292.388		
Porcentaje gasto administrativo	8%		
Variación porcentual del gasto respecto a presupuesto inicial 2024	8,88%		

POBLACIÓN Y GASTO

Tipo de Población	Descripción	2025 (cuantificación)
Población Potencial	Comunas del país con red de atención primaria de salud, ya sea con dependencia de las municipalidades o de los Servicios de Salud.	346 Comunas
Población Objetivo		Programa Universal *
Población Beneficiaria	Comunas del país con establecimientos de atención primaria de salud (APS) con dependencia de la municipalidad o de los Servicios de Salud, en el caso de los Hospitales Tipo IV que entreguen prestaciones de APS.	189 Comunas

* El programa no cuenta con población objetivo, dado que es universal.

Gasto por beneficiario 2025 (Miles de \$2024)	Cuantificación de Beneficiarios			
	2025 (Meta)	2026	2027	2028
22.711 por cada beneficiario (Comunas)	189	195	220	230

Concepto	2025
Cobertura (Objetivo/Potencial)	100%
Cobertura (Beneficiarios/Objetivo)	55%

INDICADORES A NIVEL DE PROPÓSITO			
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Información adicional	2025 (Estimado)
Comunas elaboran participativamente iniciativas comunitarias de cuidados de la salud	(Número de comunas del país que formulan iniciativas comunitarias de cuidados de la salud en el período t/Nº total de comunas) X 100.	Dimensión: Eficacia Periodicidad: Anual Sentido de medición: Ascendente Unidad de medida: Porcentual	183%

INDICADORES A NIVEL DE COMPONENTES			
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Información adicional	2025 (Estimado)
comunas realizan jornada de capacitación para organizaciones comunitarias	(Número de organizaciones capacitadas en formulación de iniciativas de cuidados comunitarios / Número de organizaciones comunitarias que postulan iniciativas de cuidados comunitarios) X100.	Dimensión: Eficacia Periodicidad: Anual Sentido de medición: Ascendente Unidad de medida: Porcentual	55%
Iniciativas de Cuidados Comunitarios	(Número de comunas ejecutan iniciativa de cuidados comunitarios en salud en el periodo t / Número total de comunas del país) X100	Dimensión: Eficacia Periodicidad: Anual Sentido de medición: Ascendente Unidad de medida: Porcentual	183%

II. EVALUACIÓN

1. Atinencia : No cumple con los criterios de evaluación de la dimensión.

Diagnóstico

Se deben presentar datos que den cuenta de la evolución del problema, pues sólo se presentan datos del 2023, pero el programa es de mayor data. Asimismo, dado que luego el propósito del programa debe ser medido mediante indicadores, es clave que todos los conceptos utilizados en el problema y propósito sean correctamente operacionalizados en el apartado del diagnóstico (aumento de la participación y participación baja).

En el apartado sobre poblaciones que se vean mayormente afectadas por el problema identificado, se debe dar cuenta de si algunas comunas del país se ven mayormente afectadas que otras en relación a la baja participación en la gestión de iniciativas de cuidados comunitarios de salud. Se deben presentar datos (con sus fuentes) que respalden esas brechas.

Respecto a los efectos, se debe ajustar su redacción de forma que no de cuenta de los objetivos a largo plazo del programa ("contribuye a"), sino que de cuenta las consecuencias negativas que se esperan evitar.

2. Coherencia: No cumple con los criterios de evaluación de la dimensión.

Objetivos y poblaciones

El fin debe estar a un nivel jerárquico superior al propósito (y vincularse a alguno de los objetivos de política pública del Servicio).

En el propósito falta especificar que la población a la que se hace referencia son las "comunas del país".

Los criterios de priorización se presentan en el apartado sobre criterios de prelación. Estos deben ser presentados en la descripción de la población beneficiaria.

Se debe indicar los criterios de prelación para ordenar el ingreso de las comunas beneficiarias anualmente, en función de los criterios de priorización antes mencionados.

Estrategia de intervención

En el componente 1 se debe precisar el objetivo, indicando para qué se entrega dicho apoyo financiero. Mientras que en el componente 2, se debe corregir la unidad de producción dando cuenta del resultado alcanzado con la entrega del componente (por ejemplo, "Dirigentes y líderes sociales de la comuna capacitados").

Por otro lado, toda la información sobre el "proceso global de actividades" que se describe en el componente 1 debe ser traspaso al párrafo sobre la estrategia de intervención, dado que está dando cuenta del flujo de la intervención completa del programa. Es preciso tener en cuenta que el flujo debe ser claro desde el ingreso hasta el egreso de la población beneficiaria del programa, y debe detallar los actores involucrados en la ejecución de las acciones.

Articulaciones y complementariedades

Respecto a la articulación señalada, se debe corregir el nombre del organismo (SUBSERE), además, es preciso profundizar en la descripción, de manera que quede explícito que la articulación con SUBDERE se genera en pos de la actualización de la priorización de las comunas a abordar.

Enfoques de derechos humanos

Si bien se describe adecuadamente la incorporación del enfoque de género, no se entiende por qué se marca "Sí" en "Indicadores", en tanto no se incluye en la descripción.

3. Consistencia: No cumple con los criterios de evaluación de la dimensión.

Indicadores de propósito

El indicador de propósito no da cuenta del aumento de la participación de las comunas en la gestión de iniciativas de cuidados comunitarios en salud. Además, presenta errores en su formulación, pues no se especifica el periodo en el denominador, ni se especifica en el nombre que se trata de un "porcentaje". Asimismo los valores estimados para el numerador son mayores que los ingresados en el denominador, lo que no es correcto.

Indicadores complementarios

Se solicita invertir el orden de los indicadores complementarios, en tanto el primero hace referencia al segundo componente y el segundo

indicador hace referencia al primer componente.

Respecto al indicador complementario 1, el nombre del indicador actual no es consistente con su fórmula de cálculo, ya que el nombre se enfoca en las comunas, mientras que la fórmula considera a las organizaciones. Además, no se especifica el periodo de medición en el numerador y en el denominador ni se señala en el nombre que corresponde a un "porcentaje".

Respecto al indicador complementario 2, el nombre del indicador no da cuenta de lo que se está midiendo (porcentaje). Por otro lado, no se especifica el período de medición en el denominador. Además, la nota metodológica no explica los conceptos principales del indicador. Asimismo los valores estimados para el numerador son mayores que los ingresados en el denominador, lo que no es correcto. Finalmente en el denominador se debiese considerar sólo a las comunas intervenidas en el año t, no a todas las comunas del país.

Sistemas de información

Lo descrito para "Presupuesto" en el apartado sobre los sistemas de información del programa no da cuenta de la plataforma o sistema que éste utiliza para realizar el seguimiento de la implementación en ese ámbito.

Gastos del programa

Se deben detallar si los gastos asociados a la implementación de los componentes corresponden a gastos nuevos o existentes.

En relación a los gastos administrativos, se debe detallar cuántas son las personas consideradas para la coordinación del programa y cuántas horas de dedicación se estimaron.