



MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
DIVISIÓN JURÍDICA

FICHA DE REGISTRO FICHA DE REGISTRO FICHA DE REGISTRO

**APRUEBA PROGRAMA BUENAS
PRÁCTICAS EN PARTICIPACIÓN
CIUDADANA Y FORTALECIMIENTO
COMUNITARIO EN LA APS**

EXENTA N° 152,

SANTIAGO, 17 FEB 2023

VISTO: Memorándum C52 N°456 de 21 de diciembre de 2022, de la Jefa de División de Atención Primaria; y lo dispuesto en el decreto con fuerza de ley N°1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N°18.933 y N°18.469; en el decreto supremo N°136 de 2004, del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud; en la ley N°19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal; en el decreto supremo N°2.296 de 1995, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento General de la ley N°19.378; en las resoluciones N°30 de 2015 y N°7 de 2019, ambas de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

1. Que, al Ministerio de Salud le corresponde formular y fijar las políticas de salud que se desarrollan dentro del territorio nacional.

2. Que, esta función es expresión de la atribución que le compete a esta cartera de Estado de ejercer la rectoría del sector salud, en conformidad lo previene el artículo 4 N°1 letra a) del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005 del Ministerio de Salud.

3. Por su parte, los programas de salud tienen por finalidad la realización de acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, y de rehabilitación del individuo, organizadas con la finalidad de mejorar las condiciones de salud de la población, en una determinada región o país en forma integral y sostenible.

4. Que, asimismo, la Atención Primaria de Salud (APS) representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público, siendo su objetivo otorgar una atención de salud equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional, bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, centrado en las personas, familia y comunidad.

5. Que, en este contexto, el presente programa denominado **Buenas Prácticas en Participación Ciudadana y Fortalecimiento Comunitario en la APS**, tiene por propósito contribuir al fortalecimiento, desarrollo, recuperación y difusión de buenas prácticas en participación ciudadana y fortalecimiento comunitario en salud que se hayan producido como resultado del trabajo colaborativo entre la ciudadanía, las organizaciones comunitarias y el equipo de salud en el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral de Salud enfocadas en los ejes de participación, prevención, promoción, intersectorialidad y gestión territorial en red local para los cuidados de la población.

6. Los objetivos fijados para esta estrategia

apuntan a:

a) Apoyar el desarrollo e intercambio de experiencias de participación ciudadana y de fortalecimiento comunitario con resultado valioso en la aplicación del Modelo de atención integral de salud con énfasis en los ejes de promoción, intersectorialidad, participación ciudadana y gestión comunitaria.

b) Fortalecer en los equipos de salud las competencias de sistematización, evaluación y réplica en nuevos escenarios, que permitan poner a disposición de otros, los aprendizajes generados en la aplicación del Modelo de Salud Integral con enfoque en Participación ciudadana y fortalecimiento comunitario.

7. Que, en base a las razones expuestas, dicto

la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. **APRUÉBASE** el “Programa de Apoyo a las Buenas Prácticas en Participación Ciudadana y Fortalecimiento Comunitario en la APS” en adelante, el Programa, cuyo texto es el que se inserta a continuación:

1. ANTECEDENTES

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. Su desarrollo se materializa en la eficiencia con que se reduce la carga de morbilidad, mitigando el impacto social y económico de las enfermedades¹. La participación ciudadana constituye un proceso político y social 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.²

En esa perspectiva, la participación ciudadana y los procesos de fortalecimiento comunitario, forman parte esencial de la obligación del Estado para promover y asegurar la participación de la ciudadanía en la administración pública.³ En el caso del Ministerio de Salud se dispone de una norma general de participación ciudadana que la define como “la capacidad de incidir en las decisiones respecto de la salud, ya sea en el diseño, implementación, evaluación de políticas, planes, programas y proyectos vinculados con la recuperación, rehabilitación, prevención de enfermedades y promoción de la salud, como también, en aquellas decisiones vinculadas al uso de inversión de recursos públicos”.⁴

La experiencia de los equipos de Atención Primaria en el desarrollo del modelo de atención integral familiar y comunitaria, ha contribuido a alcanzar mejores resultados en salud, sin embargo, todavía persiste el desafío de consolidar en las prácticas diarias de atención un enfoque promocional - preventivo que ponga al usuario al centro de las decisiones en salud,

¹ Minuta Técnica Promoción de la Salud. División Atención Primaria. Minsal. 2015. Disponible en https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/1_PROMOCION-DE-SALUD.pdf

² https://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Guia_salud_comunitaria_2016.pdf

³ Ley 20.500 sobre Asociación y Participación Ciudadana en la Gestión Pública.

⁴ Norma de Participación Minsal. Resolución Exenta N° 31 de 19 de enero de 2015.

desarrollando para ello experiencias y oportunidades de participación que fortalezcan capacidades individuales y colectivas de gestión y promoción de la salud⁵.

El Programa reconoce, fortalece y difunde el conocimiento generado desde estas experiencias de participación como un recurso valioso para la gestión local de la atención primaria, además permite poner a disposición de otros equipos los aprendizajes generados y que se constituyen en buenas prácticas en la aplicación del Modelo de Salud Integral, a nivel de Atención Primaria, para aplicarlos en nuevos escenarios, centrándose en las acciones de promoción de la salud.

El Programa de Apoyo a las Buenas Prácticas de Participación Ciudadana y Fortalecimiento Comunitario en la APS mantiene el foco central en la Promoción de la Salud, no obstante, pone énfasis en que ésta debe concebirse como una estrategia de intervención que integra la participación ciudadana en coherencia con el compromiso de Gobierno de la reforma a la salud primaria, relativa a potenciar la participación comunitaria incentivando el funcionamiento de los Consejos Consultivos de Salud y desarrollando proyectos multisectoriales hacia la comunidad con inclusión de la diversidad de representaciones de la sociedad civil.

En ese sentido, para el Gobierno, la Universalización de la Atención Primaria es uno de los pasos fundamentales para el inicio de la transformación del sistema de salud chileno en un Sistema Universal de Salud. La implementación en Chile de la universalización de la Atención Primaria de Salud (APS) es un desafío de gran envergadura, que debe realizarse sobre la base de un gran acuerdo técnico, político y social. Se trata de un esfuerzo conjunto para establecer una nueva política de Estado en que la APS pasará a convertirse en la principal estrategia de cuidado de salud para toda la población⁶.

Para el presente período, el programa de "Apoyo a las Buenas Prácticas en Participación Ciudadana y Fortalecimiento Comunitario en la APS" permite combinar los distintos elementos de los territorios, articulando, validando y difundiendo estrategias innovadoras en temas prioritarios de salud con foco en intervenciones sanitarias que permitan enfrentar la realidad epidemiológica de las respectivas comunidades, especialmente aquellas orientadas a la recuperación de los cuidados postergados en la comunidades como los temas de salud mental producto de la Pandemia de Covid-19.

2. FUNDAMENTACIÓN

La Atención Primaria de Salud APS está fuertemente ligada a procesos de organización y participación social en los territorios locales que se manifiestan en diversas formas de colaboración para resolver los problemas de salud de la población. La posibilidad de generar espacios democráticos deliberativos y asociativos de poder ciudadano pueden convertirse a corto y mediano plazo en la oportunidad de generar procesos de transformación en el ámbito de la salud mejorando la calidad de vida.

En este marco, el Modelo de Atención Integral de Salud familiar (MAIS) se orienta a generar condiciones y mecanismos que contribuyan a que las personas y las organizaciones sociales locales tengan el control sobre los determinantes sanitarios, a través de procesos de información, educación permanente y activa participación, facilitando el pleno ejercicio de sus derechos y responsabilidades en salud⁷.

La creación de entornos saludables no es posible sin participación activa de las personas como sujetos de derecho, que tienen la misión de construir sus organizaciones representativas para conocer, acordar, ejecutar y evaluar conjuntamente con los equipos de salud las intervenciones del modelo de atención. La organización local se constituye en la contraparte del derecho a la salud y el funcionamiento de la red de servicios.

⁵ García-Huidobro D, Barros X, Quiroz A, Barría M, Soto G, Vargas I. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e160. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.160>.

⁶ Universalización de la Atención Primaria. Minsal 2022.

⁷ Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud Familiar y comunitaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria, MINSAL y OPS, año 2013.

El MAIS, con enfoque comunitario promueve un modelo de gestión con enfoque territorial, con una organización de los servicios en redes y la prestación de atenciones de salud con énfasis en la promoción de la salud y anticipación al daño; teniendo como eje de intervención las personas, las familias y la comunidad. Para cumplir con estos propósitos, es pertinente articular los esfuerzos, recursos y capacidades en la red de salud, con la comunidad y la sociedad civil organizada.

Se entienden como buenas prácticas de participación en salud, aquellas experiencias o intervenciones que cuentan con un resultado valioso para las personas y comunidades desde la perspectiva sanitaria y que se sostienen en el tiempo, presentando una serie de beneficios: (a) Permiten describir las prácticas siguiendo un orden, lo que facilita su comparación con otras prácticas, una lectura organizada de sus aportes y logros, además de la difusión de lo que ellas enseñan como acciones socialmente responsables, (b) generan conocimiento y permite influenciar a otras organizaciones, y (c) la documentación hace que la práctica trascienda y que otras prácticas se enriquezcan⁸.

Por lo anterior, es importante identificarla, describirla y presentar la información de manera adecuada, intencionado el aprendizaje colectivo, el intercambio de conocimiento y la transferencia de éste para facilitar su utilización en otros escenarios y contextos afines, con el objetivo de lograr resultados similares. Asimismo, apuntan a facilitar y promover soluciones innovadoras, exitosas y sostenibles a problemas compartidos; permite tender puentes entre las soluciones empíricas efectivas, la investigación y las políticas, proporcionar orientaciones para el desarrollo de iniciativas nuevas y la definición de las políticas.

Sin embargo, no solo basta realizarla, sino que también es primordial su difusión, debido a que permite recoger y valorar el trabajo, los saberes y las acciones que realizan las personas en su trabajo cotidiano, permitiendo generar conocimiento válido empíricamente transferible y útil, dado que considera elementos de evaluación de resultados, retroalimentación de las acciones, y reorganización de ellas a partir de lo aprendido, alineada con el modelo de atención integral, con el enfoque familiar y comunitario y gestionando en red.

Posteriormente, el sistematizar estas experiencias, permite entender por qué ese proceso se desarrolla en la manera en que lo hace, interpretar lo que está aconteciendo a partir de un ordenamiento y reconstrucción de lo que ha sucedido en dicho proceso. Esto produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan la integración de los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora. Cuando este proceso finaliza, podemos comprender su lógica, obtener un aprendizaje valioso y significativo en relación a lo sucedido, lo que debería de traducirse en un conocimiento que nos oriente en una nueva intervención.

3. PROPÓSITO

Contribuir al fortalecimiento, desarrollo, recuperación y difusión de buenas prácticas en participación ciudadana y fortalecimiento comunitario en salud que se hayan producido como resultado del trabajo colaborativo entre la ciudadanía, las organizaciones comunitarias y el equipo de salud en el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral de Salud enfocadas en los ejes de participación, prevención, promoción, intersectorialidad y gestión territorial en red local para los cuidados de la población.

4. DESCRIPCIÓN

El Programa de Apoyo a las Buenas Prácticas en Participación Ciudadana y Fortalecimiento Comunitario en la APS, es una estrategia que espera contribuir a la profundización del Modelo de Atención en Salud mediante la implementación de acciones, estrategias y actividades que, coordinadas y articuladas entre los equipos de salud, las organizaciones y

⁸ PIQUE PRADO, Eva. Guía de buenas prácticas en Atención Primaria con perspectiva de género. *Index Enferm*. Granada, v. 20, n. 4, p. 267-271, dic. 2011. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300012&lng=es&nrm=iso>. accedido en 30 nov. 2022. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000300012>.

las comunidades locales, fomenten la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de las personas, familias y comunidades.

El Programa establece como una línea prioritaria el desarrollo y apoyo a prácticas de participación y de fortalecimiento comunitario innovadoras en salud con capacidad de sostenerse en el tiempo, que integran la participación como eje transversal y como una estrategia esencial del ejercicio de derechos por parte de las personas.

Los recursos están destinados al financiamiento de experiencias participativas en salud insertas en las siguientes líneas y estrategias de intervención:

Tabla N° 1: Líneas de Intervención del Programa.

Líneas de intervención	Aproximación Conceptual
Infancia	La infancia corresponde al período que se extiende desde el nacimiento hasta los 9 años 11 meses 29 días. Se trata de una etapa crucial de crecimiento y desarrollo, en la que se debe garantizar su calidad de vida, protección y resguardo de sus derechos, puesto que las experiencias de la primera infancia impactan en toda la trayectoria de su curso de vida. (UNICEF,2015)
Adolescencia	La adolescencia es la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, o sea, desde los 10 hasta los 19 años. Representa una etapa singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de la buena salud. Los adolescentes experimentan un rápido crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial. Esto influye en cómo se sienten, piensan, toman decisiones e interactúan con su entorno. A pesar de que la adolescencia está considerada como una etapa saludable de la vida, en su transcurso se producen muertes, enfermedades y traumatismos en una proporción considerable. Gran parte de esos problemas se pueden prevenir o tratar. Durante esta fase, los adolescentes establecen pautas de comportamiento –por ejemplo, relacionadas con la alimentación, la actividad física, el consumo de sustancias psicoactivas y la actividad sexual – que pueden proteger su salud y la de otras personas a su alrededor, o poner su salud en riesgo en ese momento y en el futuro (OMS)
Personas mayores / Envejecimiento Saludable	El Plan Nacional de Salud Integral de Personas Mayores 2020 – 2030 se enmarca en la Política Integral de Envejecimiento Positivo. Esta política asume tres objetivos estratégicos: el primero de ellos es mejorar o mantener la funcionalidad de las Personas Mayores; el segundo es el de mejorar la participación social; y el tercero es mejorar el bienestar subjetivo de este grupo etario. Dos de estos objetivos son asumidos como fines de este Plan Nacional, estos son el bienestar subjetivo y la participación social. Estos objetivos se asumen como fines por su carácter multidimensional e intersectorial, desde esta perspectiva el Ministerio de Salud contribuye al logro de estos objetivos desde sus recursos

	particulares, pero su cumplimiento cabal se encuentra fuera del límite de acción sectorial de salud por sí solo. (Minsal 2021).
Manejo y autocuidado de la salud de Personas con Enfermedades Crónicas no Transmisibles (Por ejemplo, Formación de Promotores Comunitarios del Programa de Salud Cardiovascular).	Las Enfermedades No Transmisibles (ENT), de larga duración y generalmente de lenta progresión, están dominando las necesidades de atención de salud en la mayoría de los países del mundo como consecuencia entre otros del envejecimiento poblacional, y un incremento progresivo de un patrón de estilo de vida no saludable. El origen de las ENT es multifactorial, documentándose a la fecha asociación con factores ambientales, genéticos, demográficos, socioeconómicos y culturales, entre otros. Especial mención tienen cuatro factores de riesgo (FR) conductuales, -tabaquismo, -dieta no saludable, - actividad física insuficiente y el -uso perjudicial de alcohol, que tienen en común ser dependientes de los estilos de vida y, por tanto, potencialmente modificables, así como estar involucrados en la aparición de las ENT de mayor morbimortalidad (www.redcronicas.cl)
Promoción de Estilos de Vida Saludables	La Promoción de la Salud como un proceso social y político dirigido a aumentar el control sobre los determinantes sociales de la salud por parte de los ciudadanos y las poblaciones, que incorpora no solamente el enfoque de los factores de riesgo, basados en el déficit, sino que incluye también un enfoque de salud positiva que pone el acento en los factores que potencian la salud de las personas y las sociedades y busca disminuir por esta vía las inequidades y desigualdades en salud, lo que se ha dado en llamar como modelo de activos en salud (Minsal 2020).
Prevención y Promoción de la Salud Mental	La provisión de servicios de salud a través de la Red Temática de Salud Mental que se organiza en torno a un primer nivel de atención de salud, que se focaliza en el fomento, apoyo a la resolución de problemas, atención y cuidados de las personas con trastornos mentales. En este nivel de atención, se incluye la promoción de la salud mental en diferentes contextos; familia, escuela, trabajo y comunidad, focalizando en diversos grupos a través del curso de vida. (Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, Pág.: 70)
Prácticas de Medicina Complementaria/Alternativa	Se entiende como Medicinas Complementarias/Alternativas (MCA) a "un amplio dominio de recursos de sanación que incluye todos los sistemas, modalidades, prácticas de salud, teorías y creencias que los acompañan, diferentes a aquellas intrínsecas al sistema de salud políticamente dominante de una sociedad particular en un período histórico dado". En otros términos, se trata de un variado conjunto de teorías y prácticas diferentes a la medicina oficial, transplantada e inserta en una sociedad que "tradicionalmente" no ha practicado esa medicina. Las medicinas de nuestros pueblos originarios (medicina tradicional) no entran en esta definición. (https://www.minsal.cl/medicinas-complementarias/).
Medio ambiente y entorno saludable	La salud y bienestar de las personas innegablemente está influenciada por el medio ambiente. La Organización Mundial de la Salud estima que un 24% de la carga

	mundial de morbilidad y un 23% de la mortalidad son atribuibles a factores medioambientales. En forma visionaria, el sector salud ya en la década del 60' plasmó en su desarrollo regulatorio la necesidad de una mirada sanitario-ambiental de los problemas ocasionados por el entorno físico de las personas, considerando no sólo los efectos directos en la salud, sino que también, reconociendo la importancia del bienestar y calidad de vida de las personas. Las condiciones de vida y la salud se relacionan con los territorios donde se nace y vive, se entiende el Municipio, como actor estratégico para mejorar los resultados en salud y la calidad de vida de la población, en conjunto con la comunidad e intersector" (Estrategia Municipios Comunas y Comunidades Saludables).
Pueblos Indígenas	La Declaración de las Naciones Unidas establece que los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, utilización de sus propias medicinas tradicionales y mantención de sus prácticas de salud, acceso sin discriminación alguna a todos los servicios sociales, de salud y participación en la adopción de decisiones en las cuestiones que afecten a sus derechos, por conducto de representantes elegidos por ellos de conformidad con sus propios procedimientos. (Resolución Asamblea General de Naciones Unidas, 2007) En tal sentido se asume que los pueblos indígenas en Chile, requieren especial atención desde el Estado, de carácter intersectorial, con la participación de diversos actores, que permita abordar la complejidad de las determinantes sociales que influyen en la condición de menores índices de escolarización, calificación, remuneración e indicadores sanitarios. Específicamente, los indicadores sanitarios, están bajo el promedio de la población no indígena en el país (CASEN 2017) y según información del Ministerio de Salud, disponible en "Serie Análisis de la Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile" (2006 – 2014, MINSAL).⁹
Población Migrante.	El concepto migrante designa a toda persona que se traslada fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente, y por diversas razones. Este término comprende una serie de categorías jurídicas bien definidas de personas, como los trabajadores migrantes; las personas cuya forma particular de traslado está jurídicamente definida, como los migrantes objeto de tráfico; así como las personas cuya situación o medio de traslado no estén expresamente definidos en el derecho internacional (OIM,2019)
Gestión de Riesgo de Emergencias y Desastres	Es el conjunto de medidas, estrategias y acciones que se realizan con el objetivo de evitar, reducir o disminuir el riesgo de desastres y sus efectos; siendo el riesgo la probabilidad de que ocurra un daño o pérdida frente a la interrelación de amenazas que pueden afectar a la empresa, ya sean de origen natural o antrópico (humano) y las vulnerabilidades de ésta (disposición interna a sufrir

⁹ Orientaciones Técnicas y Programáticas Programa de Salud y Pueblos Indígenas. Minsal 2022.

	daños ante la potencial ocurrencia de una determinada amenaza o peligro). “La emergencia” es socialmente entendida y aceptada como la alteración o interrupción intensa y grave de las condiciones normales de funcionamiento u operación de una comunidad. Es causada por un evento o por la inminencia del mismo y requiere de una reacción inmediata que exige la atención o preocupación de las instituciones del Estado, los medios de comunicación y de la comunidad. “El desastre “debe ser entendido como un proceso que mide la capacidad de un núcleo social para enfrentar con éxito sus emergencias, las que si sobrepasan la capacidad de una comunidad. (MINSAL)
Diversidad sexual	La diversidad sexual hace referencia a todas las posibilidades que tienen las personas de asumir, expresar y vivir la sexualidad, así como de asumir expresiones, preferencias u orientaciones, identidades sexuales y de género —distintas en cada cultura y persona. Es el reconocimiento de que todos los cuerpos, todas las sensaciones y todos los deseos tienen derecho a existir y manifestarse sin más límites que el respeto a los derechos de las otras personas. (Conapred, México, 2012)
Personas en situación de discapacidad	“Las personas con discapacidad son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, en interacción con diversas barreras, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás“. (OMS 2021)

Fuente: Elaboración Propia.

El Programa también adiciona puntaje a quienes incorporen y fundamenten en el desarrollo de sus propuestas los enfoques de Género, Equidad en salud, Participación social y comunitaria y quienes implementan el Programa para la recuperación ambiental y social, en el contexto del Modelo Integral de Atención en Salud (MAIS)

Tabla 2: Enfoques Transversales que adicionan puntajes por Panel Evaluador.

Género: La incorporación del enfoque de género en la salud busca reducir o eliminar las inequidades y discriminaciones que nacen de la cultura y que provocan consecuencias negativas en la salud de las personas. Para lograrlo, se deben considerar las necesidades particulares de mujeres y hombres, así como de personas de la diversidad sexual. La diferenciación de actividades, actitudes y conductas identificadas como masculinas o femeninas originan condiciones de vulnerabilidad específicas para la salud de cada género a lo largo de su ciclo de vida (Orientaciones Programáticas en Red, Minsal, 2022)
Equidad en Salud: Según la OMS, equidad puede ser definida como “la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidas social, económica, demográfica o geográficamente”. Avanzar hacia la equidad en salud, implica inducir cambios culturales y normativos para reducir las brechas resultantes de la estratificación social. Las acciones de salud deben estar orientadas a la minimización de las desigualdades, evitables en el nivel de salud y sus determinantes, que existen entre las personas y grupos con diferente nivel de privilegio social y requiere identificar los grupos sociales y territorios

excluidos. Algunas de las condiciones que generan inequidad en salud son el género y la cultura. (Orientaciones Programáticas en red, Minsal, 2022).

Participación Social y Comunitaria: La participación social en salud es una estrategia de habilitación de las personas y colectivos para poder decidir a nivel individual, familiar y comunitario, en las temáticas socio sanitarias que les afectan en sus territorios generando mecanismos e instancias de carácter participativo e inclusivo para el intercambio de información, análisis de la situación de salud y enfermedad local y la generación conjunta de soluciones. (Orientaciones Programáticas en red 2022)

Fuente: Elaboración Propia.

5. DE LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS

La asignación de recursos se hará sobre la base de las propuestas e iniciativas que presenten los Municipios que hayan sido declarados admisibles por el Servicio de Salud respectivo, con al menos 20 puntos; y cuya evaluación final haya sido efectuada con calificación superior a 5.0. El programa tiene por finalidad financiar un plan de mejora continua de las experiencias que participen y sean finalmente seleccionadas, que se identificará áreas a mejorar, objetivos específicos, indicadores, actividades asociadas, concepto de ítems de gasto, medios de verificación, cronograma y responsables. El impacto del proyecto podrá ser medido durante el desarrollo del proyecto.

Los recursos se dividirán en tres tipos de fondos:

- a) 1 fondo por Servicio de Salud
- b) Fondos asignados por cantidad de comunas dentro del Servicio de Salud
- c) Fondo variable según indicadores de riesgo (Salud – Social – Comuna) y población inscrita validada FONASA

Tipo de Fondo	Monto máximo a asignar	Requisitos
A	\$18.000.000	Debe involucrar a toda la población de la comuna en el proyecto a ejecutar.
B	\$6.000.000	El proyecto involucra a la población inscrita a un Centro de Salud, CES, CESFAM, PSR, HC.
C	\$3.000.000	Involucra a un sector de un Centro de Salud Familiar o un grupo objetivo priorizado en el proyecto.

6. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar y difundir experiencias innovadoras de Participación Ciudadana y Fortalecimiento Comunitario en la Atención Primaria de Salud que integren la promoción, prevención, rehabilitación y la gestión de cuidados postergados a través de fondos concursables que permitan poner en valor el trabajo de los equipos locales e incrementar las capacidades comunitarias en el cuidado y protección de la salud.

7. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Apoyar el desarrollo e intercambio de experiencias de participación ciudadana y de fortalecimiento comunitario con resultado valioso en la aplicación del Modelo de atención integral de salud con énfasis en los ejes de promoción, intersectorialidad, participación ciudadana y gestión comunitaria.

Fortalecer en los equipos de salud las competencias de sistematización, evaluación y réplica en nuevos escenarios, que permitan poner a disposición de otros, los aprendizajes generados en la aplicación del Modelo de Salud Integral con enfoque en Participación ciudadana y fortalecimiento comunitario.

8. PRINCIPALES COMPONENTES.

Tabla N° 3: Componentes del Programa.

Componente	Descripción
Participación Ciudadana	La Participación Ciudadana en Salud se define como la capacidad de incidir en las decisiones respecto de la salud, relacionadas con el diseño, implementación, evaluación de políticas, planes, programas y proyectos vinculados con la recuperación, rehabilitación, prevención de enfermedades y promoción de la salud, como también, en aquellas decisiones vinculadas al uso e inversión de recursos públicos (Minuta Técnica, Minsal, 2022)
Fortalecimiento Comunitario	Conjunto de acciones y estrategias que se orientan a fomentar la cooperación y trabajo solidario entre las organizaciones, grupos y personas con el propósito de enfrentar un problema determinado en el ámbito de salud. El fortalecimiento comunitario contribuye a consolidar las redes sociales y comunitarias sobre la base de los activos comunitarios que pueden ser movilizados para la gestión en salud. (Fuente: elaboración propia)
Buenas Prácticas	Una buena práctica es una experiencia o intervención que ha generado un resultado valioso para la salud de las personas y comunidades que se ha implementado con resultados positivos, siendo eficaz y útil en un contexto concreto; contribuyendo así al afrontamiento, regulación, mejora o solución de problemas y/o dificultades que se presenten en el trabajo diario de las personas en los ámbitos clínicos, de la gestión, satisfacción usuaria u otros, experiencia que puede servir de modelo para otros equipos de salud.(Programa de Salud y Medicina Familiar UdeC).

9. PRODUCTOS ESPERADOS

- Implementación de buenas prácticas participativas y comunitarias que incluyan iniciativas creativas, innovadoras y replicables como resultado de la gestión participativa en el cuidado, prevención y promoción de la salud.
- Informe de sistematización de las experiencias de trabajo colaborativo realizada por las organizaciones comunitarias con la asistencia técnica de las contrapartes técnicas del área de participación ciudadana de los Servicios de Salud.
- Implementación de Jornada de Intercambio de Experiencias (modalidad webinar/presencial) con las organizaciones y equipos de salud de la red que lideraron el desarrollo de la iniciativa.
- Capacitación de equipos de APS y organizaciones de salud en metodologías que permitan la transversalización de la participación ciudadana y del fortalecimiento comunitario en el marco de las actividades que realizan anualmente con los Consejos de Desarrollo Local u otras organizaciones de su territorio.

10. ORIENTACIÓN PARA LA CONVOCATORIA, REVISIÓN, ADMISIBILIDAD Y SELECCIÓN DE LOS PROYECTOS

La convocatoria la realizará cada Servicio de Salud mediante los medios de información y comunicación usuales con los establecimientos y equipos de APS. Los proyectos serán elaborados en conjunto entre las organizaciones sociales vinculadas a salud u otras organizaciones de la sociedad civil y los establecimientos de salud contemplados en este Programa. Posteriormente, será el municipio quién envíe y presente los proyectos al Servicio de Salud correspondiente.

Para la elaboración de las iniciativas se deberá obligatoriamente utilizar formato tipo proporcionado por la División de Atención Primaria de Salud (DIVAP), incluida en las orientaciones técnicas que serán remitidas a los Servicios de Salud.

Durante la selección de proyectos, se recomienda que los equipos técnicos del Servicio de Salud que participe de este proceso, realicen la sistematización y guíen a las organizaciones sociales en la elaboración de proyectos.

Requerimientos para postulación de proyecto

1. El proyecto debe ser elaborado participativamente entre la organización social y el establecimiento de salud de atención Primaria, ya sea CES/CESFAM, Posta de Salud Rural, CECOSF u Hospital Comunitario.
2. La presentación del Proyecto debe ir acompañada de una carta compromiso entre las organizaciones y las autoridades municipales, según corresponda (ANEXO N° 1).
3. Se debe adjuntar el "formulario de postulación para el financiamiento de iniciativa de Participación ciudadana en atención primaria" (ANEXO N° 2).
3. Considerar entre las actividades del proyecto, aplicación de exámenes de medicina preventiva (EMP, EMPAM) o cualquier otra actividad de salud que contribuyan a la prevención, promoción de salud.
4. El proyecto debe considerar ejecución de actividades en los establecimientos intramurales (**30%**) (establecimientos municipales) y extramurales (70%) (juntas vecinales, gimnasios, multicanchas, plazas, etc.) y en horario **no hábil**. (70%)
5. El proyecto debe considerar una carta Gantt de actividades a realizar en el proyecto (mínimo 4 etapas: planificación; ejecución; evaluación; sistematización).
6. Para los efectos de población se considera la validada por FONASA para el año 2023.
7. Incluir solo RRHH temporales (que no impliquen continuidad de contrato).
8. No podrán participar organizaciones con fines de lucro.

Participantes:

Los establecimientos de atención primaria deben diseñar, presentar y ejecutar los proyectos en conjunto con organizaciones sociales (funcionales, territoriales y uniones comunales) constituidas de conformidad a las leyes N°s 19.418, 19.253 y 20.500, incluyendo aquellas

regidas por leyes especiales, registradas como de interés público y que estén desarrollando acciones en beneficio de los usuarios.

11. PROCESO DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE LAS INICIATIVAS DE BUENAS PRÁCTICAS

1. Panel de evaluación

En cada Servicio de Salud se conformará un panel evaluador que estará constituido por el jefe o director de Atención Primaria del Servicio de Salud, un representante del Departamento de Participación Ciudadana del mismo Servicio de Salud, un representante de organizaciones comunitarias a nivel del Servicio de Salud según corresponda, un representante de las entidades administradoras de salud municipal y un profesional de la División de Atención Primaria (DIVAP) del Minsal. De igual forma, el Panel podrá invitar a un representante de la SEREMI de salud (Promoción y/o Participación). En el caso de los establecimientos de APS dependientes de los Servicios de Salud, se considerará la participación de a lo menos un director/a de estos establecimientos.

Será responsabilidad del Panel de Evaluación realizar el análisis de admisibilidad, la evaluación y selección de las buenas prácticas seleccionadas, debiendo para ese efecto, levantar un acta de las iniciativas seleccionadas con sus respectivos puntajes para ser remitidos a la División de Atención Primaria (DIVAP) del Minsal.

Para poder sesionar, el panel evaluador debe contar con la representación de al menos el 50%+1 de los miembros que la conforman.

Desde el servicio deberán designar a un/una profesional que haya estado vinculada y conozca la trayectoria de formulación de los proyectos y haya participado de todo el proceso, de esta forma se asegurará la capacidad de gestión del Servicios de Salud con el fin de facilitar la ejecución de los planes de mejora de las comunas y conocer el grado de cumplimiento del convenio.

La evaluación considerará los antecedentes presentados en el formulario de postulación (Anexos N°1 y N°2) con lo que se realizará una pre selección, determinándose una nómina de postulaciones que sean admisibles (Anexo N°3).

Cada panel evaluador deberá definir si sumará visitas en terreno a las experiencias preseleccionadas y/o convocatorias de las mismas a las sesiones del panel; con el fin de aportar y/o verificar antecedentes formales presentados y la respectiva asignación de los puntajes.

Panel de Evaluación: Criterios Selección de Buenas Prácticas en Participación y Fortalecimiento Comunitario.

Criterios de evaluación:

La realización del proceso de evaluación se realizará sobre la base de cinco (5) criterios. Según el logro de cada uno de ellos, el panel deberá otorgar un puntaje entre uno (1) y cinco (5), a cada buena práctica presentada.

CRITERIO	DESCRIPCIÓN
Coherencia	El grado de coherencia en la presentación de la experiencia en cuanto a su objetivo, desarrollo y logros, considerando que pueden existir imprevistos que requieran realizar ajustes durante el desarrollo de la esta

CRITERIO	DESCRIPCIÓN
Impacto	Se refiere al cambio generado en la situación o motivación inicial con el desarrollo de la iniciativa y la asociatividad con actores locales
Innovación	Se entenderá innovación, como una acción, metodología o introducción de elementos nuevos, para la solución de problemáticas territoriales y/o comunitarias. Siendo el principal componente a evaluar la capacidad novedosa y creativa en el diseño de soluciones a los problemas
Sostenibilidad	Se refiere a la capacidad que la experiencia perdure en el tiempo y otorgarle continuidad.
Réplica	Apunta a la posibilidad de implementar la experiencia en otras comunidades o territorios

2. Criterios y definiciones básicas.

a) Alcance del programa:

Dirigido a todos los establecimientos de Atención Primaria de Salud Municipales y dependientes de Servicios de Salud.

La postulación debe ser presentada al Director del Servicio de Salud junto al proyecto y todos anexos solicitados.

b) Presentación de la Buena Práctica:

1. DATOS						
Municipalidad / Comuna						
Servicio de Salud						
Establecimiento APS						
Nombre de la organización (es)						
Nombre de la Buenas Práctica						
Fondo al que postula	Fondo A		Fondo B		Fondo C	

c) Criterios de ADMISIBILIDAD del proyecto:

1. ETAPA (Check list)			
Criterios	SI	NO	OBSERVACIONES
Cumple con fecha de entrega			
Posee coherencia presupuestaria			
Tiene como objetivo la participación ciudadana y el fortalecimiento comunitario en el marco del MAIS.			

*** Si no cumple con uno o más de estos criterios, quedará automáticamente INADMISIBLE.

d) Puntuación de ADMISIBILIDAD del proyecto:

1. LINEA DE INTERVENCION (Marca con una X la o las líneas que abarca el proyecto)			
Gestión de riesgo de emergencias y desastres		Autocuidado y Manejo de personas con Enfermedades Crónicas no Trasmisibles	
Adolescentes (10 a 19 Años)		Promoción de Estilos de Vida Saludable	
Personas Mayores/ Envejecimiento Saludable		Infancia	
Medicina Complementaria		Medio ambiente y entorno saludable	
Prevención y Promoción de la Salud Mental		Pueblos Indígenas	
Diversidad Sexual		Personas en Situación de Discapacidad	
Población Migrante			
CRITERIO			
PONDERACION			
1 línea		5 PTS	
Entre 2 y 6 líneas		10 PTS	
7 líneas o más		15 PTS	
TOTAL			

2. ADICIONALES: Género, Equidad en Salud, Participación Social y Comunitaria; (Marca con una X la cantidad de estas temáticas que abarca el proyecto)		
CRITERIO	PONDERACION	RESULTADO
1 temática	5 PTS	
2 temáticas	10 PTS	
3 temáticas	15 PTS	
4 temáticas	20 PTS	
TOTAL		

3. N° DE ORGANIZACIONES (Marca con una X la cantidad de organizaciones que participan del proyecto)			
Organizaciones Sociales, Funcionales y Territoriales	CRITERIO	PONDERACION	RESULTADO
	1 a 2 organizaciones	5 PTS	
	Entre 3 y 4 Organizaciones	10 PTS	
	Entre 5 y 6 organizaciones	15 PTS	
	7 y más organizaciones	20 PTS	
TOTAL			

4. Beneficiarios Directos (Marca con una X la cantidad de personas que participan directamente de las acciones del proyecto)			
	CRITERIO	PONDERACION	RESULTADO
Personas	25 a 50	5 PTS	
	51 a 100	10 PTS	
	101 a 250	15 PTS	
	251 y más	20 PTS	
TOTAL			

PUNTAJE ADMISIBILIDAD FINAL

ADMISIBILIDAD	ADMISIBLE		NO ADMISIBLE	
OBSERVACIONES				

IMPORTANTE: EL **PUNTAJE MÍNIMO** PARA AVANZAR A LA ETAPA DE EVALUACIÓN FINAL SERÁ DE **20 PUNTOS**.

FIRMA COMISIÓN DE EVALUACIÓN DE SERVICIO DE SALUD			
Nombre	Institución	Cargo	Firma

e) Documentación requerida (para resguardo del Servicio de Salud)

Documentación			
1.- Dimensión del Proyecto	SI	NO	OBSERVACIONES
Carta de compromiso (Anexo 1)*			
Registro Organizaciones (Anexo 2)			
Adjunta Personalidad jurídica u otro documento que acredite la existencia formal de la Organización			
Registro en la Superintendencia de Salud (funcionarios de salud) o CV de quien realiza la actividad			

*: solo para establecimientos municipales.

12. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El monitoreo y evaluación estará a cargo de los respectivos Servicios de Salud, quienes informarán sobre el cumplimiento y ejecución de los proyectos conforme a su estado de avance.

Seguimiento: Informe de avance en el periodo de duración de la iniciativa presentado por la comuna y aprobado por el Servicio de Salud respectivo.

Evaluación: Informe de término de la iniciativa con hitos de realización de las actividades en proyecto, presentado por la comuna y aprobado por el Servicio de Salud respectivo.

La primera evaluación se realizará con corte al 30 de junio de cada año.

Corresponderá a los Servicios de Salud, verificar el avance de las iniciativas. Las comunas y establecimientos enviarán la información al Servicio de Salud, quien consolidará y enviará a la División de Atención Primaria (DIVAP) con el fin de pesquisar dificultades y corregirlas oportunamente, dando cuenta en un Informe preliminar los avances de las iniciativas.

La segunda evaluación se realizará con corte al 30 de agosto de cada año, conforme a tabla 4, acompañando Informe de Avance de actividades y presupuesto.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación el Servicio de Salud elaborará las orientaciones y acciones que corresponda para favorecer la óptima implementación del programa, emitiendo el informe a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, conjuntamente con el informe de resultados.

Conforme los resultados obtenidos en esta evaluación se harán efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 100%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Tabla N° 4:

Resultado de la Evaluación: Porcentaje de Cumplimiento de Metas	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota
Cumplimiento igual a 100%	0%
Cumplimiento menor a 100%	Entrega de Recursos proporcional al cumplimiento

La tercera evaluación y final, se efectuará con corte al 31 diciembre de cada año, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las acciones comprometidas.

El incumplimiento de las acciones comprometidas dará lugar a la reliquidación del Programa. No obstante, lo anterior, y siempre que existan razones fundadas y debidamente respaldadas, la comuna podrá solicitar que no se reliquide el Programa al Servicio de Salud, acompañando un Plan de Trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. El Servicio de Salud analizará los antecedentes y de ser procedente los remitirá al Ministerio de Salud, que resolverá la petición.

Con todo, siempre el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del Programa al 31 de diciembre del año respectivo y las comunas deberán rendir cuenta financiera y evaluar las metas al final del período. El no cumplimiento de las actividades y metas anuales, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente Programa para esa anualidad.

Los recursos (producto de la reliquidación) que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, podrán ser

reasignados por el Servicio de Salud, a comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha del corte del año en curso, en el mismo Programa.

13. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

INDICADOR N°	NOMBRE DEL INDICADOR	
1	Elaboración de Convenios con las comunas	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
Número de Buenas Prácticas seleccionadas / N° de Buenas Prácticas con convenio en plataforma de monitoreo APS * 100		100% al 31 de agosto
		FUENTE DE INFORMACIÓN
NUMERADOR	1. Ficha resumen “selección de buenas prácticas en APS” 2. Actas panel evaluador de cada Servicio de Salud. 3. Sistema de Monitoreo de APS.	
Número de Buenas Prácticas seleccionadas		
DENOMINADOR		
N° de Buenas Prácticas con convenio en plataforma de monitoreo APS		

INDICADOR N°	NOMBRE DEL INDICADOR	
2	Cumplimiento plan de trabajo contenido en buena práctica seleccionada	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
Número de actividades cumplidas / N° de actividades programadas * 100		100% al 31 de diciembre
		FUENTE DE INFORMACIÓN
NUMERADOR	Documento Informe de Ejecución/Plan de Mejora de buenas prácticas seleccionadas y en ejecución aprobadas por Servicio de Salud identificando áreas a mejorar, objetivos específicos, indicadores, actividades, concepto de ítems de gasto asociados, medios de verificación, cronograma y responsables. Informe de ejecución de Planes de Mejora de Buenas Prácticas al 31 de diciembre, elaborado por el Servicio de Salud.	
Número de actividades cumplidas		
DENOMINADOR		
N° de actividades programadas		

INDICADOR N°	NOMBRE DEL INDICADOR	
3	Planificación e Implementación de Jornada de Intercambios de Resultados de Experiencias entre Organizaciones Comunitarias en la Red Asistencial (Presencial y/o Virtual)	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
Número de Buenas Prácticas seleccionadas / N° de Buenas Prácticas participan		100% al 31 de diciembre

activamente en Jornada de Intercambio APS * 100	FUENTE DE INFORMACIÓN
NUMERADOR	1. Registro asistencia a jornada de representantes. 2. Difusión y publicidad de la jornada. 3. Informe de Sistematización de la jornada.
Número de Buenas Prácticas Seleccionadas.	
DENOMINADOR	
Número de Buenas Prácticas participantes en Jornada de Intercambio APS	

Asimismo, el Servicio de Salud podrá establecer los indicadores y medios de verificación en el convenio respectivo, debiendo contemplar al menos lo siguiente:

1. Lista de asistencia en cada uno de los días de actividades del proyecto (para el caso de talleres, cursos, encuentros y seminarios en el que registren las firmas de los participantes).
2. Registros fotográficos y/o audiovisuales del desarrollo del proyecto.
3. Difusión de la actividad por Redes Sociales de la Organización que realiza el proyecto.

Será responsabilidad de cada comuna verificar la veracidad de la información entregada y de los respectivos Servicios de Salud solicitar los respaldos suficientes a fin de comprobar su veracidad.

14. FINANCIAMIENTO

Establecimientos de dependencia del Servicio de salud.

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

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos, metas y prestaciones a los establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación.

Los recursos serán asignados por la Dirección del Servicio de Salud respectivo de acuerdo al marco presupuestario definido por la Ley de Presupuesto del año vigente.

La ejecución del subtítulo 22 Bienes y Servicio de Consumo correspondiente al 70% de los gastos para la debida implementación de las actividades destinadas al cumplimiento de los objetivos, componentes, metas e indicadores señalados en el Programa se realizará desde el momento que se dicte la resolución que asigne los mismos a los establecimientos dependientes, a través del cumplimiento de las instrucciones emanadas por la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda informada en los oficios Circulares N° 8 y 9 de fecha 1 de Abril y 28 de Abril de 2020 respectivamente, donde señala que las compras serán realizadas con disponibilidad presupuestaria de acuerdo a la información Financiera de Estado mediante la interoperación con el Sistema de Compras Públicas y el pago se realizará centralizadamente desde la Tesorería General de la República (TGR) vía transferencia a las cuentas corrientes de los proveedores del Estado.

La ejecución del gasto del 30% restante del total de recursos, se realizará a contar del mes de octubre del año, del cual se rebajará los recursos correspondientes a la aplicación de la reliquidación que se realice respecto a los resultados de la evaluación, de acuerdo a los indicadores definidos en el programa.

En el caso de que los servicios prestados por el subtítulo 22 se encuentren exceptuados del pago centralizado de la Tesorería General de la República, y sean los Servicios de Salud los que deban realizar dicho pago, deberán emitir un informe adjuntado todos los respaldos necesarios para la transferencia de los recursos. En la situación del subtítulo 21 la primera cuota correspondiente al 70% se transferirá a la total tramitación de la resolución que asigna los mismos a los establecimientos dependientes y la segunda cuota correspondiente al 30% restante del total de recursos se transferirá a contar del mes de octubre del año correspondiente.

Establecimientos de dependencia municipal

El Programa de Salud se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, asociada al Subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes" Ley N° 19.378, glosa 02 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de enero a diciembre de cada año de acuerdo con el marco presupuestario asignado.

Se deja constancia que la glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público antes citada, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la ley N° 19.378, la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal conforme a normativa establecida en esa misma ley o bien a honorarios acorde con lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades vinculadas con sus objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos).

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 70% contra la total tramitación de la resolución que aprueba el convenio respectivo, y el 30% restante en octubre del año respectivo, con el informe de cumplimiento del plan de mejora implementado para fortalecer y difundir el proyecto en el territorio.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los Municipios mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa.

El gasto que irrogue el Programa deberá ser imputado al ítem 24 03 298.

Estas transferencias se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República.

Se podrá incorporar en estos convenios, una cláusula que permita su prórroga automática, siempre que el Programa de Salud a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 01 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del año mismo.

Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo período.

ANEXO N° 1

CARTA DE COMPROMISO MUNICIPAL **Programa de Apoyo a las Buenas Prácticas en Participación Ciudadana y** **Fortalecimiento Comunitario en Atención Primaria de Salud**

Por medio de la presente, la I. Municipalidad de _____,
se compromete a proporcionar el apoyo técnico necesario a la Iniciativa denominado
" _____", presentado en conjunto por la organización
_____ y el Establecimiento de Atención Primaria
_____.

Para estos efectos se establece que la contraparte Municipal es
_____, quién será el responsable de la coordinación,
implementación, correcta ejecución presupuestaria y posterior rendición al Servicio de
Salud _____.

En caso que los fondos asignados no logren cubrir la totalidad de la actividad, esta
municipalidad se compromete a realizar un aporte adicional para el éxito del proyecto.

Sin otro particular, se despide Atte.

Fecha: _____

Nombre Firma y Timbre
Alcalde/sa.

ANEXO N° 2

FORMULARIO DE POSTULACIÓN PARA EL FINANCIAMIENTO Programa de Apoyo a las Buenas Prácticas en Participación Ciudadana y Fortalecimiento Comunitario en Atención Primaria de Salud

1.- IDENTIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN QUE POSTULA LA INICIATIVA:	
NOMBRE	
RUT	
DOMICILIO	
COMUNA	
REGIÓN	
TELÉFONO	
CORREO ELECTRÓNICO	@ (para ser utilizado como vía oficial de comunicación)
CENTRO DE SALUD	
SERVICIO DE SALUD	

2. Nombre de la Iniciativa
3. Objetivo/s <i>Se refiere al "qué" se quiere hacer y logro que se quiera alcanzar. Los objetivos específicos se refieren al "cómo" se llevará a cabo, relacionados a la temática postulada. Extensión máxima es de 1.500 caracteres.</i>
4. Fundamento de la Iniciativa <i>Se refiere al "por qué" es importante llevar a cabo esta iniciativa. Extensión máxima es de 2.000 caracteres.</i>

13.Equipo de trabajo: Profesionales que ejecutarán la actividad, quienes deben acreditar su experiencia mediante Currículum Vitae Simplificado o inscripción en la Superintendencia de Salud.

Nº	Nombre y apellidos	RUT	Rol en el proyecto
1			
2			
3			
4			
5			
6			

ANEXO N°3

(Ciudad), ____ de (mes) de 20__

NÓMINA DE POSTULANTES Y RESULTADOS DE ADMISIBILIDAD

La nómina de postulantes en virtud del proceso de admisibilidad, respecto del cumplimiento de todos y cada uno de los requisitos establecidos en las bases administrativas, generado por el Servicio de Salud es el siguiente:

Municipalidad	Postulante (Establecimiento APS y Organización Civil)	Nombre del Proyecto	Fondo al que postula	Cumplimiento de admisibilidad (SI/NO)
Observaciones:				
Observaciones:				
Observaciones:				

*En caso de NO admisibilidad, favor señalar brevemente las observaciones.

NÓMINA DE COMUNAS QUE NO PRESENTARON PROYECTOS

Municipalidad

2. Este Programa de Salud se financiará con recursos contemplados en la ley de presupuestos del sector público del año respectivo.

3. La presente resolución comenzará a regir el día 01 de enero del 2023.

4. **PÓNGASE TÉRMINO** a la resolución exenta N° 992 de 22 de diciembre de 2021, del Ministerio de Salud, a partir de la entrada en vigencia de la presente resolución.

5. **REMÍTASE** una copia de la presente resolución a todos los Servicios de Salud del país.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



XIMENA AGUILERA SANHUEZA
MINISTRA DE SALUD

DISTRIBUCIÓN:

- Jefa de Gabinete Ministra de Salud.
- Jefe de Gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Servicios de Salud del país.
- División de Atención Primaria.
- División de Presupuesto de Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- División Jurídica.
- Oficina de partes.