

EVALUACIÓN FOCALIZADA DE ÁMBITO

PROGRAMA DE REFORZAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN,
TRANSPARENCIA Y PRODUCTIVIDAD FISCAL
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS
MINISTERIO DE HACIENDA

Septiembre, 2025



EVALUACIÓN FOCALIZADA DE ÁMBITO
PROGRAMA DE REFORZAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN, TRANSPARENCIA Y PRODUCTIVIDAD FISCAL
Dirección de Presupuestos – DIPRES © 2025 DIPRES

Directora de Presupuestos: Javiera Martínez Fariña.
Jefe de Departamento de Evaluación, Transparencia
y Productividad Fiscal: Rodrigo Díaz Mery.

Equipo a cargo de la publicación:
María José Peres Siredey, bajo la conducción de Valeria Signorini Benavides (Jefa
Subdepartamento de Evaluación de Programas).

La evaluación contó con el apoyo de Daniela Sugg como colaboradora externa.
Esta evaluación se desarrolló como parte de la Línea de Evaluación Focalizada del Ámbito
de acuerdo con lo establecido en el Decreto Exento N° 444, del 07 de diciembre de 2023, del
Ministerio de Hacienda.

Siempre que es posible se intenta usar un lenguaje no discriminador ni sexista. No obstante,
para no obstaculizar la lectura, en los casos que sea pertinente, se usa el masculino genérico,
que la gramática española entiende que representa a hombres y mujeres en igual medida.

Se autoriza su reproducción siempre y cuando se haga referencia explícita a la fuente.
Para referenciar emplear el siguiente formato: DIPRES (2025). Evaluación Programa de
Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud. Informe Final. Departamento de Evaluación,
Transparencia y Productividad Fiscal. Santiago, Chile.

Registro de Propiedad Intelectual: Pendiente
ISBN: Pendiente
Diseño y Diagramación: M. Martínez V.



EVALUACIÓN FOCALIZADA DE ÁMBITO

PROGRAMA DE REFORZAMIENTO DE LA

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (PRAPS)

DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN, TRANSPARENCIA Y PRODUCTIVIDAD FISCAL

DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS

MINISTERIO DE HACIENDA

EVALUACIÓN FOCALIZADA DE ÁMBITO¹

PROGRAMA DE REFORZAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (PRAPS)

¹ El proceso evaluativo se encuentra en su etapa final, lo que implica que la respuesta institucional está en elaboración, apenas esté disponible se publicará en el sitio web de Dipres.

Índice

I.	Introducción.....	6
II.	Objetivos	8
i.	Objetivo General.....	8
ii.	Objetivos Específicos	8
III.	Metodología.....	9
IV.	El sistema de salud en Chile	13
V.	Análisis de diseño.....	18
i.	Descripción del Praps.....	18
ii.	Sistema de Seguimiento y Monitoreo	22
iii.	Tipología de los Praps	24
iv.	Transversalización de la perspectiva de género	27
VI.	Análisis de estrategias y prácticas de implementación	31
i.	Análisis y sistematización de convenios	31
ii.	Aplicación de entrevistas: análisis de estrategias y prácticas.....	36
i.	Principales hallazgos a nivel de servicios de salud	36
ii.	Principales hallazgos a nivel de referentes de salud en Divap	38
iii.	Análisis del Praps como sistema de financiamiento	40
i.	Resultados aplicación de entrevista	41
VII.	Conclusiones	52
VIII.	Recomendaciones.....	55
i.	Recomendaciones de diseño	55
ii.	Recomendaciones en el ámbito de implementación:	56
IX.	Bibliografía	58
X.	Anexos.....	60
	Anexo 1: Caracterización de programas que componen Praps en el periodo evaluativo	60
	Anexo 2: Caracterización en base a información del Monitoreo 2022 y 2023	66

Anexo 3: Actualización en las metodologías de medición de perspectiva de género en el Sistema De Monitoreo	68
Anexo 4: Profundización de Implementación - Pauta Entrevistas.....	77
Anexo 5: Pauta de entrevistas Análisis de Sistema de Financiamiento	81
Anexo 6: Consentimiento informado.....	89

Glosario

APS: Atención Primaria de Salud.

Cecosf: Centros Comunitarios de Salud Familiar.

Cesfam: Centros de Salud Familiar.

DFL: Decreto con Fuerza de Ley.

Divap: División de Atención Primaria de Salud de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

Fonasa: Fondo Nacional de Salud.

GES: régimen de garantías explícitas en salud.

IAAPS: índice de actividades de la atención primaria de salud.

Mais: modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en atención primaria

Minsal: Ministerio de Salud

ONG: organizaciones no gubernamentales.

PRAPS: programa de atención primaria de salud

PSF: plan de salud familiar

RISS: redes integradas de servicios de salud

SAPU: servicio de atención primaria de urgencia.

SAR: servicio de alta resolutiveidad.

SUR: servicio de urgencia rural

SS: servicios de salud

I. Introducción

El Programa de Reforzamiento a la Atención Primaria de Salud (PRAPS) fue creado en la década de 1990 con el propósito de apoyar iniciativas complementarias al Plan de Salud Familiar², el cual constituye la base de las prestaciones y servicios de salud destinados a la población adherida al seguro público de salud, y en el futuro, a toda la población independiente de su seguro de salud.

La atención primaria de salud en Chile se financia principalmente a través de transferencias desde el gobierno central, gestionadas por el Ministerio de Salud, siendo el financiamiento per cápita el más relevante. Este monto se define anualmente considerando la población atendida, el plan de salud a otorgar y la disponibilidad de recursos del erario fiscal.

Con el paso del tiempo, los Praps en cuanto agrupación de iniciativas que buscan fortalecer la atención primaria de salud, han experimentado un crecimiento significativo en términos de volumen, convirtiéndose en un componente relevante dentro de las transferencias financieras hacia los establecimientos de salud. Sin embargo, a pesar de su creciente importancia, hasta la fecha no existe una evaluación sistemática que analice su diseño, implementación y desempeño.

Por otra parte, la línea de Evaluación Focalizada de Ámbito (EFA) tiene por objetivo el análisis de programas públicos en ámbitos específicos como diseño, implementación y/o costos. Este instrumento permite dar respuesta a preguntas determinadas para la toma de decisiones.

Específicamente, esta evaluación, mandatada por el Ministerio de Hacienda, corresponde a los ámbitos de diseño e implementación. El objetivo general de esta evaluación es: “analizar y evaluar el Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (Praps) en el ámbito de diseño de la estrategia, identificando espacios de mejora en su desempeño para el periodo 2019 a 2023”.

Este informe se estructura en seis capítulos. El primer capítulo contiene la descripción de la metodología utilizada para realizar el análisis de diseño de la estrategia, así como también de la implementación; el segundo capítulo aborda la descripción del sistema de salud en Chile. En el tercer capítulo se desarrolla el análisis de diseño, que considera la descripción del PRAPS tanto como un sistema de financiamiento y como una agrupación de iniciativas, profundizando además en el vínculo con el Sistema de Monitoreo y Evaluación, revisando su participación en la oferta programática

² El artículo 56 de la Ley 19.378 del año 1995 indica que, en el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de la ley impliquen un mayor gasto para la municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49. Esto es reafirmado en el decreto fundado que define el valor del per cápita basal, que indica que Minsal dictará la resolución correspondiente para los fines estipulados. Este es el artículo que establece el estatuto de la atención primera municipal que permite la creación del PRAPS como un mecanismo complementario de financiamiento.

declarada por División de Atención Primaria del Ministerio de Salud (Divap), analizando el tiempo que llevan estas iniciativas implementándose y si es que incorporan la perspectiva de género.

El cuarto capítulo profundiza en el análisis de estrategias y prácticas de implementación, comenzando con el análisis y sistematización de los convenios que respaldan todas las transacciones que se generan para el funcionamiento de las iniciativas que componen PRAPS en un ciclo presupuestario; luego continúa con entrevistas de profundidad a referentes de programas, pertenecientes a Divap, y representantes de diversos servicios de salud y referentes de las iniciativas, identificando fortalezas, debilidades, y oportunidades de mejora del programa en su conjunto, así como las prácticas implementadas en su gestión. Se presentan los principales hallazgos a nivel de referentes de salud y de servicios de salud. Finalmente, se realiza un análisis del sistema financiero, con una metodología de Evaluación 360° en base a una aplicación ajustada de la Matriz de Progreso de Financiamiento³ en Salud.

El quinto capítulo abarca las conclusiones, las que se agrupan según el ámbito de investigación y análisis presentado en cada uno de los capítulos detallados previamente, considerando los principales hallazgos en relación con el diseño del PRAPS y luego respecto al ámbito de implementación.

Finalmente, el sexto capítulo propone recomendaciones que se centran en los importantes desafíos administrativos y estructurales que enfrenta el PRAPS, basados en los principales hallazgos de los diversos levantamientos de información realizados, así como también en la información que el propio servicio a cargo del programa proveyó para esta evaluación. Para fines metodológicos, se agrupan en recomendaciones a nivel de diseño y de implementación.

³ La matriz de progreso tiene por objetivo generar una línea base de análisis que permita construir un mejoramiento y fortalecimiento del financiamiento del sector salud, y por sobre todo visibilizar los atributos que lo componen. Se busca categorizar siete dimensiones entre cuatro niveles de avance: emergente, en progreso, establecido y avanzado.

II. Objetivos

i. Objetivo General

Analizar y evaluar el Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS) en el ámbito de diseño de la estrategia, identificando espacios de mejora en su desempeño para el periodo 2019 a 2023.

ii. Objetivos Específicos

1. Describir el problema de política pública que aborda el Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud.
2. Describir las distintas iniciativas que componen el PRAPS en el periodo de evaluación, las respectivas poblaciones potencial y objetivo y sus antecedentes presupuestarios.
3. Describir el proceso de seguimiento y monitoreo de las iniciativas que componen el Praps, con énfasis en los problemas o limitantes operativos que la dificultan.
4. Realizar un análisis y sistematización de los convenios que respaldan las iniciativas que componen el Praps en el periodo de evaluación. Evaluando la estrategia de intervención de estas iniciativas, en base a la pertinencia del problema, su propósito actual y perspectiva de género, revisando integradamente el diseño del conjunto de la oferta programática evaluada.
5. Evaluar las estrategias y prácticas desarrolladas por los equipos ejecutores en la implementación de la metodología del programa, identificando aprendizajes y experiencias que puedan ser incorporados al rediseño.
6. Proponer recomendaciones orientadas a mejorar el programa y sus iniciativas a nivel de diseño, implementación y uso de recursos.

III. Metodología

Esta Evaluación Focalizada de Ámbito busca analizar el Programa de Reforzamiento de Atención Primaria de Salud, a cargo de la Divap. Se realiza una indagación en profundidad considerando un análisis de diseño y de implementación para revisar este programa como un mecanismo de financiamiento y como una agrupación de iniciativas que buscan fortalecer el sistema de atención primaria.

Para profundizar en un análisis de diseño, se realizó una revisión de la información basado en el Sistema de Monitoreo entre el periodo del 2019 y 2023, considerando todas las fichas de seguimiento de las iniciativas que presentan esta información, que es solo un porcentaje del total de iniciativas que componen este programa.

Por otro lado, el Gobierno de Chile ha impulsado la transversalización de la perspectiva de género en todo el quehacer del Estado para el logro de la equidad de género. Es un proceso que busca que las necesidades, experiencias y preocupaciones de mujeres y hombres sean parte del diseño, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas y programas públicos en todas las esferas y niveles. Por lo tanto, se realizó un análisis de la perspectiva de género en base a la información declarada en el Sistema de Monitoreo.

Finalmente, se realizó una clasificación de las iniciativas asociada al PRAPS, en base a una tipología creada para fines de esta evaluación y en concordancia con la Divap, en la cual, se clasificó esta oferta de iniciativas que componen PRAPS según la temporalidad de la problemática que buscan resolver y con ello, evidenciar si es que efectivamente se vinculan con una solución temporal o si está relacionada con necesidades propias y permanente de los territorios. Para ellos se consideraron dos tipologías: PRAPS transitorios y PRAPS permanentes.

Los PRAPS transitorios son aquellos que surgen por alguna necesidad temporal, según lo declarado en las resoluciones. Corresponden a programas que llevan menos de 3 años continuos con los mismos recursos y/o fueron creados para enfrentar una contingencia específica, como podría ser el contexto de pandemia. Y los PRAPS permanentes son aquellos que se mantienen por más de cuatro años seguidos funcionando de una manera similar y considerando la misma población potencial. Dentro de esta categoría se pueden diferenciar además a aquellos asociados en su origen en base a una ley que los define y PRAPS asociados a una Garantía Explícita de Salud (GES).

Con esta esta clasificación, se realizó una selección de iniciativas en base a los cuales se desarrollaron las entrevistas para el análisis de implementación, por lo tanto, se consideró al menos una iniciativa

transitoria, una iniciativa permanente asociada a una ley y una iniciativa permanente GES para poder seleccionar los referentes y encargados de programa que fueron entrevistados.

La metodología utilizada para el análisis de implementación se divide en tres partes: análisis de convenios, entrevistas en profundidad actores tres niveles e implementación de un instrumento 360°, basado en la adaptación de un modelo de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

- Análisis de Convenios

Para el análisis de los convenios, dada la magnitud se determinó centrarse solo en el año 2023 y revisar los 13.000 convenios existentes para ese año. En el análisis se detallan todas las interacciones que sustentan el funcionamiento de la oferta de iniciativas asociadas a Praps. La información se presentó por Servicio de Salud y por iniciativa, considerando el periodo entre 2019 y 2023, enfocándose en el análisis del flujo financiero, identificando montos iniciales y finales de la transferencia de recursos, su destino, servicio de salud y desglose por naturaleza del gasto según clasificador presupuestario (subtítulo 21, 22, 24 y 29).

- Entrevistas en profundidad

Se realizaron siete entrevistas de profundidad a referentes de programas pertenecientes a Divap, y representantes de servicios de salud de cuatro zonas geográficas (zona norte, zona sur, zona extrema y RM), identificando fortalezas, debilidades, y oportunidades de mejora del PRAPS, así como las prácticas implementadas en su gestión. En el [Anexo 4: Profundización de Implementación - Pauta Entrevistas PRAPS](#) se encuentra el detalle de la pauta aplicada a los servicios.

Finalmente, para analizar el Praps como sistema de financiamiento, se realizaron 5 entrevistas en profundidad con el objetivo de levantar y relevar información sobre la función de financiamiento que hasta la fecha no ha sido analizada ni tampoco planteada en las discusiones financieras y de diseño de las iniciativas que incluye Praps.

- Implementación de un instrumento 360°

Estas entrevistas se realizan con una perspectiva 360°, considerando una amplia gama de actores clave. El instrumento fue aplicado a representantes de diversos ámbitos relacionados con el mecanismo de financiamiento, en específico, se sostuvieron conversaciones con representantes del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Dirección de Presupuestos (Dipres), Divap y dos servicios de salud.

El instrumento conocido como la Matriz de Progreso de Financiamiento en Salud (HFPM, por sus siglas en inglés), es una adaptación al marco desarrollado por OMS 2020¹⁹ correspondiente a una

matriz de evaluación de los sistemas de financiamiento, que puede ser aplicada a sistemas o a programas. Este corresponde a un enfoque cualitativo estandarizado de la Organización Mundial de la Salud para evaluar tanto en términos de desarrollo como de implementación de políticas de financiamiento de salud.

La matriz de progreso tiene por objetivo generar una línea base de análisis que permita construir un mejoramiento y fortalecimiento del financiamiento del sector salud, y por sobre todo visibilizar los atributos que lo componen. Se busca categorizar dimensiones entre cuatro niveles de avance: emergente, en progreso, establecido y avanzado.

Las dimensiones evaluadas son: (1) política, proceso y gobernanza del financiamiento en salud; (2) recaudación de ingresos; (3) mancomunación de recursos; (4) compra y pago a proveedores; (5) beneficios y condiciones de acceso; (6) gestión financiera pública; (7) funciones y programas de salud pública, siendo la recaudación de ingresos la que tiene mayor grado de avance, considerándose un área establecida.

La OMS dispone de una pauta de preguntas por área, la que para fines de esta evaluación es ajustada para aplicarla al lenguaje y ámbito de la APS y en específico para Praps. En el [Anexo 5: Pauta de entrevistas Análisis de Sistema de Financiamiento](#) se presenta la pauta de evaluación, las preguntas que de acuerdo con el instrumento se abordan en cada área, así como las preguntas adicionales que son presentadas para incentivar la reflexión y comprensión de las preguntas por parte de las personas entrevistadas.

Durante la aplicación de la entrevista, se explora e indaga sobre la visión que tiene cada actor sobre las áreas de la función de financiamiento y se busca identificar un nivel de progreso en base a la respuesta de las personas entrevistadas, entre las siguientes opciones: emergente, en progreso, establecido y avanzado²⁰. El nivel de progreso fue definido por los entrevistados y a veces concluido por la entrevistadora y confirmado por el entrevistado.

En vista de que la calificación del nivel de progreso consiste en percepciones y juicios que surgen desde los entrevistados, se ha planteado una puntuación para fines de concluir el nivel de progreso por área de análisis, lo que permite generar un valor síntesis por área a la vez de comparar las perspectivas entre los agentes frente a una misma temática.

Para cada categoría de progreso, se ha asignado un puntaje que varía desde 0, correspondiente a "no sabe", hasta 4, que representa un nivel "avanzado". Cada área de análisis se evalúa mediante un conjunto de preguntas específicas, que pueden variar entre tres y seis por área. El porcentaje de progreso se calcula estableciendo un puntaje máximo por área, determinado por el número de preguntas y la posibilidad de alcanzar el nivel "avanzado".

Para traducir los porcentajes de progreso en categorías de la matriz de progreso, se ha definido la siguiente escala que se describe en la tabla a continuación.

Tabla 1: Puntaje y escala de Progreso.

<i>Progreso</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Rango porcentual</i>
<i>No sabe</i>	0	Entre 0% y 19,9%
<i>Emergente</i>	1	Entre 20% y 39,9%
<i>En progreso</i>	2	Entre 40% y 59,9%
<i>Establecido</i>	3	Entre 60% y 79,9%
<i>Avanzado</i>	4	Entre 80% y 100%

Fuente: elaboración propia.

IV. El sistema de salud en Chile

A nivel general, el sistema de salud pública en Chile se basa en el modelo piramidal, en el cual, la salud primaria es la base del sistema y está enfocado en la mayor parte de la población orientada mediante acciones de prevención de salud.

La dependencia administrativa de los establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS) está fragmentada en tres tipos: APS municipal, APS dependiente de los servicios de salud, y APS dependiente de organizaciones no gubernamentales. De ellos, la APS municipal abarca la mayor cantidad de establecimientos y su administración recae en los municipios o corporaciones municipales a lo largo del país, donde cada entidad administradora de salud municipal tiene a cargo su propia red de establecimientos de APS.

La red de establecimientos de la APS es diversa y responde a distintas iniciativas, como los SAR, Cecosf, SUR, Cefam, entre otros. Lo que totaliza la existencia de 3.135 estructuras para otorgar atención de la atención primaria⁴.

La APS presenta aportes del gobierno central y de las municipalidades, no existen reportes globales que permitan tener una información completa del financiamiento del APS. El aporte fiscal proviene del gobierno central, corresponde al presupuesto fijado anualmente en la Ley de Presupuestos del Sector Público, en la Partida 16, Capítulo 02, Programa 02, y dichos recursos financian el gasto tanto de la APS dependiente de los Servicios de Salud y ONG como de la APS Municipal, lo cual está definido por las Glosas 01 y 02 de dicho programa.

De acuerdo con el Decreto con Fuerza de Ley (DFL) 1 de salud de 2005 es Fonasa la institución encargada de recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del sector salud para financiar atenciones de salud que incluyen el régimen de prestaciones, en cualquiera de sus modalidades y de este modo, otorgar protección financiera a sus beneficiarios.

Por otro lado, están los recursos dispuestos en el programa de Inversiones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales que tiene por objeto el desarrollo de infraestructura y equipamiento de la red pública de salud, incluyendo al APS. Los recursos son asignados en la red de atención primaria, desplegada en 345 comunas a nivel país, donde se encuentran comunas per-capitadas⁵ (276 comunas)⁶, comunas que reciben un monto fijo, que corresponde a quienes tienen menos de 3500

⁴ Información entregada por Divap.

⁵ Se explicará más adelante.

⁶ Información entregada por Divap.

personas validadas para su atención⁷ (41 comunas); y 28 comunas que en su atención primaria depende de los servicios de salud.

El financiamiento específico de la APS municipal está regulado por la Ley N°19.378, en sus artículos 49 y 56 respectivamente. Fonasa indica en base a sus registros financieros que en 2023 transfirieron \$3.028 miles de millones a través del Programa 02 a la APS, siendo 92% asignado a la atención municipal y el resto a la APS dependiente de los servicios de salud (**Tabla 2**). Se aprecia un incremento de los recursos para la APS entre 2019-2023 de un 28% real, con aumentos relevantes en el año 2020 (periodo de contingencia por Pandemia Covid-19) y luego otro de similar magnitud en 2023.

Tabla 2: Recursos Transferidos a la Atención Primaria de Salud desde el Fondo Nacional de Salud (en MM \$2023)

<i>Año</i>	<i>Total APS</i>	<i>APS Municipal</i>	<i>APS Servicios de Salud</i>	<i>% Municipal</i>	<i>%Servicios de Salud</i>
2019	2.368.352	2.113.600	254.752	89%	11%
2020	2.630.436	2.367.489	262.947	90%	10%
2021	2.759.091	2.598.480	160.611	94%	6%
2022	2.714.573	2.545.820	168.752	94%	6%
2023	3.028.662	2.778.893	249.769	92%	8%
<i>Promedio 2019-2023</i>	2.700.223	2.480.856	219.366	92%	8%
<i>Variación 2019-2023</i>	21,8%	23,9%	-2,0%	3,3%	-37,5%

Fuente: elaboración propia sobre la base de certificado transferencias del FONASA a APS.

En la mencionada ley se determina el principal mecanismo de financiamiento desde el gobierno central a la atención primaria municipal, donde las entidades administradoras de salud municipal recibirán mensualmente, por parte del Ministerio de Salud (Minsal), un aporte estatal el cual se determinará según (artículo 49 ley N°19.378):

1. La población potencialmente beneficiaria en la comuna y sus características epidemiológicas.
2. El nivel socioeconómico de la población e índices de ruralidad y dificultad para acceder y prestar atenciones de salud.
3. El conjunto de prestaciones que se programen anualmente en los establecimientos de la comuna.
4. La cantidad de prestaciones que efectivamente realicen los establecimientos de salud municipal de la comuna, en base a una evaluación semestral.

⁷ Las personas validadas son aquellas inscritas en el centro de atención primaria.

Este aporte estatal se determina anualmente mediante decreto fundado del Minsal, previa consulta al Gobierno Regional correspondiente⁸, y suscrito además por los ministros del Interior y Seguridad Pública y de Hacienda.

En la práctica, este decreto define un aporte base unitario homogéneo por beneficiario inscrito en los establecimientos municipales de APS de cada comuna, denominado “per cápita basal”. Dicho valor se construye a partir del plan de salud familiar, el cual también es definido en el decreto y se compone de prestaciones de fomento, prevención y recuperación de la salud y rehabilitación, destinadas a la mantención de la salud de las personas, cuya ejecución concede derecho al aporte estatal. Este proceso, asociado a la construcción del plan y determinación del valor del per cápita, carece de una normativa que lo regula, se define en base al marco legal del estatuto de administración de salud primaria y en los decretos anuales.

A modo de ejemplo, ya que es el mismo instrumento y estructura de todos los años, el Decreto 54 de 2023 del Ministerio de Salud determina el monto per cápita y sus fundamentos. En particular señala que: “El proceso para tomar conocimiento de esa cantidad de prestaciones y/o acciones, se ha implementado en las 323 comunas⁹, por lo que es posible conocer las prestaciones y/o acciones realizadas, aplicándose para tales efectos, un Índice de Actividades de la Atención Primaria de Salud (laaps), que cuenta con los correspondientes indicadores de actividad evaluados en estrategias de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), de producción, de cobertura y de impacto, y un sistema de evaluación de cumplimiento, es esquematizado para estos efectos en diferentes tramos”¹⁰.

Por su parte, el artículo 5 del mismo decreto define el plan de salud familiar. En específico indica: “las prestaciones y/o acciones de salud, cuya ejecución concede derecho al aporte estatal, se resumen en el “plan de salud familiar”, que se contextualiza en el modelo integral de salud familiar y comunitario, e integra un conjunto de prestaciones y/o acciones de salud para diversas necesidades de las personas en su curso de vida, contribuyendo con éstas a ejercer la función de la atención primaria en su territorio a cargo, en la mantención de la salud de las personas, mediante prestaciones y/o acciones de fomento, prevención y recuperación de la salud y rehabilitación cuando corresponda. A continuación, se indican las prestaciones y/o acciones consolidadas por curso de vida...”¹¹.

⁸ En base a la modificación del año 2004 de la ley APS.

⁹ No todas las comunas tienen financiamiento, hay algunas que son costo fijo.

¹⁰ Considerando 11, Decreto 54 de 2023 del Ministerio de Salud.

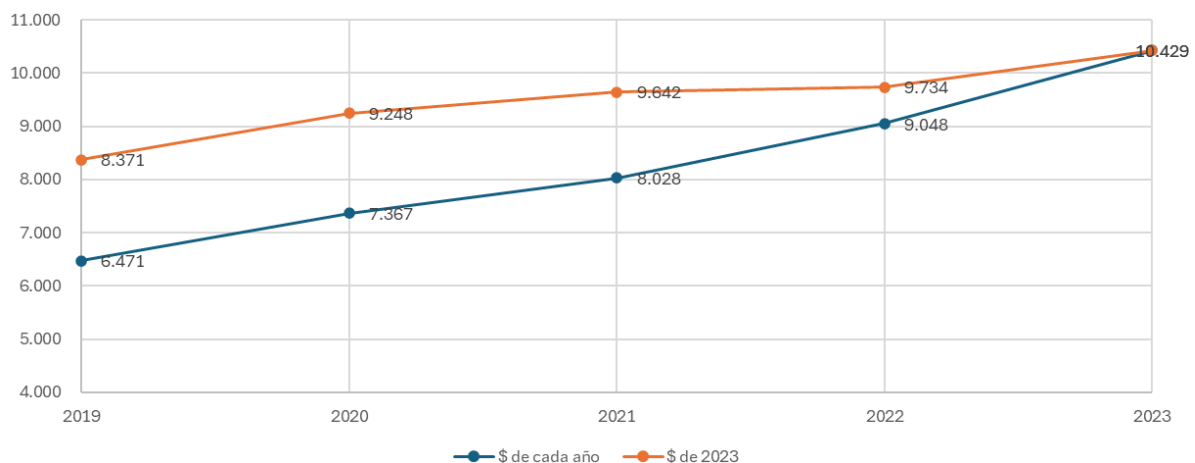
¹¹ Artículo 5, Decreto 54 de 2023 del Ministerio de Salud.

Cabe señalar que la definición del plan de salud familiar se enmarca en las facultades definidas en el DFL 1 de Ministerio de Salud de 2005 para la autoridad sanitaria y en lo que señala a este Decreto.

Respecto al valor del per cápita ha respondido en los últimos años a una variable de acuerdo durante el proceso de definición de la ley de presupuestos de cada año. Como consecuencia, se podría dar que el valor asignado no necesariamente refleje el costo real de las prestaciones comprometidas ni la variación en las necesidades de salud de la población, lo que puede traducirse en una brecha entre las obligaciones del plan y los recursos efectivamente disponibles para su implementación.

El valor per cápita basal del año 2023 fue de \$10.429 y el Gráfico 1 muestra un incremento en términos reales de 27% desde el año 2019. Los aumentos en los últimos años, post pandemia, en términos reales han sido más acotados, lo que podría responder a definiciones determinadas sobre la base de las restricciones fiscales y del impacto que genera tener una inflación por sobre el rango meta del 3%¹².

Gráfico 1 Evaluación Per Cápita Basal 2019-2023 (en \$ de cada año y de 2023)



Fuente: elaboración propia sobre la base de los Decretos 54 de 2022, Decreto 37 de 2021, Decreto 29 de 2020, Decreto 55 de 2019, y Resolución 84 de 2018 del Ministerio de Salud.

El aporte estatal final puede ser indexado al alza o a la baja del per cápita basal, en la proporción y forma que el mismo decreto indica. El Decreto Nº 54 de 2023 del Minsal, señala que el aporte es aumentado de acuerdo con: los grados de pobreza, la población potencialmente beneficiaria de 65 años o más, ruralidad, el grado de dificultad para prestar atenciones de salud, y el grado de dificultad para acceder a las prestaciones de salud. Por otro lado, se indica que el per cápita basal será reducido, cuando corresponda, de acuerdo con los resultados de la evaluación del laaps.

Por su parte, hay comunas que, al tener una población inscrita menor a 3.500 personas, se financian con un mecanismo de costo fijo que permite cubrir las prestaciones insertas en la canasta básica de

¹² Según el juicio experto de Daniela Sugg.

APS. Estas son las “comunidades costo fijo”, y su aporte se define a partir de la población beneficiaria, la ruralidad, y la dificultad para prestar y acceder a atenciones de salud, sumado a un aporte específico para financiar un grupo de programas específicos.

El artículo 56 de la Ley 19.378 del año 1995 indica que, en el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de la ley impliquen un mayor gasto para la municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49. Esto es reafirmado en el decreto fundado que define el valor del per cápita basal, que indica que Minsal dictará la resolución correspondiente para los fines estipulados. Este es el artículo que establece el estatuto de la atención primaria municipal que permite la creación del PRAPS como un mecanismo complementario de financiamiento.

Del total de recursos asignados a la APS desde el Fonasa en 2023 un 65% se asocian al mecanismo per cápita y la diferencia a los recursos para comunas no per capitadas y programas de reforzamiento, lo que se detalla en la Tabla 3.

Tabla 3: Transferencia Recursos a APS desde el Fonasa según mecanismo de asignación para todo el periodo evaluativo (MM \$2023)

<i>Año</i>	<i>Total APS</i>	<i>Per cápita</i>	<i>Total Programas de Reforzamiento</i>	<i>%Per cápita</i>	<i>%PRAPS</i>
2019	2.368.352	1.432.470	935.882	60%	40%
2020	2.630.436	1.613.802	1.016.635	61%	39%
2021	2.759.091	1.743.251	1.015.839	63%	37%
2022	2.714.573	1.781.708	932.865	66%	34%
2023	3.028.662	1.955.494	1.073.167	65%	35%
<i>Promedio 2019- 2023</i>	2.700.223	1.705.345	994.878	63%	37%

Fuente: elaboración propia sobre la base de certificado transferencias del FONASA a APS.

Además del aporte estatal directo, los municipios destinan recursos financieros adicionales para la atención primaria en sus territorios. Sin embargo, la información sobre estos aportes municipales no ha sido evaluada por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, el Fondo Nacional de Salud, ni la Dirección de Presupuestos. Estos datos están disponibles en el Sistema Nacional de Información Municipal, pero deben ser extraídos y procesados para su análisis y no están disponible a la fecha de realización de esta evaluación.

V. Análisis de diseño

i. Descripción del Praps

El Programa de Reforzamiento a la Atención Primaria de Salud surge el año 1990 en el marco de la definición política del Ministerio de Salud orientada a dar prioridad a la estrategia de atención primaria en la resolución de los problemas de acceso, cobertura asistencial y la capacidad resolutive^{13,14}. La política de atención primaria de salud está definida por el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria (Mais) que tiene como propósito contribuir a consolidar el modelo de atención en los centros de salud familiar (Cesfam), postas, centros comunitarios de salud familiar (Cecof) y hospitales comunitarios, sobre los principios de un sistema de salud basado en atención primaria: centrado en las personas, con integralidad de la atención y continuidad del cuidado¹⁵. Actualmente es coordinado por la División de Atención Primaria (Divap) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

El PRAPS tiene como marco normativo lo señalado en la Ley 19.378 sobre el Estatuto de la Atención Primaria (art.56), los definidos mediante glosa en la Ley de Presupuestos de cada Año en Partida 16, correspondiente al Ministerio de Salud (Minsal), Capítulo 02, correspondiente al Fondo Nacional de Salud (Fonasa), en el Programa 02 de Atención Primaria de Salud y posteriormente lo indicado en cada convenio de transferencia.

De acuerdo con la mesa técnica para la APS Universal (2023)¹⁶ el Praps, complementa el financiamiento per cápita, según el art. 56 de la ley 19.378. Estos aportes adicionales, consideran un pago prospectivo¹⁷ por prestación y nacen para favorecer acceso y cobertura asistencial, y a partir de 1994, se agregan componentes de gestión (algunas de las iniciativas iniciales: Odontológico Mujeres y Hombres Escasos Recursos, Enfermedades Respiratorias del Adulto, Infecciones Respiratorias del Niño, SAPU). A través del tiempo algunos han sido traspasados al per cápita, y otros no han tenido continuidad.

En la práctica, aun cuando ningún cuerpo legal lo establece de manera explícita, está compuesto por diversas iniciativas orientadas a reforzar ciertas actividades de la atención primaria de salud (APS). Sus objetivos son diversos: unos están orientados a financiar la actividad de urgencia primaria (SAPU, SAR, SUR), mientras que otros están dedicados a reforzar actividades ligadas al plan de salud familiar (PSF). También existen iniciativas para financiar mejoras a la infraestructura, contrataciones y otros.

¹³ Comisión Nacional de Evaluación y Productividad. Eficiencia en la Gestión de Atención Primaria de Salud (APS). 2022.

¹⁴ Informe de Síntesis de evaluación en profundidad de programas de reforzamiento de atención de Salud Primaria, 2003

¹⁵ Resolución exenta 02, MAIS, enero 2021.

¹⁶ Surge en el Gobierno de Gabriel Boric en el marco de la Política de Salud Universal.

¹⁷ En función de lo planificado.

Este mecanismo de financiamiento a la atención primaria representa en promedio para el periodo 2019-2023 un 37% de los aportes efectuados desde el Fonasa, gobierno central, a la APS siendo un complemento de lo asignado mediante mecanismo per cápita.

El Praps se gestiona anualmente mediante actos administrativos y actos jurídicos. Los actos administrativos corresponden a la resolución que aprueba el programa, mientras que los convenios son actos jurídicos firmados entre los servicios de salud y las comunas. Los referentes Praps son funcionarios y funcionarias de la Divap que tienen a su cargo una o más iniciativas. Estas personas actúan como el nexo entre la planificación estratégica del programa y su ejecución en los territorios, comunicándose y brindando apoyo técnico desde el nivel central hacia los servicios de salud. Entre sus responsabilidades, se encuentran la evaluación y transmisión sobre la continuidad de las iniciativas, a partir de una Resolución que los aprueba, definir los criterios de asignación presupuestaria para cada iniciativa, entregar orientaciones técnicas para su implementación y realizar seguimiento para garantizar la correcta transferencia de recursos.

Por otro lado, los servicios de salud desarrollan convenios anuales con las comunas considerando objetivos sanitarios y brechas en la cobertura. Los servicios de salud tienen responsabilidades de acción sanitaria sobre territorios geográficos definidos, que puede ser de alcance regional o subregional. Estos son organismos estatales, funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio, que tienen a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación (DFL1 del Ministerio de Salud del 2005).

Los servicios de salud desempeñan un rol fundamental en la implementación, ya que actúan como el puente entre el nivel central y las comunas. Sus principales funciones incluyen recibir los lineamientos y resoluciones emanados desde la Divap y distribuir los recursos asignados según indicadores de población y producción. Además, son responsables de coordinarse con los municipios para la firma de convenios, asegurando que las actividades del programa se implementen correctamente y se cumplan las metas establecidas. Los servicios también supervisan técnicamente las acciones desarrolladas, a través de los/as referentes o asesores PRAPS que trabajan en él, quienes realizan visitas a terreno, asesorías técnicas, validan las rendiciones de cuentas y gestionan solicitudes de prórrogas cuando es necesario. Este trabajo requiere una constante coordinación, tanto con el nivel central como con los municipios, para garantizar el uso eficiente de los recursos y el cumplimiento de los objetivos del programa.

Por diseño, algunas iniciativas vienen definidas por el nivel central y otras permiten mayor autonomía en su distribución, dependiendo de criterios como población, listas de espera y necesidades locales.

Para la entrega de los recursos, la mesa técnica para la APS Universal en 2023 señaló en base a su análisis que se requería contar con los siguientes elementos: 1) Programa Ministerial donde se explicitan los objetivos, actividades, metas, indicadores, criterios de evaluación, fechas de medición, reliquidación, entre otros; 2) resolución Ministerial que aprueba el programa; 3) resolución que distribuye los recursos; 4) convenio tipo y 5) resolución del Servicio de Salud correspondiente, (previa firma de ambas autoridades: alcalde y director/a salud), que aprueba el convenio suscrito.

Luego, cada iniciativa asociada al Praps está normada por un convenio entre los organismos vinculantes, es decir los servicios de salud y las municipalidades. En cada uno de los convenios, se establecen los siguientes elementos:

- Agentes entre los que se firma el convenio: el nombre del servicio de salud y la municipalidad respectiva.
- Se determina la fecha en la cual se aprobó la resolución que avala el convenio y el periodo en el cual se utilizarán los recursos descritos.
- Declaración de la resolución exenta que ratifica lo definido en el convenio.
- Definición de uso de recursos: establece el monto y el subtítulo del gasto (de acuerdo con el clasificador presupuestario).
- Detalle de la implementación de los recursos, generalmente identificado los centros de atención en donde se implementará, y los indicadores/metast asociadas, estrategias y componentes a utilizar.

Además, existe la intervención de actores externos en la tramitación del convenio, como las direcciones municipales para su firma o la Contraloría General de la República para la toma de razón.

A continuación, se resume el ciclo anual recién descrito:

Figura 2: Proceso anual del PRAPS



Fuente: Elaboración propia en base a información enviada por Divap

Estos pasos constituyen el ciclo anual del Praps, con tareas específicas asignadas según el nivel de la institución. El programa sigue un ciclo presupuestario anual definido, con convenios que deben ser tramitados antes del 30 de abril de cada año para recibir las primeras remesas. Ahora bien, por glosa, en el Programa Atención Primaria del Fonasa se ha establecido que *“Durante el proceso de tramitación del Decreto que determina el aporte estatal a municipalidades para sus entidades administradoras de salud municipal (per cápita) por el Ministerio de Salud, la Dirección de Servicio de Salud podrá autorizar anticipos de transferencias de recursos durante el primer trimestre del año hasta un monto que no supere el 25% del Presupuesto Anual del Aporte Estatal, con el propósito de cumplir con los objetivos del Plan de Salud Familiar. Del mismo modo, Fonasa podrá otorgar anticipos de transferencias de recursos a dichos Servicios de Salud, durante el primer trimestre del año hasta por un monto que no supere el 25% del Presupuesto Anual del Aporte Estatal”* (Glosa 02, Partida 16, Capítulo 02, Programa 02, Ley de Presupuestos del año 2023). Posteriormente, en el mes de agosto, se realiza un estado de avance, y al cierre del año se presenta el informe final.

En el caso de recursos no ejecutados existe la posibilidad de realizar reasignaciones dentro del mismo programa. Según los procedimientos entregados por el programa, estas decisiones son tomadas por las jefaturas de la Divap en conjunto con los servicios de salud.

ii. Sistema de Seguimiento y Monitoreo

El Sistema de Monitoreo y Evaluación considera tres grandes instrumentos que abordan el ciclo de un programa o política Pública: el Exante encargado de revisar el diseño de programas nuevos y reformulados, el Monitoreo orientado a revisar el desempeño anual de la oferta de programas implementados por el Ejecutivo y el instrumento Expost que se enfoca, a través de las distintas líneas de evaluación y sus correspondientes metodologías, en generar información de calidad identificando hallazgos que permitan una vez subsanados mejorar el desempeño de los programas y políticas.

El Proceso de monitoreo de programas públicos lo lidera la Dirección de Presupuestos en conjunto con la Subsecretaría de Evaluación Social (SES), para programas no sociales y sociales, respectivamente. Este tiene como propósito principal generar información sobre el desempeño de programas públicos catastrados, enfocado en las dimensiones de focalización, eficacia y eficiencia. Para esto, se revisa la información reportada por las instituciones acerca de la ejecución de sus programas.

Para realizar el análisis de diseño, se considerará la lista de iniciativas declaradas por la Divap para el año 2023, la información disponible en el Sistema de Monitoreo y Evaluación reportada por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSyF) así como también las resoluciones de cada iniciativa.

Según los lineamientos del proceso de evaluación ex-ante de diseño de programas no sociales de Dipres, se define programa como “un conjunto de actividades necesarias, integradas y articuladas para proveer ciertos bienes y/o servicios (componentes), tendientes a lograr un propósito específico en una población objetivo, de modo de resolver un problema que la afecte. Un programa basa su diseño en una “hipótesis de cambio”, ya que a partir de los bienes y/o servicios provistos, se espera que los beneficiarios superen su situación inicial (problema). Lo anterior, implica que un programa identifica y mide resultados en la población beneficiada, que demuestran que esta última superó la situación inicial¹⁸” Dipres (2021).

PRAPS es una agrupación de iniciativas que responden a la lógica de atención del Mais, sin embargo, en base a la definición recién expuesta no es un programa en sí mismo ni necesariamente responde a la lógica de programa, dado que no considera un diseño que busque resolver un problema específico

¹⁸ https://www.dipres.gob.cl/598/articles-266585_doc_pdf.pdf

mediante un producto o servicio. Durante el periodo evaluado, 15 iniciativas del total que componen la oferta del Praps¹⁹ (que puede variar entre 40 y 60 anuales en el periodo evaluado) han participado en el proceso de monitoreo. Aunque su participación ha sido variable, ya que algunos no completan la información de manera anual, lo que impide tener información actualizada de todas las iniciativas que se financian mediante el PRAPS, por lo tanto, la oferta programática que conoce MDSyF es distinta a la declarada por Divap. En el [Anexo 2: caracterización en base a información del Monitoreo 2022 y 2023](#) se puede encontrar el detalle de la información de las iniciativas, tales como la cobertura de los programas reportados y el gasto por beneficiario.

En términos generales, cada iniciativa cuenta con una resolución exenta que la aprueba, la cual se encuentra visada por el Ministerio de Salud y se distribuye a todos los servicios de salud del país. Cada convenio especifica los indicadores y medios de verificación, que se utilizarán para la evaluación y monitoreo interno de la iniciativa²⁰, a cargo del servicio de salud respectivo, quienes informarán sobre el cumplimiento y ejecución de los programas conforme a su estado de avance a la Divap.

En general las iniciativas cuentan con dos o tres evaluaciones internas al año. En las dos primeras los servicios de salud son los encargados de levantar un informe de avance, que contiene las actividades realizadas y objetivos cumplidos del programa a la fecha, hasta finales de julio en la mayoría de los casos. A partir de los resultados de esta evaluación del informe de avance, se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota (generalmente la primera cuota es de un 70% y la segunda de un 30%), de la cual se podrían rebajar recursos dependiendo del desempeño que está presentando la iniciativa. Luego, la última evaluación se lleva a cabo al 31 de diciembre, fecha en que el programa deberá tener ejecutado el 100% de las acciones comprometidas. Finalmente, existe una cláusula en algunas resoluciones que permite la prórroga automática de la iniciativa, siempre que esta cuente con disponibilidad presupuestaria para el año siguiente.

Los establecimientos que no hayan cumplido con las metas esperadas a la evaluación de mitad de año tienen la posibilidad de apelar, elaborando un “plan de trabajo” que indique un cronograma para el cumplimiento de las metas pendientes. Por otra parte, existe también la posibilidad de reasignación de recursos desde las comunas que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas hacia comunas que tengan un mejor cumplimiento en la evaluación final. En base a la información levantada en las entrevistas, es bajo el porcentaje de reasignación de los recursos y en casos muy excepcionales. Las iniciativas que sufrieron mayor grado de modificaciones son aquellas que surgieron de manera transitoria, como la asociada al Covid-19.

¹⁹ Según lo informado informado por MDSyF y las fichas de monitoreo publicadas

²⁰ No se ha realizado el análisis de diseño y pertinencia de los indicadores. Tampoco se ha analizado si estos indicadores son consistentes con lo reportado en el sistema de monitoreo.

Con respecto al financiamiento, las iniciativas reciben los recursos en dos cuotas. La primera cuota equivale al 70% de los recursos designados, los que se entregan desde el momento en que se dicte la resolución que asigne los mismos a los establecimientos dependientes. La ejecución del gasto del 30% restante se realiza en el segundo semestre, entre agosto y octubre, luego de enviado el informe de avance que dictará la transferencia, ya sea su totalidad o una rebaja, según los resultados de la evaluación.

iii. Tipología de los Praps

Para el año 2023, Divap reporta 42 iniciativas. Para fines de esta evaluación y en concordancia con Divap, se establecieron las siguientes tipologías que permitirían clasificar las iniciativas según la temporalidad de la problemática que buscan resolver:

- A. **Transitorios:** aquellos Praps que surgen por alguna necesidad transitoria, según lo declarado en las resoluciones. Corresponden a iniciativas que llevan menos de 3 años continuos con los mismos recursos y/o fueron creados para enfrentar una contingencia específica, como podría ser el contexto de pandemia.
- B. **Permanentes:** aquellos Praps que se mantienen por más de cuatro periodos seguidos funcionando de una manera similar y considerando la misma población potencial. Dentro de esta categoría se pueden diferenciar, además:
 - 1. Praps que se ejecutan en base a una ley: aquellos asociados en su origen en base a una ley que los define.
 - 2. Praps asociados a GES: aquellos asociados a una Garantía Explícita de Salud.

La tipología es utilizada para poder caracterizar el funcionamiento de esta modalidad de financiamiento y analizar si es que efectivamente Praps permite tener una mayor flexibilidad presupuestaria, permitiendo realizar intervenciones que cubran características locales o con enfoque territorial.

En las iniciativas calificadas como transitorias se encuentran: (1) Continuidad de cuidados preventivos y de tratamiento en APS; (2) Buenas prácticas en participación ciudadana y fortalecimiento comunitarios en APS; (3) Estrategias de refuerzo en APS para enfrentar pandemia Covid-19 y (4) Universalización de APS.

En estas cuatro iniciativas, la población que buscan atender corresponde principalmente a personas usuarias de APS, salvo por el programa Buenas Prácticas en Participación Ciudadana y Fortalecimiento Comunitarios en APS, que busca financiar experiencias participativas en salud propuestas por las comunas para el fortalecimiento comunitario, es decir su foco está en las organizaciones comunitarias.

Existen 30 iniciativas calificadas como permanentes y tienen todo tipo de población atendida, desde personas usuarias de APS, funcionarios de APS y establecimientos de dependencia municipal y de servicios de salud. Asimismo, tienen diferentes coberturas a través del territorio.

Los programas ejecutados en base a una ley son dos: (1) Apoyo a los cuidados paliativos universales en APS²¹ y (2) Apoyo al desarrollo biopsicosocial en la red asistencial de Chile crece contigo²². La población objetivo de ambos está orientada a las personas usuarias del sistema de APS y los programas se encuentran en los 29 servicios de salud del país.

Los PRAPS asociados a GES, se refieren a iniciativas que se encuentran incorporados al régimen de patologías GES, los que son dos: (1) GES odontológico y (2) Atención integral para personas con demencia en establecimientos de atención primaria dependientes de servicios de salud. Ambos focalizados a personas usuarias de APS, con cobertura de las 346 comunas del país y 119 establecimientos de APS dependientes del servicio de salud, respectivamente.

Del total de iniciativas existentes entre 2019 y 2023 -52 en total-, se puede apreciar que 20 se encontraban en funcionamiento el año 2019 o 2020 y 2023, lo que puede indicar una permanencia de la iniciativa. Cabe señalar que, al realizar el mismo ejercicio, considerando 2022 en vez de 2023 el número de programas “permanentes” cae a 13, lo que refleja que se reactivaron varias iniciativas en 2023 que existían en el pasado pero que no fueron desarrolladas en 2022.

El listado de programas catalogados como permanentes, se presenta a continuación y se detallan como una aproximación la cobertura a la que llegan, considerando la cantidad de servicios de salud en los que están implementados:

Tabla 4: Programas del PRAPS con continuidad de funcionamiento durante el periodo 2019-2023

Nombre	N° Servicios de Salud	Observación
Apoyo a la Gestión en el nivel primario de atención en establecimientos dependientes de Servicios de Salud	29	
Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)	29	
Apoyo al desarrollo biopsicosocial en la red asistencial, Chile crece contigo (PADBP)	29	
Odontológico integral	29	
Sembrando Sonrisas	29	
Buenas prácticas en participación ciudadana y fortalecimiento comunitarios en la atención primaria DE SALUD	29	

²¹ Ley 21.375

²² Ley 20.379

Implementación del Plan de Salud Familiar en establecimientos pertenecientes a entidades en convenio DFL N°36	5	Araucanía Sur, Concepción, Reloncaví, Metropolitano Norte y Sur Oriente
Implementación del Plan de Salud Familiar en establecimientos pertenecientes a entidades en convenio DFL N°36	1	Metropolitano Sur Oriente * Vigente para los años 2019 - 2022
Fondo de Farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles y Compra de medicamentos GES y no GES	29	
Servicio de urgencia rural SUR	22	
Atención integral para personas con demencia en establecimientos de atención primaria dependientes de servicios de salud	26	Excluido Arica , Iquique y Metropolitano Sur
Continuidad de Cuidados preventivos y de tratamiento en APS	28	Excluido Aysén
Capacitación y formación atención primaria en la red asistencial	28	Excluido Aysén
Fortalecimiento del recurso humano en atención primaria	26	Excluido Arica, Iquique, Metropolitano Sur
Detección, intervención y referencia asistida para alcohol, tabaco y otras drogas (DIR)	29	
Espacios Amigables para adolescentes	29	
Equidad en Salud Rural	26	Excluido Aysén, Metropolitano Central y Metropolitano Oriente
Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en atención primaria (MAIS)	29	
Mantenimiento de la infraestructura de establecimientos de atención primaria (PMI)	28	Excluido Antofagasta
Atención de salud escolar en niños y niñas de 5 a 9 años (PAISE) (ex. Piloto Salud Escolar)	17	
Tele electrocardiografía	29	

Fuente: elaboración propia sobre la base del Reporte Convenios de la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

iv. Transversalización de la perspectiva de género

El Gobierno de Chile ha impulsado la transversalización de la perspectiva de género²³ en todo el quehacer del Estado para el logro de la equidad de género. Es un proceso que busca que las necesidades, experiencias y preocupaciones de mujeres y hombres sean parte del diseño, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas y programas públicos en todas las esferas y niveles.

Desde la Dirección de Presupuestos se ha incentivado la incorporación de la perspectiva de género en las Definiciones Estratégicas Institucionales y en los Indicadores de Desempeño para que los servicios involucrados aporten a la política pública de igualdad y equidad de género impulsada por el Estado (Dipres 2020).

En el proceso de monitoreo 2023 se permitió que cada programa pueda identificar si tienen acciones afirmativas y/o transformadoras. “Se considera que las acciones afirmativas promueven la visibilización de las brechas e inequidades sociales que afectan a las mujeres y/o diversidades sexo genéricas y/o disidencias sexuales”, mientras que se definen “acciones transformadoras como las acciones guiadas por intereses estratégicos que promovieron cambios en la posición de género desfavorable para mujeres, diversidades sexo genéricas y disidencias sexuales”²⁴.

Para el año 2023, solo 21 iniciativas de los 42 asociados a Praps ese año cuenta con una ficha de monitoreo y en ella, solo 7 declaran implementar alguna en alguna medida con perspectiva de género, específicamente declaran tener medidas afirmativas y una declara, al mismo tiempo, tener una acción transformadora. En el Anexo 3: Actualización en las metodologías de medición de perspectiva de género en el Sistema De Monitoreo, se puede encontrar más detalle metodológico y análisis de las iniciativas que sí presentan información relativo al enfoque de género.

A nivel general, el análisis evidencia que las iniciativas tienen una baja tasa de declaración, lo que no necesariamente representa la inexistencia de medidas vinculadas con la implementación de la perspectiva de género en su diseño o implementación. En cuanto a las iniciativas que sí declaran tener un enfoque de género no aplican correctamente los criterios de clasificación que están definidos en el proceso de monitoreo, a excepción del “programa de salud mental en la atención primaria” que, al

²³ La transversalización de perspectiva de género se refiere al proceso de evaluar las implicancias que tiene sobre hombres y mujeres cualquier acción que sea planeada, como leyes, políticas y programas, en todas las áreas y en todos los niveles. Es una estrategia para convertir los problemas, preocupaciones y experiencias de mujeres y hombres en una dimensión integral del diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas o programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales. De esta manera, mujeres y hombres se pueden beneficiar de manera igualitaria y la desigualdad no se perpetúa (UN Women, 2020).

²⁴ Definiciones propias del Instructivo Evaluación Ex Ante 2024 Diseño Programas Sociales, MDSyF.

realizar jornadas de sensibilización en la atención de personas, explicita una estrategia que directamente podría contribuir a la disminución de la brecha de género.

En base a las respuestas señaladas en la Tabla A3.3, se observa que existe una gran confusión en torno a las definiciones y conceptos vinculados con la perspectiva de género, el hecho de trabajar con mujeres no implica necesariamente que los programas tengan perspectiva de género. El objetivo es poder avanzar hacia la profundización y entendimiento de las diferencias que existen en la manera de que las problemáticas afecten a la población objetivo de cada uno.

Por otro lado, las medidas afirmativas declaradas son muy diversas y los comentarios se concentran en que las caracterizaciones utilizadas por los programas no explicitan directamente su contribución a la disminución de la brecha de género detectada por cada uno. Solo un programa declara tener una medida transformadora, y la definición que indica, no deja suficientemente en claro que ésta sea una medida transformadora según las propias definiciones del sistema de monitoreo. Esto refleja la necesidad de seguir ajustando el sistema de seguimiento y de tener un proceso de sensibilización y acompañamiento específico en torno a los temas de género que permitan avanzar en el área.

Por otro lado, los programas que en el sistema de monitoreo declaran que no cuentan con enfoque de género deben indicar una justificación, las que durante el año 2023 se clasifican en tres principalmente²⁵:

1. Está pendiente para el programa realizar la aplicación de la perspectiva de género.
2. El programa declara que no es necesario incluir una perspectiva de género.
3. Se alude a una limitación metodológica que, dado que los registros en salud consideran tan solo opciones binarias, entonces no es posible llevar control.

Respecto al primer caso, es un elemento interesante de análisis considerar como una población cautiva de una posible capacitación y acompañamiento para poder comprender la implementación en su totalidad. Esta categoría podría ser la alternativa base para todos los programas, de manera de suponer que todos deben considerarla.

En el segundo caso, esta declaración señala que efectivamente el programa no entiende qué es la perspectiva de género, si se define que la perspectiva de género es la adecuación del diseño e implementación de los programas en base a la caracterización de su población, considerando al menos género femenino, masculino, trans y otro, entonces, todo programa puede adecuar su diseño e implementación a las características que pueda levantar de la población. Sin embargo, es necesario

²⁵ Mayor detalle se puede encontrar en Anexo 3.

poder realizar un análisis del problema que busca abordar un programa considerando estos elementos.

Finalmente, el tercer tipo de declaración hace alusión al tipo de estadísticas que se levantan en los programas y el que utilizan en la gestión general del sistema de salud. Es de suma urgencia poder establecer un acuerdo a nivel estado en el cual se indique a nivel general cuáles son las clasificaciones de género que se deben preguntar en cada uno de los levantamientos de información, y generar incentivos directos que permitan realizar análisis cualitativos robustos de las poblaciones que se atienden.

A modo de indagación, durante las entrevistas de profundización se entrevistó a personal de la iniciativa Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial de Chile Crece Contigo y se identificaron los siguientes hallazgos:

1. Si bien existe un mandato relativo a la implementación de perspectiva de género, no existe un lineamiento claro con relación a la operacionalización de estos principios. Se identifica una priorización de actividades dirigidas a reducir brechas de acceso para mujeres en zonas rurales.
2. A nivel de datos, no desagrega la información por variable de género y en seguimiento, no existe un detalle, por ejemplo, de información relacionada con el adulto significativo del menor: no se conoce si ese adulto es un hombre o una mujer ni tampoco su vínculo o parentesco. Esto, impide profundizar en las caracterizaciones de los usuarios y poder proponer mejoras que sean acordes con los lineamientos de la transversalización de la perspectiva de género. Por ejemplo, conocer la distribución del sexo de los adultos significativos y su vínculo o parentesco con el niño o la niña, permite adaptar y mejorar las políticas de manera más eficiente.
3. Carece de un análisis relativo a cómo su formulación puede estar perpetuando estructuras que determinan roles de género: por ejemplo, si bien la iniciativa promueve el control del niño sano de manera periódica, esto supone que el cuidador principal, que generalmente es la madre, debe asistir junto al niño (es decir, supone que la persona cuidadora principal dispone de este tiempo y debe estar involucrada en los procesos de cuidado para poder participar activamente de los procesos).

Este detalle, muestra que la iniciativa y en particular la instancia del control de niño sano, perpetúa el concepto o rol de “las mujeres son las cuidadoras”, de la misma manera, se ejemplificó con situaciones en las que el niño asistía con ambos padres al control, las encargadas de salud hablaban exclusivamente con la mujer, respecto a los cuidados del niño o niña y en caso de que no se cumpliera

algún hito del desarrollo, el mensaje también estaba dirigido a las mujeres. La entrevista indicó presenciar muchas veces, en las cuales el padre increpaba a la madre por los malos resultados evidenciados en la consulta, en vez de considerar que él también es un elemento activo en la crianza. Este es un ejemplo, que refleja la importancia de poder pensar la problemática del programa y cómo las acciones que se implementan para solucionarlas deben tender a disminuir las brechas de género o al menos, no perpetuar roles de género.

Si bien esta iniciativa muestra importantes avances en la incorporación de la perspectiva de género, al ser un cambio cultural, es progresivo y requiere de cambios en los paradigmas y, por lo tanto, un esfuerzo sistémico permanente que apunte en una dirección clara y concreta: disminuir las brechas de género.

VI. Análisis de estrategias y prácticas de implementación

i. Análisis y sistematización de convenios

En el marco de esta evaluación, el Ministerio de Salud, a través de la Divap, proporcionó información financiera de los convenios por servicios de salud suscritos en el contexto de Programas de Reforzamiento del año 2019 a 2023 en formato Excel. La información no está estructurada por convenio, sino que por Servicio de Salud y programa. Esto significa que los datos disponibles no permiten realizar un análisis unitario por convenio. Para 2023 se contó con la información de los más de 13.000 convenios que se suscribieron en dicho año y en formato PDF. Lo anterior es relevante, ya que evidencia la falta de información sistematizada y de indicadores que permitan una gestión integral de las transferencias. Esto pone de manifiesto el alto grado de manualidad y la escasa integración entre los sistemas de información existentes.

Para fines del análisis se logró obtener una versión digital y sistematizada con cierta información por programa y servicio de salud como unidad de análisis, de los años 2019 a 2023. Ello permitió realizar un análisis del flujo financiero entre los programas que son parte de Praps, montos iniciales y finales de la transferencia de recursos, su destino- servicio de salud, y desglose por naturaleza del gasto según clasificador presupuestario (subtítulo 21, 22, 24 y 29).^{26,27}

El presente análisis se realiza principalmente por programa y territorio, y se contempla un indicador llamado “transacción” a modo de generar un *proxy* del conjunto mínimo de convenios necesarios para el funcionamiento del programa. En detalle: sea transacción (T_{ij}) el conjunto asociado a la transferencia “i” (subtítulos del gasto) realizada en programa “j”. Esto implica que una transacción abarca un conjunto de convenios desarrollados.

En la tabla a continuación, se muestra que el número de programas es variable en los años analizados. Teniendo un mínimo en el año 2020 con 8 programas y 219 transacciones, y un máximo en el año 2023 con 47 programas y 2.131 transacciones.

Los recursos financieros asignados se ven incrementados entre 2019 a 2023 en 227%, alcanzado los MM\$706.078²⁸. A nivel de ejecución entre el presupuesto inicial y devengado se observa para todos los años estudiados una sobre ejecución²⁹, presentado un máximo de variación en 2020 de un 63,4%

²⁶ La identificación del número específico de convenios se debe realizar programa a programa debido a la estructura de los datos

²⁷ Toda la información fue procesada en STATA 17 para proceder a la limpieza y extracción de datos generando un archivo consolidado- una base de datos- de los programas por año e información financiera que es analizado en excel.

²⁸ Esta cifra difiere de la tabla x y se explica a que el reporte de Fonasa entrega para fines de esta evaluación identifica con claridad asignación per cápita y lo otro por resto.

²⁹ La información vinculada a la sobre ejecución se obtiene del control financiero que se realiza en la Subsecretaría de Redes.

y en promedio (sin considerar dicho año por motivos de gestión de la pandemia por COVID-19) de un 11,7%.

El gasto aumenta 4,5 veces entre 2020 y 2021, se contrae en 2022, pero vuelve a incrementarse en 2023, alcanzando cifras similares a las de 2021. Este comportamiento se explica por el crecimiento de programas e iniciativas que se han incorporado progresivamente a esta modalidad de financiamiento, además del efecto pandemia para el año 2021.

Por otro lado, el número promedio de transacciones por programa, con excepción de 2020, supera las 40, lo que refleja una elevada carga administrativa.

Tabla 5 Resumen General Información de Transferencias PRAPS 2019-2023

Resumen General	2019	2020	2021	2022	2023	Promedio 2019-2023
N° Transacciones	853	219	1826	1556	2131	1317
N° de Programas	19	8	44	33	47	33
Transacciones promedio por programa	44,89	27,37	41,45	47,15	45,34	41,24
Monto Final (Miles \$ 2023)	238.794.285	179.836.078	811.907.036	536.083.270	793.775.718	512.079.277
Monto Inicial (Miles \$ 2023)	215.746.657	110.060.249	681.993.744	511.851.134	706.078.713	445.146.099
Variación (%)	10,7%	63,4%	19,0%	4,7%	12,4%	22,04%

Fuente: elaboración propia sobre la base del Reporte Convenios de la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

La información financiera de los programas se encuentra desagregada por naturaleza del gasto, identificando lo que se asigna para personal -subtítulo 21-, bienes y servicios de consumo - subtítulo 22- y lo que corresponde a transferencias corrientes- subtítulo 24. Al realizar esta diferenciación, es posible identificar la existencia de la asignación por subtítulo 24 ya que no corresponde a la suma de los montos entre subtítulo 21 y 22 y por tanto se entiende que es una transferencia independiente de las otras que no está asociada a las otras naturalezas del gasto y en consecuencia, no se puede indicar qué se encuentra financiando.

Es posible que corresponda a financiamiento de equipos o dispositivos médicos, infraestructura y mantención, recurso humano, servicios, entre otros, para lo cual se requiere un análisis de cada convenio-programa. Esto es importante de indagar ya que por las normas de imputación

presupuestaria no debiese ser que transferencia corriente termine en otra transferencia corriente y aun no se conozca al objeto del gasto, al menos en lo que corresponde a la imputación del gasto en sistema de gestión financiera del estado (SIGFE).

La Tabla 6 señala que el gasto principalmente es imputado a subtítulo 24, a excepción del año 2020. Por ejemplo, en 2023 corresponde a un 68% del gasto. La información disponible no permite conocer el objeto de dicho gasto.

Tabla 6 Transferencias según naturaleza del gasto en el PRAPS 2019- 2023, M\$ 2023

Subtítulo	2019		2020		2021		2022		2023	
21	32.445.581	14%	10.269.962	6%	75.960.387	9%	47.023.484	9%	80.314.240	10%
22	36.566.132	15%	122.470.981	68%	147.212.040	18%	103.029.958	19%	174.229.472	22%
24	169.782.571	71%	47.095.135	26%	588.734.609	73%	386.029.828	72%	539.232.007	68%
Total	238.794.285		179.836.078		811.907.036		536.083.270		793.775.718	

Fuente: elaboración propia sobre la base del Reporte Convenios de la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Al explorar la evaluación de los recursos ejecutados por programa por año en Tabla 8 se obtiene que para el periodo 2019 a 2023 en promedio la ejecución por programa fue de \$17.466 millones, la mediana \$9.193 millones y con un mínimo y máximo distantes entre ellos, siendo el máximo 95 veces el valor mínimo. En los años estudiados se observa la tendencia al alza de los valores promedios y medianos y una gran variación en el mínimo, considerando que la carga administrativa es la misma independiente del monto.

Tanto el número de programas como valores cambian sustancialmente de un año a otro. Llama la atención lo extremo de los valores mínimos y máximos, ya que todos los programas tienen un enfoque territorial y por tanto independiente del volumen de recursos transferidos la gestión del convenio y programa es la misma.

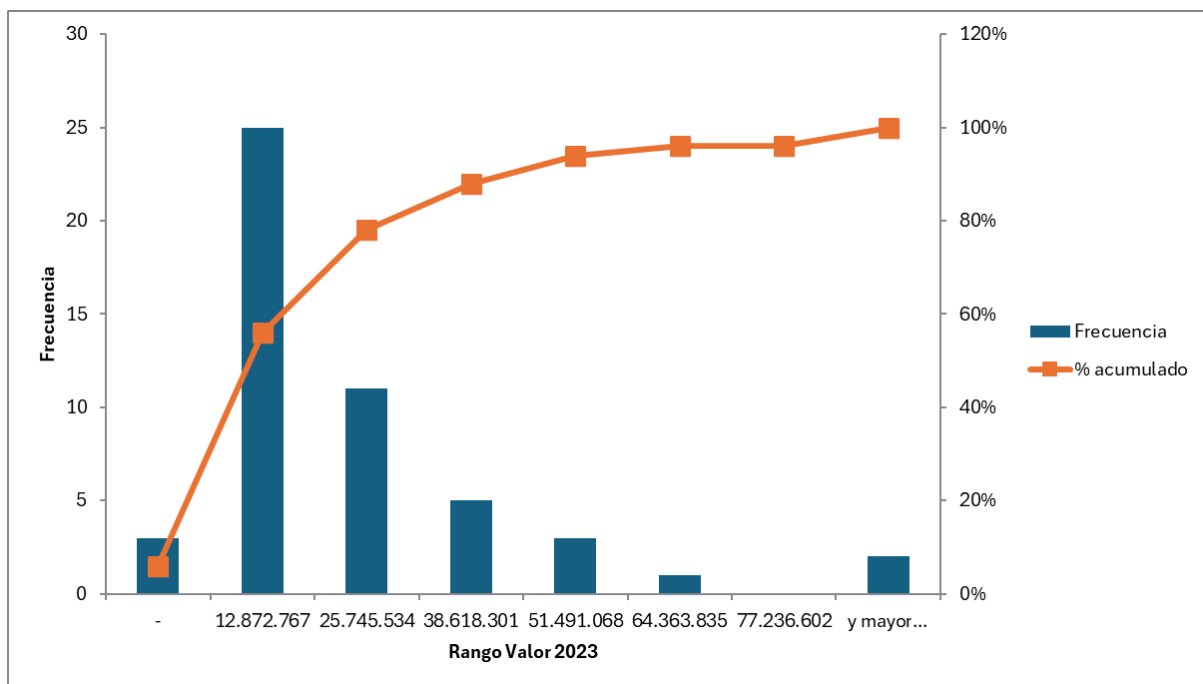
Tabla 7 Indicadores de Gasto por Programa en el PRAPS 2019-2023, M\$ 2023

Estadístico	2019	2020	2021	2022	2023	Promedio
Promedio	13.266.349	22.479.510	18.452.433	16.244.948	16.888.845	17.466.417
Mediana	5.835.820	10.731.584	9.012.327	11.510.251	8.878.930	9.193.782
Mínimo	640.333	3.124.964	310.184	98.378	306.669	896.106
Máximo	55.884.122	92.285.207	109.220.772	76.142.609	90.109.369	84.728.416
N° Programas	19	8	44	33	47	30

Fuente: elaboración propia sobre la base del Reporte Convenios de la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

La **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**, muestra, considerando los datos del gasto por programa del año 2023, que 25 programas de los 47 explican 50% del gasto y se concentran en un rango medio de \$12.872 millones. Son limitados los programas de bajo y alto gasto, pero ellos inciden en que se cuente con una distribución asimétrica con valores extremos. Estos extremos podrían requerir un análisis más detallado para evaluar si la distribución actual responde adecuadamente a las prioridades estratégicas del sistema y a las necesidades de la población.

Gráfico 2 Histograma Gasto 2023 por Programa



Fuente: elaboración propia sobre la base del Reporte Convenios de la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Continuando el análisis territorial y considerando el año 2023, la Tabla 8 indica los montos ejecutados por servicio de salud y los promedios, mediana, mínimo y máximo por programa. A nivel del servicio de salud existe una correlación entre población del territorio y los recursos asignados, y es por ello por lo que en los servicios de la región metropolitana se concentra el gasto. Por lo tanto, no se evidencia con la información del gasto que exista un foco efectivo desde el Praps para corregir brechas territoriales y por tanto apuntar a una mayor equidad en salud.

El tamaño de los programas a nivel de los territorios, medido por su gasto, da cuenta que ellos en general son pequeños, siendo la mediana de un 1,4% del gasto y en promedio un 2,4%. A nivel de cada servicio hay programas que no superan el 0,01% del gasto total del Praps, lo que importan para fines de la eficiencia operativa de las iniciativas, de su alcance y potencial impacto.

Tabla 8 Indicadores de Gasto por Programa en el PRAPS por Servicio de Salud en 2023, M \$2023

Servicio de Salud	Gasto (Miles de \$2023)	Distribución
Aconcagua	12.620.396	1,59%
Antofagasta	16.439.200	2,07%
Araucanía Norte	15.723.534	1,98%
Araucanía Sur	48.347.178	6,09%
Arauco	11.940.859	1,50%
Arica	7.458.156	0,94%
Atacama	12.348.658	1,56%
Aysén	12.972.689	1,63%
Biobío	25.679.776	3,24%
Chiloé	16.171.310	2,04%
Concepción	32.591.466	4,11%
Coquimbo	33.242.322	4,19%
Del Maule	55.253.174	6,96%
Del Reloncaví	24.453.185	3,08%
Iquique	14.729.207	1,86%
Libertador B. O'Higgins	39.306.934	4,95%
Magallanes	8.329.248	1,05%
Metropolitano Central	44.380.323	5,59%
Metropolitano Norte	34.106.249	4,30%
Metropolitano Occidente	50.921.256	6,42%
Metropolitano Oriente	26.079.748	3,29%
Metropolitano Sur	46.399.142	5,85%
Metropolitano Suroriente	53.820.574	6,78%
Ñuble	29.638.780	3,73%
Osorno	13.223.930	1,67%
Talcahuano	20.657.046	2,60%
Valdivia	26.450.041	3,33%
Valparaíso San Antonio	23.597.226	2,97%
Viña del Mar Quillota	36.894.109	4,65%
Total	793.775.716	100,00%

Fuente: elaboración propia sobre la base del Reporte Convenios de la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

ii. Aplicación de entrevistas: análisis de estrategias y prácticas.

Con el objetivo de indagar y conocer más en profundidad respecto a las prácticas de implementación de los diversos programas que componen PRAPS, se seleccionaron programas transitorios, programas permanentes por ley, permanentes GES y permanentes por antigüedad. En base a este criterio, se realizaron siete entrevistas de profundidad a referentes de programas pertenecientes a Divap, y representantes de servicios de salud identificando fortalezas, debilidades, y oportunidades de mejora del PRAPS, así como las prácticas implementadas en su gestión. En el [Anexo 4: Profundización de Implementación - Pauta Entrevistas PRAPS](#) se encuentra el detalle de la pauta aplicada a los servicios³⁰.

Se indagó en ámbitos relacionados con la normativa del programa, para identificar el origen del mismo, lo que realiza, profundización en los procesos, la caracterización del equipo, los actores, y finalmente en temas presupuestarios, relacionados a la estimación de las demandas a nivel comunal, el levantamiento de las necesidades, la definición de los montos asignados por programa, entre otros.

A continuación, se detallarán los principales hallazgos a nivel de servicios de salud y a nivel de referentes de programas, considerando que son opiniones de los entrevistados y que la información no necesariamente es verificable.

i. Principales hallazgos a nivel de servicios de salud

Los entrevistados describieron la relación fluida que poseen con las comunas y destacan el compromiso que cada una tiene con su plan de trabajo. El PRAPS es percibido como un recurso valioso para cubrir necesidades no contempladas en el financiamiento per cápita, al ser una transferencia focalizada a la ejecución de acciones específicas. Asimismo, mencionan que es una buena forma de financiar programas que están iniciando o en su etapa intermedia, ya que logran persistir al tener una vía de financiamiento y permite subsanar brechas entre comunas al tener un mayor control de la ejecución. Como ejemplo, se destacó el que se puedan financiar programas como Buenas Prácticas³¹ y Apoyo a la Gestión Local, que tienen un enfoque comunitario y permiten innovar en las comunas.

Entre las fortalezas identificadas por los entrevistados, un servicio destacó la flexibilidad demostrada en el programa de Universalización de APS. En este caso, el nivel central asignó recursos, acompañado de un marco con orientaciones técnicas generales. Esto permitió que el servicio, en colaboración con la comuna, adaptara los recursos a las necesidades específicas del territorio, logrando una ejecución adecuada y alineada con las realidades locales. Otra práctica destacable, según el juicio del

³⁰ Todas las personas entrevistadas firmaron el consentimiento informado que garantiza el anonimato de los participantes cuyo detalle se encuentra en el [Anexo 6: Consentimiento informado](#).

³¹ Al programa “Fomento a la Participación Social en APS a través de la Ejecución de Iniciativas Locales de Cuidados Comunitarios de la Salud” se le conoce también como “Buenas Prácticas” o “Buenas Prácticas en Participación Ciudadana y Fortalecimiento Comunitario en la APS”, ya que con los años ha ido cambiando su nombre.

entrevistado, es la estrategia territorial implementada por un servicio para resolver la falta de oferentes en licitaciones que tienen algunos programas. Se establecen convenios de colaboración entre hospitales y departamentos de salud municipal (DSM), permitiendo que, cuando una comuna carece de infraestructura o tecnología, el hospital más cercano entregue la atención necesaria a cambio de insumos proporcionados por la comuna.

Como parte de las debilidades identificadas, los servicios coincidieron en que la elaboración de convenios es un nudo crítico importante, ya que deben elaborar al menos un convenio por cada programa que implementa cada comuna. Considerando que los servicios pueden tener a su cargo desde 4 a 33 comunas y cada comuna podría llegar a implementar hasta 42 programas o iniciativas bajo el marco de PRAPS, implica una alta carga laboral en el mes de diciembre, que es cuando el nivel central envía las resoluciones que aprueban cada programa con la vinculación para el año siguiente, teniendo que trabajar horas extras para asegurar la continuidad. Además, está la intervención de actores externos en la tramitación del convenio, como la de las direcciones municipales para su firma o la de la Contraloría General de la República para la toma de razón.

Considerando que los costos asociados a la gestión del PRAPS no han sido cuantificados formalmente, se consultó a los entrevistados cuánto tiempo aproximadamente destinan a labores de gestión, reportando, en promedio, que entre un 20-25% del tiempo de los referentes se destina a tareas como validación de rendiciones, cuando estos también deben encargarse de la asesoría técnica y seguimiento de la ejecución. Por otra parte, identifican como un factor adicional en la carga administrativa, el aumento constante en el número de PRAPS, debido a que complica la gestión incrementando las demandas administrativas y dificultando la supervisión técnica efectiva.

Lo anterior, se acentúa cuando estos programas consideran licitaciones en su ejecución, porque aplazan también la transferencia de recursos. Esto impacta en mayor medida a las comunas con menor capacidad de gestión o recursos más limitados que no pueden ejecutar sin la transferencia efectiva. Programas mencionados con atrasos recurrentes son los de Chile Crece Contigo, los que también dependen del MDSyF para la transferencia.

Los entrevistados son enfáticos en señalar que es el nivel central el que generalmente decide la distribución de los recursos, como por ejemplo los programas de Resolutividad y Más Adultos Mayores Autovalentes, los cuales vienen con una distribución predefinida para las comunas, restringiendo la adaptación de los recursos a las necesidades locales. Un ejemplo de esto son los programas que dentro de sus componentes considera la movilización para la prestación del servicio, como visitas domiciliarias en Cuidados Paliativos. Cuando estos montos vienen predefinidos las comunas que presentan mayores distancias requieren mayores costos, obligándolas a asumir los diferenciales.

Continuando con las debilidades, los entrevistados proponen que para comunas con recursos más limitados y/o programas que consideran licitaciones se pudiera transferir el 100% de los recursos.

Los entrevistados señalaron como propuestas de mejora PRAPS y específicamente para disminuir la carga administrativa actual, extender la duración de los convenios o incluir la cláusula de prórroga que permite dar continuidad a las prestaciones del programa y a los referentes les permitiría enfocarse en la asistencia técnica. Las resoluciones de aprueba programa también podrían agruparse en una sola, indicando los programas que estarán vigentes en el año. Los entrevistados proponen per capita ciertos PRAPS que ya llevan varios años de implementación y con menor necesidad de control central podría simplificar su gestión y dar mayor flexibilidad a los servicios de salud. Aunque se indica que esta medida enfrenta resistencia por parte de algunos directores de salud, gremios y funcionarios, por la pérdida de control en la producción y en la calidad de la atención.

Los entrevistados también señalan la necesidad de robustecer la información de los programas respecto al impacto sanitario, mejorando los instrumentos de evaluación y robustecer el instrumento de medición del per cápita, el índice de actividad de la atención primaria de salud (IAAPS), para que, al per capita un programa, no se pierda el seguimiento de esas prestaciones. Para mejorar la eficiencia y efectividad, se proponen orientaciones técnicas, manuales o protocolos desde el nivel central para la elaboración de convenios, rendiciones y permitir una mayor autonomía en la asignación de recursos según las necesidades locales.

ii. Principales hallazgos a nivel de referentes de salud en Divap

Entre las buenas prácticas las personas entrevistadas destacan la estrecha relación que mantienen con los servicios de salud y sus respectivos referentes. Una práctica valorada que contribuye al funcionamiento y planificación de los programas es que los convenios admiten el pago retroactivo, esto es que los servicios de salud pueden rendir gastos incurridos en un período anterior. Por ejemplo, en la contratación de personal, los servicios pueden hacer una proyección de las horas que se requerirán, a partir de la población inscrita y/o que está bajo control, y así contratar al personal necesario mientras ocurre la tramitación del convenio. Otra fortaleza que destacan la posibilidad de financiar necesidades no contempladas en el per cápita. Asimismo, los entrevistados señalan que tienen un mejor seguimiento y monitoreo de estos recursos, a partir de las rendiciones de cuentas elaboradas por los servicios de salud y los informes de cumplimiento de metas que contienen el cálculo de indicadores asociados a cada programa.

Sin embargo, también se identifican importantes desafíos. Uno de ellos la alta rotación de profesionales de salud y el alto costo de capacitación relacionado tanto en cargos administrativos como aquellos encargados en la prestación de servicios. Esto ocurre por la vida anual de cada

programa y su incertidumbre en la continuidad en algunos o los atrasos administrativos en otros. Los profesionales, al no tener un cargo estable buscan otras alternativas laborales. Otro desafío se encuentra en los programas cuyo presupuesto proviene de otros Ministerios distintos al de Salud, lo que añade complejidad burocrática por diferencias en nomenclaturas, formalidades innecesarias y procesos que generan atrasos adicionales. Por último, se mencionan los retrasos recurrentes en la tramitación de convenios, la evaluación de informes de cumplimiento de metas y la posterior transferencia de recursos, que incluso puede impedir la implementación de ciertos componentes del programa.

Entre las propuestas de mejora, considerando los programas o iniciativas, los referentes sugieren acciones que aborden tanto el impacto poblacional como aspectos de equidad e inclusión. Para aumentar la cobertura de los programas, se proponen medidas de corto plazo, como adaptar los horarios de talleres a la disponibilidad de los beneficiarios, y estrategias más estructurales, como incorporar co-facilitadores que hayan participado previamente en los programas, quienes podrían compartir sus experiencias y brindar acompañamiento a nuevos beneficiarios. Asimismo, destacan la importancia de transversalizar la perspectiva de género, capacitando a los equipos para unificar criterios y generar un discurso coherente sobre el tema en todos los niveles del programa. Contemplar también dentro de la población objetivo las diferentes composiciones familiares y diversidades sexogenéricas, al momento de diseñar e implementar cada programa. Finalmente, se sugiere evaluar la pertinencia de los programas y sus componentes, ajustándolos a las necesidades cambiantes de los establecimientos y su población inscrita.

Finalmente, las entrevistas fueron un mecanismo de levantamiento de información primaria que permitieron levantar algunos elementos importantes de análisis en diversos ámbitos, representando exclusivamente la opinión y experiencia de los entrevistados, pero señalando elementos que son transversales a las diversas herramientas utilizadas.

iii. Análisis del Praps como sistema de financiamiento

En este capítulo se analizará el diseño y desempeño del Praps en el marco de la función de financiamiento. Para esto, se realizaron 5 entrevistas en profundidad con el objetivo de levantar y relevar información sobre la función de financiamiento que hasta la fecha no ha sido analizada ni tampoco planteada en las discusiones financieras y de diseño de los programas que incluye Praps.

Estas entrevistas se realizan con una perspectiva 360°, es decir, considerando los actores clave. El instrumento fue aplicado a representantes de diversos ámbitos relacionados con el mecanismo de financiamiento, en específico, se sostuvieron conversaciones con representantes del Fondo Nacional de Salud, Dirección de Presupuestos, División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes y dos servicios de salud.

Para esto, se realizó una adaptación al marco desarrollado por OMS 2020³² correspondiente a una matriz de evaluación de los sistemas de financiamiento, que puede ser aplicada a sistemas o a programas conocida como la Matriz de Progreso de Financiamiento en Salud (HFPM, por sus siglas en inglés). Este corresponde a un enfoque cualitativo estandarizado de la Organización Mundial de la Salud para evaluar tanto en términos de desarrollo como de implementación de políticas de financiamiento de salud.

La OMS dispone de una pauta de preguntas por área, la que para fines de la evaluación es ajustada para aplicarla al lenguaje y ámbito de la APS y en específico para PRAPS. En el [Anexo 6: Pauta de entrevistas Análisis de Sistema de Financiamiento](#) se presenta la pauta de evaluación, las preguntas que de acuerdo con el instrumento se abordan en cada área, así como las preguntas adicionales que son presentadas para incentivar la reflexión y comprensión de las preguntas por parte de las personas entrevistadas.

Durante la aplicación de la entrevista, se explora e indaga sobre la visión que tiene cada actor sobre las áreas de la función de financiamiento y se busca identificar un nivel de progreso en base a la respuesta de las personas entrevistadas, entre las siguientes opciones: emergente, en progreso, establecido y avanzado³³. El nivel de progreso fue definido por los entrevistados y a veces concluido por la entrevistadora (Panelista Experta) y confirmado por el entrevistado.

³² The health financing progress matrix: country assessment guide. Geneva: World Health Organization; 2020 (Health financing guidance, no. 9). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

³³ Para mayor detalle sobre las categorías, consultar [Anexo 5: Pauta de entrevistas Análisis de Sistema de Financiamiento](#)

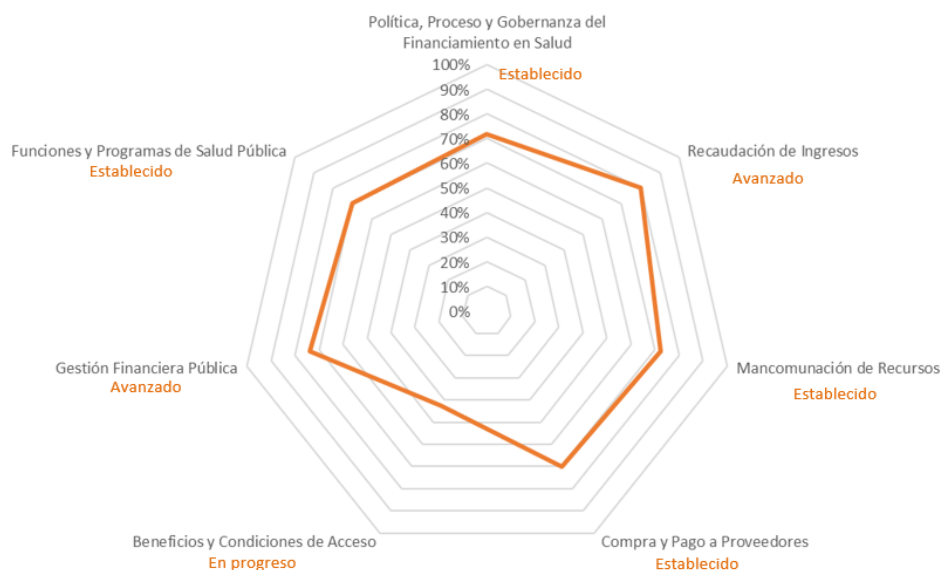
La matriz de progreso tiene por objetivo generar una línea base de análisis que permita construir un mejoramiento del financiamiento del sector salud, y por sobre todo visibilizar los atributos que lo componen.

En vista de que la calificación del nivel de progreso consiste en percepciones y juicios que surgen desde los entrevistados, se ha planteado una puntuación para fines de concluir el nivel de progreso por área de análisis, ello permite generar un valor síntesis por área a la vez de comparar las perspectivas entre los agentes frente a una misma temática.

i. Resultados aplicación de entrevista

Los resultados del análisis reflejan avances importantes en varias dimensiones del financiamiento en salud, aunque también evidencian desafíos significativos en áreas clave que requieren atención prioritaria. Para fines ilustrativos, se incluye el gráfico 3 que muestra el progreso estimado para cada área analizada.

Gráfico 3 Progreso por área de análisis



Fuente: elaboración propia.

Hay dos áreas avanzadas, cuatro establecidas y una en progreso. El mayor avance se observa en la dimensión de Recaudación de Ingresos, que alcanza un 80%, consolidándose como un área clave en la movilización de recursos financieros. Esto se debe a que la principal fuente de financiamiento proviene de los ingresos generales de la nación, canalizados a través del presupuesto público asignado al Ministerio de Salud. Por su parte, Gestión Financiera Pública (74%) y Mancomunación de Recursos (73%) también destacan con avances importantes, lo que las posiciona como áreas establecidas. Sin

embargo, persisten áreas de mejora, especialmente relacionadas con dificultades operativas en la asignación de recursos en el territorio y en la limitada incorporación de recursos locales para el desarrollo de iniciativas y programas asociados a la salud de la población.

Un aspecto transversal señalado en las entrevistas es que el financiamiento desde el gobierno central a la atención primera se entiende como la adición entre el per cápita y Praps. Así, se ha convertido en un complemento al per cápita, creciendo de manera inorgánica debido a restricciones presupuestarias y al temor de perder control sobre el uso y destino de los recursos. Ahora bien, según los entrevistados, los Praps ofrecen mayor control, gestión y auditoría en comparación con el mecanismo per cápita, lo que ha reforzado su prevalencia como herramienta de financiamiento.

En contraste, la dimensión de “beneficios y condiciones de acceso” muestra un avance más limitado, con solo un 43%. Esto evidencia que el plan de beneficios no se percibe como consolidado ni claro. Asimismo, se ha señalado una debilidad en los procesos de diseño de los programas sujetos a este mecanismo de financiamiento, desde la argumentación y definición de la población objetivo, hasta el ajuste territorial, entre otros aspectos. A ello se suma la limitada comunicación de estos beneficios o prestaciones de salud a la población, ya que no existe una armonización ni sistematización de las atenciones que la APS entrega a su población bajo control, lo que dificulta su comprensión y aceptación por parte de los actores involucrados.

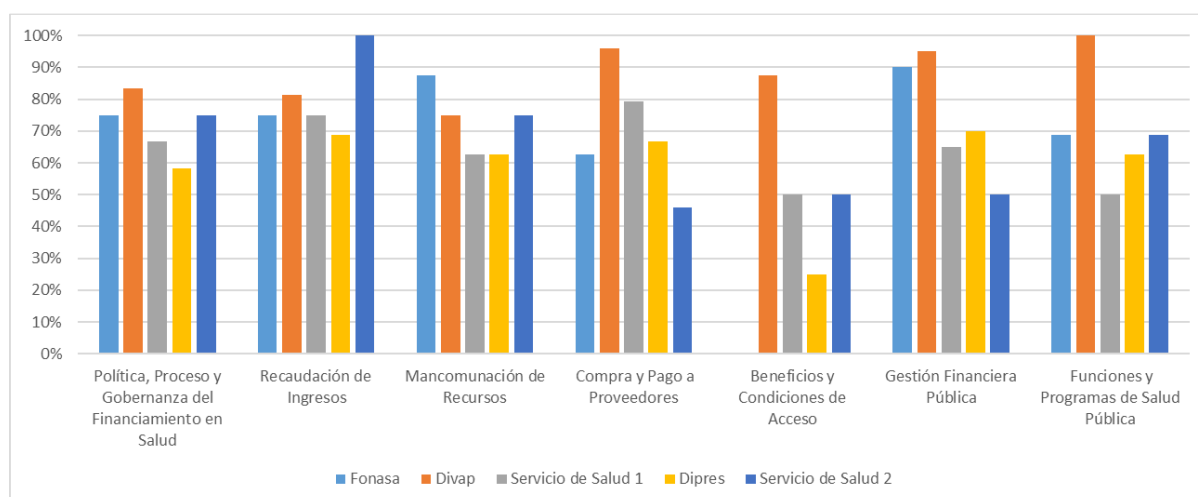
Por otro lado, “compra y pago a proveedores” con un 70%, aunque evidencia cierto progreso, se encuentra en el límite inferior de las dimensiones mejor evaluadas. Sobre la base de las conversaciones sostenidas con los entrevistados se deduce que esto podría estar relacionado con ineficiencias en los esquemas de pago, como el sistema de cuotas y los largos tiempos de tramitación de convenios, lo que impacta negativamente en la gestión financiera de los proveedores y el sistema en general.

El análisis permite reflejar los sesgos inherentes que existen producto del rol y función que tienen los actores en el mecanismo de financiamiento. En particular, un resultado esencial de estas entrevistas y a juicio del evaluador es la limitada comprensión y dominio sobre conceptos e implicancias del mecanismo de financiamiento, su rol en la función de financiamiento y qué es lo que se debe exigir al mismo. Se mantiene una visión de asignación presupuestaria, de acuerdo con el presupuesto definido, para un fin determinado por la autoridad sanitaria sin mayor cuestionamiento de quién define, qué se asigna y cómo se asigna, lo cual lleva a un diseño y ejecución sin cambios en el tiempo y alejada de lo que se espera de un mecanismo estratégico que aporte a la eficiencia del sistema de salud y por tanto a los resultados sanitarios.

El gráfico 4 muestra la evaluación de progreso dada por cada agente entrevistado. Más allá de los puntajes, lo relevante es la tendencia. En el sentido que muestra que por una parte Divap presenta una visión más positiva sobre el funcionamiento de Praps, mayor valorización de progreso en 5 de las 7 áreas evaluadas, lo que se comprende porque son los diseñadores y responsable principales, mientras que los Servicios de Salud son más críticos, lo que también es esperable ya que ejecutan materias diseñadas por otros agentes y conviven con la burocracia administrativa.

Fonasa, presenta una lejanía sobre lo que es el contenido de los beneficios y su rol es más bien de control presupuestario, sin ejercer su rol de comprador estratégico y garante del plan de beneficios que otorga el seguro público a sus beneficiarios. Mientras que Dipres mantienen una postura neutral sobre las materias, siendo claros en que su rol es generar un control presupuestario, que el presupuesto refleje las prioridades y solicitudes del Ministerio de Salud, de acuerdo con los recursos asignados para ello.

Gráfico 4 3 Progreso por Área según Institución



Fuente: elaboración propia.

Al reflexionar sobre los roles y posturas institucionales se aprecia que existe un doble o triple rol en materias de control financiero, ejercidas tanto por Subsecretaría de Redes, Fonasa y Dipres. Siendo la Subsecretaría de Redes quien tiene más información y dominio sobre los Praps. La Subsecretaría de Redes, presenta múltiples roles que generan problemas para la mejora continua, entre ellos: distribuidor, diseñador y monitoreo, generando problemas en los incentivos.

Los Servicios de Salud permanecen sujetos a dinámicas y procesos de formulación de políticas que siguen centralizados en la Subsecretaría de Redes, específicamente en la Divap. Sin embargo, estas políticas debiesen construirse principalmente a partir de las necesidades, realidades y condiciones de los territorios, especialmente en lo relativo a la APS, considerando que es descentralizada y, en gran

parte, de administración municipal. A su vez, los servicios se muestran muy ajenos a la Subsecretaría de Redes, demostrando la falta de trabajo coordinado.

Principales Reflexiones y Progreso por Área de Evaluación

1. Política, Proceso y Gobernanza del Financiamiento en Salud

La política de financiamiento está definida y estructurada adecuadamente, con mecanismos formales y actos administrativos que los respaldan, tales como estatutos y articulados específicos. No existe una opinión uniforme sobre el progreso de esta dimensión, visibilizándose que existe una visión de progreso de emergente a avanzado. Dentro de los que opinan un grado de progreso mayor señalan que hay aspectos que podrían ser mejorados, principalmente lo que está ligado a la cobertura e impacto efectivo de los recursos financieros.

Si bien se considera, tanto por los entrevistados como para la evaluadora externa, que las iniciativas que son parte del Praps se ajustan a objetivos sanitarios globales, los indicados en la estrategia nacional de salud, muchas veces no se encuentran alineados a todas las necesidades y a la realidad de cada territorio o localidad. Por ejemplo, en las entrevistas se indicó que no hay espacio para la realización de exámenes diferenciados acordes con ciertas particularidades epidemiológicas de sus poblaciones o que existe una falta de cupos o falta de actualización de los convenios.

Es transversal de la opinión de las entrevistas que las definiciones se toman en el nivel central, y que, aunque los servicios de salud pueden tomar decisiones sobre la redistribución de recursos, dentro de los marcos legales y presupuestarios definido, no pueden redefinir los objetivos. La oferta programática la define la autoridad sanitaria, y por tanto la política en sí no es resultado de un proceso de abajo hacia arriba, sino que de arriba hacia abajo.

Respecto a la gobernanza, los roles en opinión de las personas entrevistadas están bien definidos y hay muchos actores clave con funciones relacionadas a presupuesto, todos los cuales son considerados complementarios y esenciales. Sin embargo, hay aspectos de coordinación que requieren ser mejorados, por ejemplo, la alineación entre aspectos técnicos y financieros, o el acceso a información entre los distintos niveles dentro del Ministerio de Salud o con otras entidades. La rendición de cuentas está establecida y regulada por la Contraloría General de la República (CGR), pero es un ámbito evaluado entre establecido y avanzado, ya que, aunque permite la transparencia y establece controles necesarios, implica un tiempo administrativo considerable y muchas veces es un proceso engorroso. Además, existen distintos niveles de rendición entre las entidades involucradas, de acuerdo con los diferentes convenios establecidos lo que complejiza la rendición de cuentas.

En detalle las rendiciones que se deben hacer financieramente son realizadas por múltiples instituciones y de forma periódica. Estas son realizadas desde los municipios y servicios de salud a la

Contraloría General de la República en sus sistemas de información. A su vez, los servicios de salud deben realizar sus registros financieros en el SIGFE (la herramienta de control financiero para las entidades del gobierno central). Complementario a todo lo anterior los Servicios generan rendición adicional y paralela en planillas *ad hoc* hacia la Subsecretaría de Redes, posteriormente desde la Sub. Redes- la Divap- a Fonasa y por último de forma independiente, desde Fonasa y Subsecretaría de Redes a Dipres. En síntesis, existe un control financiero excesivo y a la vez parcializado según el ámbito de control de cada entidad, lo que dificulta generar una visión completa del funcionamiento de las iniciativas.

En relación con el uso sistemático de información de financiamiento para monitorear, evaluar y mejorar el desarrollo e implementación de los programas y acciones definidos, el acceso a la información no es trivial ya que aunque hay mecanismos definidos, es un ámbito evaluado entre emergente y establecido. Se ha trabajado de forma periódica desde Divap o en la revisión y definición de indicadores, optimizando su uso y homologando sus definiciones, estandarizando además los periodos de medición; de todas formas, se considera que es necesario redefinir y crear nuevos indicadores, que permitan evaluar de mejor manera los Praps. Actualmente los indicadores centrales de medición de rendimiento de la APS son los IAAPS, pero estos no son suficientes para evaluar los resultados de los programas e iniciativas ni están vinculados directamente con los indicadores que se miden en los convenios de cada Praps. Además, en general en los convenios los indicadores son a nivel de proceso y producto, por ejemplo, número de exámenes realizados, pero no vinculados a su impacto en términos de si resolvió el problema de salud.

2. Recaudación de ingresos

El gasto se basa principalmente en la asignación que se otorga desde el Gobierno Central para la APS y se puede hacer una trazabilidad total de los recursos que el gobierno central, y por tanto, el Minsal otorga a la iniciativa, por lo que esta dimensión se considera avanzada desde la mirada del gobierno central. Se podría contar con recursos adicionales para las iniciativas mediante la adición de recursos desde los Gobiernos Regionales y de las propias municipalidades, permitiendo así para complementar el financiamiento otorgado por el nivel central lo que permitiría expandir cobertura, mejorar calidad o adicionar prestaciones de salud. Esta vinculación es un proceso establecido en uno de los servicios de salud entrevistados, pero no es el común denominador, al contrario, desde la propia autoridad central indica que dichos aportes no existen y tampoco se realizan ya que no tienen un mandato para que se asignen recursos fuera del nivel central. En este sentido resulta relevante dar cuenta que los entrevistados tienen una visión parcializada de Praps desde su punto de control y función, pero que algunos a lo largo de conversación se percataron de que no cuentan con una mirada global sobre el

mecanismo y que simplemente se ha obviado el aporte potencial que se podría tener desde las comunidades.

El financiamiento de Praps como mecanismo global en el largo plazo por muchos se considera predecible, con una estructura financiera que se ha mantenido por más de 10 años, por lo que la dimensión se considera entre establecido y avanzada, sin embargo, no existe la misma percepción respecto a la asignación interna.³⁴ En general se discute financieramente el marco de recursos y solicitudes adicionales o incrementales, pero todo responde al marco y asignación interna que realice el Minsal sobre sus recursos entre APS, atención secundaria, terciaria y otras iniciativas.

Los referentes del sector salud indican que el diseño de la red, según la justificación de necesidades, permite reponer o mejorar instalaciones, rediseñando el sistema cada 5 años³⁵. Respecto a la estabilidad del financiamiento existen visiones que se contraponen, por ejemplo, algunos señalan que en PRAPS lo único estable y predecible en términos financieros son aquellas iniciativas que tienen un sustento legal, como son “Trastorno del Espectro Autista” y “Cuidados Paliativos”. Por su parte, desde los ejecutores y diseñadores señalan que la continuidad es lo esperable ya que son programas que tienen que seguir funcionando; además, pocas veces hay programas que han sido descontinuados, por ejemplo, los Consultorios de Excelencia, cuyos recursos fueron reasignados a otras líneas emergentes.

En relación con la estabilidad del flujo de los fondos, dado que está establecido tanto la cuota como el monto a transferir, no hay gran variación del flujo. Si bien en algunos casos las transferencias son mensuales o en asignaciones divididas en cuotas de 30% y 70%, las entidades financieras desde gobierno central consideran que el flujo es muy estable, predecible y certero. Por su parte, los ejecutores tienen una visión medianamente diferente, ya que indican la existencia de problemas y demoras en la recepción de los recursos concentrados muchas veces al final de cada año, por lo cual muchas veces deben generar instancias de colaboración con los municipios para poder entregar las prestaciones comprometidas. Por ello la dimensión se encuentra entre establecido y avanzado.

3. Mancomunación de ingresos

Dado que el aporte fiscal es directo, desde Fonasa a los servicios de salud y luego a las comunidades, las entidades señalan que responde a la mancomunación. La dimensión fue evaluada entre establecida y avanzada.

³⁴ Recordar que los entrevistados responden frente a PRAPS y no por programa.

³⁵ Sin embargo, no existe evidencia suficiente que permita respaldar que efectivamente se realizan los rediseños cada cinco años.

El programa financiero, dada su estructura, tiene la capacidad para redistribuir fondos en la población y en base a los objetivos. Ahora bien, se habla de la posibilidad de reasignar y redistribuir fondos desde el nivel central pero no desde los niveles locales, por lo que la flexibilidad es limitada y casi nula. Sin embargo, aunque es posible hacer modificaciones presupuestarias para redistribuir recursos entre distintos servicios de salud, ello responde a una definición desde la misma autoridad sanitaria, y se requieren actos administrativos que toman tiempo, por lo que la flexibilidad efectiva es limitada. Esta dimensión es considerada entre en progreso y avanzada.

Si bien para abordar los problemas que surgen de múltiples fondos fragmentados hay muchos esfuerzos, dado que las necesidades son varias y los recursos escasos, se debe dar continuidad y priorización a las necesidades de la población por las vías presupuestarias existentes. Los Praps son vistos por distintos entrevistados como complemento al per cápita, no siempre justificado y más bien señalan que ha respondido al sub-financiamiento por el lado del per cápita.. El nivel otorgado a esta dimensión se encuentra entre emergente a avanzado.

La organización de las fuentes de ingresos y flujos son complementarias, pero no suficientes para cubrir las necesidades de la población o también para apoyar la resolutiveidad de la APS. En este sentido, se vuelve a indicar por parte de los entrevistados la relevancia de los Praps como complemento de las asignaciones per cápita sumado a problemas de tiempo entre los flujos de información que llevan a ejecutar y desembolsar a fin de año cuando los gastos ya se han incurrido a lo largo del año. El nivel otorgado a esta dimensión se encuentra entre emergente a avanzado.

4. Compra, pago a ejecutores y proveedores

El financiamiento y por tanto el pago a los proveedores está impulsado por la información sobre las necesidades de salud de la población a la que sirven, ya que de acuerdo con los entrevistados se encuentra normado técnicamente el diseño de cada iniciativa con objetivos claros, lo cual también indica que está presente en resoluciones y en los convenios de transferencia. Existen mecanismos para definir necesidades de insumos y medicamentos, por ejemplo, que permiten establecer compras centralizadas. La dimensión es evaluada entre en progreso y avanzada.

Respecto a incentivos, los sistemas de pago están armonizados y las instituciones se encuentran alineadas. La ejecución presupuestaria es alta. Adicionalmente, existe un bono por trato usuario que incentiva una buena ejecución de los Praps. También, los Convenios de Desempeño Colectivo, que establecen metas para los funcionarios públicos, contribuyen al mejoramiento de la atención a los usuarios. La dimensión es evaluada entre en progreso y avanzada.

Los arreglos de compra/ financiamiento, asociados a la calidad se estiman que apuntan a la calidad ya que existe para cada programa una norma técnica. Ahora bien, no existe evidencia y evaluación de

ello, y es por lo mismo que los entrevistados presumen que apunta a la calidad. Incluso en este apartado y otros relacionados con calidad ciertos actores indicaron preferir no responder o indicar no saber. La dimensión es evaluada entre en progreso y avanzada.

En relación con la definición, expansión u adecuación de la oferta de servicios, existen los mecanismos de reasignación y modificación presupuestaria que permitirían dichos cambios. Estas solicitudes son enviadas por Minsal a Dipres, para que se emita un decreto y éste sea tomado de razón por la CGR, lo cual que puede demorar 3 meses, siempre y cuando exista marco presupuestario para ello. Por esto, si bien son mecanismos establecidos requieren de mejoras en los tiempos de tramitación, ya que es un proceso largo que en algunos casos no es suficiente para enfrentar urgencias, excepto en casos constituidos por emergencias, en cuyo caso puede tomar algunos días. Esta dimensión es calificada emergente a avanzada.

La información sobre actividades de los proveedores es capturada por los compradores para guiar las decisiones de compra está fuera del ámbito de algunos entrevistados. Ahora bien, en el caso de PRAPS existe un alto control financiero en vista de la reportaría que se debe realizar a Contraloría, pero nuevamente un aspecto es saber que se ejecutan los recursos y otra que ellos tengan impacto sanitario o en la comunidad. La dimensión fue evaluada entre establecido y avanzado.

La autonomía financiera de los ejecutores es considerada baja, ya que se debe cumplir con el marco regulatorio establecido jurídicamente, correspondiente a convenios. En estos convenios se definen los deberes de las partes, considerando prestaciones, número de acciones, recursos comprometidos, entre otros aspectos relevantes que reglamentan las responsabilidades. Los entrevistados consideran que esta dimensión está entre emergente y avanzada.

5. Beneficios y condiciones de acceso

Para la población es difícil conocer y comprender el conjunto de beneficios definidos y a los cuales podría tener acceso. Algunos indican que hay claridad de algunos servicios, pero que esto debe ser intencionado; por ejemplo, serían mayormente percibidos los servicios de urgencia de atención primaria, la extensión horaria para la población trabajadora o los programas orientados a la calidad de vida de los adultos mayores. Incluso desde el nivel central no perciben el plan de beneficios ya que se financia gasto de acuerdo con el clasificador presupuestario. Los entrevistados consideran que esta dimensión se encuentra entre emergente y establecida.

En relación con la de toma de decisiones sobre los servicios a ser financiados, para indagar si es un proceso transparente que utiliza criterios explícitos, los entrevistados declaran en gran parte no saber sobre el proceso de toma de decisiones. Solo uno de ellos declara un nivel avanzado. Se indica que se proporciona información en las cuentas públicas donde se señala acerca de los beneficios a la

población, además de difundir información de prestaciones de la cartera, en general, y de los Praps. Los Consejos de la Sociedad Civil (Cosoc) también son una herramienta utilizada por los servicios de salud para comunicar derechos y obligaciones a las personas.

Respecto a la comunicación de derechos de la población sobre acceso y condiciones se señala que es un aspecto por mejorar, ya que se reflexiona que para el ciudadano no es trivial conocer cómo es el proceso de toma de decisiones para la definición de beneficios, ni conocen, necesariamente, sus derechos y obligaciones. Además, se indica que existen muchas prestaciones que el público general no sabe que tienen cobertura pública, aunque se ha avanzado en la comunicación de algunas prestaciones específicas. Es una dimensión considerada desde emergente hasta establecida.

La alineación entre los beneficios definidos con los ingresos disponibles, los servicios de salud disponibles y los mecanismos de compra es una dimensión evaluada entre emergente y avanzada, y ello responde a que existe mayor alineación cuando se trata de programas definidos por ley, pero en el resto, en general, existe una carga de continuidad histórica y los cambios son menores.

6. Gestión Financiera Pública

Las dificultades en la gestión financiera de los Praps no han sido evaluados integralmente ya que ninguno de los actores es responsable en su totalidad del proceso y tampoco existe una instancia de alineación y revisión conjunta sobre estas materias. Los servicios de salud enfrentan desafíos críticos relacionados con la ejecución presupuestaria, la falta de sostenibilidad financiera en infraestructura específica y la escasez de personal calificado para tareas administrativas. Estos problemas son agravados por la rigidez en los plazos y procesos de financiamiento, generando ineficiencias y limitando el impacto de los programas de salud. Es necesario implementar estrategias que consideren las particularidades locales, optimicen los tiempos de transferencia de recursos, refuercen la planificación a largo plazo y fortalezcan las capacidades administrativas en los servicios de salud.

Desde el nivel central, por su parte, señalan que existen cuellos de botella en los que se ha avanzado, pero en los que aún hay desafíos pendientes, referentes a los tiempos que toma la firma de convenios de colaboración, que a su vez influyen en el tiempo de tramitación y, por lo tanto, la posibilidad de transferir recursos a tiempo. La dimensión es evaluada entre en progreso y avanzada.

Los Praps apoyan la formulación e implementación del presupuesto de salud y se encuentran alineadas con las prioridades del sector y aportan al objetivo final del presupuesto en salud. Se considera que el mecanismo está alineado con un plan de atención de salud familiar de acuerdo con el ciclo vital y con prestaciones obligatorias para las personas inscritas. De todas formas, se vuelve a levantar y pronunciar sobre la visión de llevar Praps a per cápita, pero existe un riesgo de perder recursos que llegan a los ejecutores para fines de apoyo y adicionalmente, se pierde lo que se exige

en los convenios, por ejemplo, para poder financiar determinados funcionarios que no se cubren con el per cápita. La dimensión es calificada en progreso y avanzada.

De acuerdo con la autoridad central entrevistada existen procesos para que las autoridades sanitarias participen en la planificación presupuestaria de los Praps y en la elaboración de presupuestos plurianuales. Esta visión no es compartida por las instituciones localizadas en los territorios, en donde se indica que no cuentan con instancias de participación y que está muy centralizada la toma de definiciones. La dimensión es evaluada entre en progreso y avanzada.

Se indica que existen medidas para abordar los problemas que surgen tanto del gasto insuficiente como pro la mayor flexibilidad del presupuesto, ya que es viable a partir de reasignación de recursos o de la inclusión de mayor presupuesto, aunque existen trabas sistémicas por motivos del marco financiero existente para el sector salud. La dimensión es evaluada en progreso y avanzada.

La información sobre el gasto para algunos es considerada completa, oportuna, de acceso, ya que se cuenta con sistemas SIGFE y SISREC. De todas formas, se menciona que a nivel central no se cuenta con la información de lo que hace en completitud la municipalidad en términos de salud de la población y tampoco los entrevistados señalan tener conocimiento del gasto que incurre el municipio. Se indica que hay algunos programas que son más conocidos por la ciudadanía, pero en general (para la población) la información no es de fácil acceso. Esta dimensión es evaluada entre emergente y avanzada.

7. Funciones y programas de salud pública

En gran parte se considera que existe una alineación entre los programas de Praps con la política general de salud y de financiamiento en salud, pero como se ha indicado está el desbalance entre el per cápita y Praps, y como se debe migrar de un mecanismo a otro, teniendo como base que los recursos son limitados y existe un sub financiamiento a la atención primaria, la dimensión fue calificada entre emergente y avanzada.

Los arreglos de mancomunación promueven la coordinación entro gobierno central y municipal, presenta a modo de conclusión una evaluación variable desde emergente a avanzado y ello responde a la institución y rol que tiene en la aplicación y diseño del mecanismo.

En relación con si los Praps permiten la implementación de capacidades del Reglamento Sanitario Internacional para estar preparados ante emergencias, los actores no tienen conocimiento al respecto y, por lo tanto, la mayoría de los actores entrevistados no sabe cómo calificar su nivel de avance.

Finalmente, acerca de la existencia de sistemas de gestión financiera pública de los Praps que permitan una respuesta oportuna ante emergencias de salud pública, las autoridades señalan que el mecanismo permite actuar y asignar recursos específicos y por tanto es un instrumento útil frente a emergencias. La dimensión fue calificada como avanzada.

VII. Conclusiones

El Programa de Reforzamiento a la Atención Primaria de Salud (PRAPS) surge el año 1990 en el marco de la definición política del Ministerio de Salud orientada a dar prioridad a la estrategia de atención primaria en la resolución de los problemas de acceso, cobertura asistencial y la capacidad resolutive. El PRAPS presenta una característica muy especial, ya que por una parte es un mecanismo de financiamiento y por otro lado, agrupa un conjunto de iniciativas que refuerzan la atención primaria de salud. Esta evaluación entrega evidencia que permite sostener que solo algunas iniciativas que hoy forman parte de la oferta programática de PRAPS podrían mantenerse bajo esta lógica de funcionamiento.

En su conjunto, la oferta programática de Praps representa cerca del 25% del financiamiento que el nivel central destina a la APS, siendo la segunda fuente principal de recursos. El año 2023 existían 43 Praps y cada uno determinó actividades específicas para fortalecer el progreso de la APS.

En el marco de esta Evaluación Focalizada de Ámbito, que tiene como objetivo general analizar y evaluar el Praps en el ámbito de diseño de la estrategia, identificando espacios de mejora en su desempeño para el periodo 2019 a 2023, se identifican las siguientes conclusiones:

En relación al análisis de diseño:

1. El Praps no es un programa en sí mismo. No se alinea con la definición existente de MDSyF ni Dipres. Está compuesto por un número considerable de iniciativas, que van variando de un año a otro. Para el año 2023, Divap reporta 43 iniciativas que componen la oferta programática de PRAPS, de los cuales solo 15 programas cuentan con una ficha de monitoreo.
2. Las iniciativas que componen Praps son predominantemente permanentes. En base a la tipología utilizada para la evaluación³⁶, las iniciativas que componen la oferta programática de Praps son principalmente permanentes, considerando las que están definidos por ley, por GES o tienen una duración mayor a cuatro años, el 72% de las iniciativas son permanentes, tienen todo tipo de población atendida, desde personas usuarias de APS, funcionarios de APS y establecimientos de dependencia municipal y de servicios de salud. Asimismo, tienen diferentes coberturas a través del territorio.
3. Alto costo administrativo. El flujo de procesos propio del PRAPS tiene un alto costo administrativo, llegando a tener 13.000 convenios solo para el año 2023. Esto se traduce en

³⁶ Se consideran PRAPS permanentes aquellos que se mantienen por más de cuatro periodos seguidos funcionando de una manera similar y considerando la misma población potencial. Dentro de esta categoría se pueden diferenciar, además lo que se ejecutan en base a una ley y los asociados a GES.

que los equipos encargados del PRAPS tienen alta dedicación focalizada a las rendiciones y seguimientos en detrimento del análisis técnico.

4. Los convenios en los que se basan³⁷ reflejan un gasto del 68% en el subtítulo 24, un 22% en el subtítulo 22 y un 10% en el subtítulo 21. Cabe la duda si es que la distribución de gastos responde adecuadamente a las prioridades estratégicas del sistema y de los beneficiarios.
5. Insuficiente vinculación con el impacto sanitario. Falta evidencia concreta sobre el impacto sanitario del Praps en la población. Esto limita la capacidad para justificar el programa en términos de resultados en salud. Los convenios representan hitos administrativos, pero no se considera la contribución que cada iniciativa.
6. El tamaño de los programas a nivel de los territorios en base al gasto, da cuenta de que existe una alta heterogeneidad dando cuenta de múltiples tamaños de iniciativas y que no necesariamente se condicen con la capacidad del territorio para dicha gestión ni con las necesidades locales.
7. Baja tasa de declaración de implementación con perspectiva de género. En relación con el análisis de la transversalización de género, los programas tienen una baja tasa de declaración, lo que no necesariamente representa la inexistencia de medidas vinculadas con la implementación de la perspectiva de género en su diseño o implementación. Los programas que sí declaran tener un enfoque de género no aplican correctamente los criterios de clasificación que están definidos en el Sistema de Monitoreo.

En relación con el análisis de estrategias y prácticas de implementación:

8. Ineficiencias en compra y pago a proveedores. Persisten problemas como pagos en cuotas, largos tiempos de tramitación y esquemas poco eficientes, afectando la gestión financiera de los prestadores y el funcionamiento del sistema.
9. Dificultades en el seguimiento técnico por parte de los referentes. Los referentes Praps dedican aproximadamente el 25% de su jornada a tareas como validación de rendiciones, dejando de lado tareas vinculadas a la asesoría técnica y seguimiento. La elaboración de convenios representa una alta carga laboral en los momentos de rendiciones. Se requiere un mejor seguimiento y monitoreo de los recursos basados en sus informes de cumplimiento de metas.
10. Los traspasos de recursos pueden verse atrasados por situaciones administrativas, afectando principalmente a comunas con menor capacidad de gestión que no pueden ejecutar sin transferencia efectiva.

³⁷ La información utilizada para esta evaluación solo tuvo disponible para el año 2023.

11. Generalmente, el nivel central decide la distribución de los recursos, lo que restringe la adaptación de los recursos a las necesidades locales y responde, sobre todo a una distribución histórica.
12. Centralismo en la formulación de políticas y débil rol territorial. Los Servicios de Salud están sujetos a políticas diseñadas centralmente por la Divap, con escasa incorporación de las realidades y necesidades locales. La APS, pese a su carácter descentralizado y municipal, carece de un modelo de financiamiento y gestión alineado con el territorio, lo que debilita la coordinación y pertinencia de las intervenciones.

VIII. Recomendaciones

El PRAPS es un mecanismo de financiamiento desde el gobierno central a la atención primaria de salud que actualmente acoge a una gran cantidad de iniciativas que buscan abordar brechas sanitarias particulares bajo la lógica del reforzamiento de la atención primaria de salud.

Sin embargo, enfrenta importantes desafíos administrativos y estructurales que limitan su efectividad. Implementar estrategias para mejorar la flexibilidad, descentralización y estandarización de procesos podría potenciar su impacto y facilitar su gestión.

A continuación, las recomendaciones según cada ámbito de análisis;

i. Recomendaciones de diseño

1. Realizar una simplificación de la oferta programática, considerando por ejemplo si es que los programas son permanentes, definidos por ley o parte del GES, evaluar la posibilidad de percapitar los que tienen una cobertura de alcance nacional, , a excepción de programas permanentes que logran eficiencias en el sistema, tales como Compras Centralizadas de Fármacos.
2. Mantener y fortalecer los Praps para iniciativas transitorias o territoriales que tienen una cobertura parcializada.
3. Luego de realizar la simplificación, incentivar que todos los programas que componen Praps sean monitoreados y los indicadores que utilicen sean coherentes con los que presentan en los convenios de seguimiento y que idealmente se puedan vincular con el cumplimiento de los objetivos sanitarios. De manera que se especifiquen criterios de entrada y salida de beneficiarios de las iniciativas, así como también metas para extinguir las iniciativas cuando se alcanzan los objetivos sanitarios definidos.
4. Por diseño, los programas que componen la oferta de Praps debiesen permitir el complementar la solución de necesidades locales, por lo tanto, se requiere fortalecer el mecanismo de levantamiento de información y la capacidad de que se gestione o autorice desde nivel central. En esa línea, se requiere fortalecer los mecanismos de evaluación del impacto sanitario y promover que se cumpla la función de asistencia técnica de los encargados, que actualmente dedican el 25% de la jornada a tareas vinculadas a las rendiciones.
5. Establecer una normativa estandarizada y flexible para la elaboración y rendición de convenios, para promover un balance entre la centralización necesaria para garantizar el control y la flexibilidad imprescindible para atender las diversidades territoriales y

administrativas del país. Se necesitan plantear opciones que permitan la simplificación administrativa, por ejemplo, agrupar las rendiciones por algún criterio preestablecido, ya sea por Municipio o por Servicio de Salud.

6. Fomentar la inclusión de perspectiva de género. Se evidencia que la incorporación de la perspectiva de género es un proceso que está partiendo, y se requiere de un acompañamiento que permita que las declaraciones de los programas sean consistentes y acordes a las propias definiciones del sistema.

ii. Recomendaciones en el ámbito de implementación:

1. Promover la coordinación interinstitucional, específicamente entre Subsecretaría de Redes, Fonasa y Dipres. Actualmente se potencia el control financiero, sin embargo, se requiere que las instituciones conozcan el quehacer de las iniciativas y buscar elementos de mejora en la eficiencia que puedan permitir profundizar en las lógicas de diseño, implementación y seguimiento del financiamiento de la salud municipal y la atención primaria de manera expedita.
2. La Subsecretaría de Redes debe asumir la responsabilidad de coordinar, diseñar y monitorear las iniciativas. Para ello, la División de Atención Primaria (Divap) debe contar con un control de mando que permita gestionar adecuadamente estas iniciativas, así como garantizar la disponibilidad de información a terceros, promoviendo mayor transparencia y rendición de cuentas.
3. La rendición de cuentas del gasto para que efectivamente sea útil para la toma de decisiones requiere que se complemente con el levantamiento de información y que permita identificar el destino del gasto, sea este recurso humano, bienes y servicios de consumo, equipamiento o infraestructura.
4. Las personas encargadas de las iniciativas en Divap y a nivel de Servicios de Salud dedican un tiempo excesivo (25%) en realizar tareas vinculadas a las rendiciones, se requiere promover el cumplimiento de la función de asistencia técnica y con ello, resaltar el mecanismo de vinculación de cada programa con el impacto sanitario que pueda tener, enfocándose en que sea explícito tanto en los indicadores de los convenios, como en los sistemas de seguimiento internos y en un potencial monitoreo.
5. En base a las entrevistas, se levantan propuestas de mejora enfocadas en extender la duración de los convenios o incluir la cláusula de prórroga que permite dar continuidad a las prestaciones del programa y a los referentes le permitiría enfocarse en la asistencia técnica. Agrupar las resoluciones de aprobación o continuidad de los programas en solo un

instrumento normativo. Finalmente, se sugiere evaluar la pertinencia de los programas y sus componentes, ajustándolos a las necesidades cambiantes de los establecimientos y su población inscrita.

IX. Bibliografía

- Cepal (Comisión Económica para América Latina) (2022). Romper el silencio estadístico. Capítulo III: Transversalización del enfoque de género en los sistemas estadísticos nacionales.
- CNEP (2022). Eficiencia en la Gestión de Atención Primaria de Salud (APS). Revisado en <https://cnep.cl/wp-content/uploads/2022/06/Resumen-ejecutivo.pdf> y en <https://www.cnep.cl/wp-content/uploads/2022/06/Informe-final.pdf>.
- DIPRES (2022). Análisis de género en evaluaciones de programas públicos.
- DIPRES (2022). Presupuesto con perspectiva de género: una aproximación metodológica.
- DIPRES (2024). Instructivo Proceso de Monitoreo 2024.
- DIPRES (2025). Presupuesto con perspectiva de género: etiquetado de género presupuesto 2025. Revisado en https://www.dipres.gob.cl/598/articles-366387_doc_pdf.pdf
- Ley 19.378 (1996). Establece estatuto de atención primaria de salud municipal. Ministerio de Salud.
- Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género (2023). 4° Plan Nacional de Igualdad entre mujeres y hombres 2018- 2030. Revisado en <https://minmujeryeg.gob.cl/wp-content/uploads/2024/03/CUARTO-PLAN-NACIONAL-DEIGUALDAD.pdf>
- Minsal (2023). Orientaciones técnicas para la universalización de la atención primaria de salud. Marco operativo para el primer año de implementación de comunas pioneras en atención primaria universal. Revisado en https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/1_Orientaciones-Tecnicas_APS-U-1.pdf
- ONU Mujeres (2023). Mapeo de la incorporación del enfoque de género en los sistemas nacionales de evaluación en América Latina
- OPS- Campus virtual de salud pública. Texto guía módulo 4: Gestión financiera pública en salud (GPFS): la función de compra y asignación de recursos.
- Parte 1. Set de Propuestas de financiamiento y leyes para la universalización en atención primaria de la salud: mesa técnica.
- Parte 2. Set de Propuestas de financiamiento y leyes para la universalización en atención primaria de la salud: mesa técnica de financiamiento y leyes.
- PNUD (2024). Cerrando el círculo: Ruta para la gestión de evaluaciones de políticas públicas de igualdad de género.
- Rodríguez Gustá, A. L. (2008). Las políticas sensibles al género: variedades conceptuales y desafíos de intervención. Temas y Debates
- Word Bank Goup (2019). Finhealth PMF in health toolkit.

- World Health Organization (2019). Purchasing health services for universal health coverage: how to make it more strategic? Health financing policy brief N°6.
- World Health Organization. Budget execution in health: concepts, trends and policy issues.

X. Anexos

Anexo 1: Caracterización de programas que componen Praps en el periodo evaluativo

A continuación, se presentan los programas pertenecientes al Programa de Reforzamiento a la Atención Primaria de Salud para el año 2024. Por una parte, se encuentran los informados por la División de Atención Primaria (Divap) y por otra, los programas que el Sistema de Evaluación y Monitoreo (SES), dependiente del Ministerio de Desarrollo y Familia (MDSyF), tiene identificados para realizar su seguimiento en el proceso de monitoreo levantado cada año.

Tabla 9 Programas pertenecientes a Praps según lo informado por MdsyF v/s lo reportado por Divap

N°	DIVAP	MDSyF
1	Acompañamiento a Niños/as en Riesgo Psicosocial APS	Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS
2	Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil	Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil
3	Cuidados Paliativos Universales en la APS	Cuidados Paliativos Universales en la APS
4	Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS	Continuidad de cuidados preventivos y de tratamiento en APS
5	Fomento de la Participación Local en APS a través de la ejecución de iniciativas locales de cuidados comunitarios de la Salud	Fomento a la Participación Social en APS a través de la Ejecución de Iniciativas Locales de Cuidados Comunitarios de la Salud
6	Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial (ChCC)	Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial
7	Detección, Intervención y Referencia asistida para alcohol, tabaco y otras drogas (DIR)	Programa DIR APS Alcohol, Tabaco y otras Drogas
8	Elige Vida Sana	Elige Vida Sana
9	Espacios Amigables para Adolescentes	Espacios Amigables
10	Formación de Especialistas en el nivel de Atención Primaria de Salud (FENAPS)	Plan de Ingreso, Formación y Retención de Especialistas
11	Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud	Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria (FOFAR)
12	Más Adultos Mayores Autovalentes	Más Adultos Mayores Autovalentes
13	Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica	Mejoramiento de Acceso a la Atención Odontológica

EVALUACIÓN FOCALIZADA DE ÁMBITO
PROGRAMA DE REFORZAMIENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

14	Acceso a La Atención de Salud a Personas Migrantes	Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes
15	Programa Odontológico Integral	Programa Odontológico Integral
16	Programa Control de Salud del Niño y la Niña de 5 a 9 años en el Establecimiento Educacional	Control de Salud de Niño y Niña Sano en Establecimientos Educativos
17	Programa Salud Mental en la Atención Primaria de Salud	Programa Salud mental en la Atención Primaria de Salud
18	Sembrando Sonrisas	Programa Preventivo en Salud Bucal - Sembrando sonrisas
19	Reforzamiento de la Atención de Salud Integral de niños, niñas, adolescentes y jóvenes vinculados a la Red de Programas del Servicio Nacional de Protección Especializada Mejor Niñez y Servicio Nacional de Menores	Atención en salud integral para niños/as, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de responsabilidad penal adolescente.
20	Atención Integral para personas con Demencia en establecimientos de Atención Primaria dependientes de Servicios de Salud	Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia/ Plan Nacional de Demencia
21	Programa Adquisición y gestión de medicamentos, dispositivos médicos e insumos GES y no GES asociados a la Atención Primaria	
22	Programa Atención Integral al desarrollo infantoadolescente	
23	Programa GES Odontológico	
24	Programa Estrategias de Refuerzo APS para enfrentar aumento de circulación de virus Respiratorios	
25	Programa de Rehabilitación Integral en la Atención Primaria de Salud	
26	Programa de Resolutividad en Atención Primaria	
27	Programa Imágenes Diagnósticas en Atención Primaria de Salud	
28	Programa Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)	
29	Programa Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR)	
30	Programa Servicios de Urgencia Rural (SUR)	
31	Programa de Apoyo a la gestión a nivel local en Atención Primaria Municipal (AGL)	

32	Programa Apoyo a la gestión en el nivel primario de Salud en los Establecimientos dependientes de los Servicios de Salud	
33	Programa de Capacitación y Formación de la Atención Primaria en la red asistencial	
34	Programa Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) en la Atención Primaria de Salud de la red asistencial	
35	Programa Fortalecimiento de las capacidades de gestión en Salud Municipal	
36	Programa de Fortalecimiento del Recurso Humano en Atención Primaria	
37	Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en la Atención Primaria	
38	Programa Mantenimiento de la infraestructura de establecimientos de Atención Primaria	
39	Programa Iniciativas extraordinarias de capacitación y perfeccionamiento dirigidas a funcionarias y funcionarios que se desempeñan en la Atención Primaria de Salud Municipal (Perfeccionamiento en el extranjero)	
40	Programa de Implementación del Plan Salud Familiar en Establecimientos pertenecientes a entidades en convenio DFL N°36 de 1980, del ex Ministerio de Salud Pública, con los Servicios de Salud del país	
41	Programa Mejoría de la Equidad en Salud Rural	
42	Programa Universalización de Atención Primaria	

Para la elaboración de la columna de programas que reporta la Divap como parte del PRAPS se utilizó una minuta y una base de datos, ambas enviadas por la División durante el mes de marzo del año 2024. Sin embargo, estas dos fuentes de información presentan algunas inconsistencias, las que se detallan a continuación:

- El programa “Acompañamiento a Niños/as en Riesgo Psicosocial APS” fue informado en la base de datos, mas no en la minuta.
- En el caso del programa “Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil” ocurrió lo contrario, fue informado solamente en la minuta enviada por la Divap.

- En último lugar, la base de datos contenía dos programas que no pudieron ser asociados a los enviados en la minuta, los que tienen por nombre “Programas ministeriales” y “Jornadas programáticas”.

Dadas estas inconsistencias, se presentaron 41 programas en la minuta, mientras que en la base de datos 42.

Al realizar una comparación entre lo informado por la DIVAP y la información que cuenta la SES, se puede vislumbrar que hay programas que difieren en el nombre y otros que no cuentan con información de monitoreo. Por esto último, se realiza un análisis preliminar de los 20 programas de los cuales se tiene información para el año 2023.

A continuación, se clasificarán los programas identificados en MDSyF según la población objetivo, en base a cuatro categorías utilizadas por la Divap:

1. Niños, niñas y adolescentes
2. Personas adultas
3. Personas mayores
4. Transversal: programa comprende dos o más ciclos vitales dentro de su población objetivo o indicadores evaluados.

Tabla 10 Categorización programas reportados en MDSyF según su ciclo vital

Ciclo Vital	Programas MDSyF
Niños, niñas y adolescentes	1. Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS 2. Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial 3. Espacios Amigables 4. Control de Salud de Niño y Niña Sano en Establecimientos Educativos 5. Programa Preventivo en Salud Bucal - Sembrando sonrisas 6. Atención en salud integral para niños/as, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de responsabilidad penal adolescente. 7. Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil
Personas Adultas	1. Plan de Ingreso, Formación y Retención de Especialistas
Personas Mayores	1. Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia 2. Plan Nacional de Demencia 3. Más Adultos Mayores Autovalentes

Transversal	1. Cuidados Paliativos Universales en la APS 2. Continuidad de cuidados preventivos y de tratamiento en APS 3. Fomento a la Participación Social en APS a través de la Ejecución de Iniciativas Locales de Cuidados Comunitarios de la Salud 4. Programa DIR APS Alcohol, Tabaco y otras Drogas 5. Elige Vida Sana 6. Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria (FOFAR) 7. Mejoramiento de Acceso a la Atención Odontológica 8. Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes 9. Programa Odontológico Integral 10. Programa Salud mental en la atención primaria de Salud
-------------	---

La Divap, por su parte, realizó la categorización de ciclo vital solo para el componente asociado a provisión de servicios, se presenta la tabla a continuación:

Tabla 11 Categorización hecha por Divap a los Praps según su ciclo vital

Infantil y adolescentes	1. Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la red asistencial, Chile Crece Contigo 2. Espacios amigables para adolescentes 3. Control de Salud del Niño y la Niña de 5 a 9 años en el Establecimiento Educacional 4. Sembrando Sonrisas 5. Reforzamiento de la Atención de Salud Integral de niños, niñas, adolescentes y jóvenes vinculados a la Red de Programas del Servicio Nacional de Protección Especializada Mejor Niñez y Servicio Nacional de Menores 6. Atención Integral al desarrollo infantoadolescente 7. Apoyo a la Salud Mental Infantil
Adultos/as	1. Continuidad de cuidados preventivos y de tratamiento en APS 2. Rehabilitación Integral en la Atención Primaria de Salud
Personas mayores	1. Más Adultos Mayores Autovalentes 2. Atención Integral para personas con Demencia en establecimientos de Atención Primaria dependientes de Servicios de Salud
Población transversal	1. Odontológico Integral 2. Resolutividad en Atención Primaria 3. Salud Mental en la Atención Primaria de Salud 4. Cuidados Paliativos Universales en la APS 5. Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica 6. Estrategias de refuerzo en APS para enfrentar aumento de circulación de virus respiratorios 7. Programa Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) 8. Programa Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR) 9. Programa Servicios de Urgencia Rural (SUR) 10. Imágenes Diagnósticas en Atención Primaria de Salud 11. GES Odontológico 12. Elige Vida Sana 13. Detección, intervención y referencia asistida para alcohol, tabaco y otras drogas (DIR)

Finalmente, con la información obtenida del proceso de seguimiento y monitoreo que realiza cada año MDSyF, para los 21 programas de los que se tienen datos, presentados en la tabla 2, resulta lo siguiente:

Tabla 12 Gasto ejecutado total para el año 2023, para las diferentes categorías de población

Ciclo Vital	Suma de Gasto ejecutado 2023	Porcentaje Gasto
Transversal	\$165.608.938	64,40 %
NNA	\$67.642.399	26,31 %
Personas mayores	\$23.739.752	9,23 %
Personas adultas	\$154.985	0,06 %
Total	\$257.146.074	100,00 %

Fuente: Elaboración propia a partir de información de monitoreo 2023 de la SES, MDSyF

Se observa en el cuadro 1 que para el año 2023, la categoría transversal representa la mayor cantidad de gasto ejecutado, con un 64,4% del gasto total de los 21 programas monitoreados por MDSyF. Mientras que la categoría personas adultas tiene el menor porcentaje con un 0,06%. Esto es consistente, ya que solo hay un programa considerado en esta última categoría, comparado con 10 programas que serían transversales al ciclo.

Anexo 2: Caracterización en base a información del Monitoreo 2022 y 2023

En las siguientes tablas se puede detallar los programas reportados entre el año 2022 y 2023 con sus principales hallazgos:

Tabla 13 Cobertura para Praps reportados en el proceso de monitoreo en el año 2022 y 2023.

Programa	Cobertura 2022	Cobertura 2023
Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes	0%	37%
Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial	95%	89%
Atención en salud integral para niños/as, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de responsabilidad penal adolescente.	70%	71%
Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia	84%	99%
Continuidad de cuidados preventivos y de tratamiento en APS	0%	0%
Control de Salud de Niño y Niña Sano en Establecimientos Educativos	63%	63%
Cuidados Paliativos Universales en la APS	0%	82%
Elige Vida Sana	93%	94%
Espacios Amigables	34%	45%
Fomento a la Participación Social en APS a través de la Ejecución de Iniciativas Locales de Cuidados Comunitarios de la Salud	0%	0%
Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria (FOFAR)	85%	95%
Más Adultos Mayores Autovalentes	68%	83%
Mejoramiento de Acceso a la Atención Odontológica	7%	8%
Plan de Ingreso, Formación y Retención de Especialistas	108%	123%
Plan Nacional de Demencia	86%	80%
Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS	0%	0%
Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil	63%	6%
Programa DIR APS Alcohol, Tabaco y otras Drogas	172%	162%
Programa Odontológico Integral	2%	2%
Programa Preventivo en Salud Bucal - Sembrando sonrisas	87%	97%
Programa Salud mental en la atención primaria de Salud	0%	13%
Promedio total	53%	59%

Fuente: Elaboración propia a partir de información del proceso de monitoreo 2022- 2023.

Nota: Los programas Cuidados Paliativos Universales en la APS y Programa Salud mental en la atención primaria de Salud iniciaron el año 2022. Por otra parte, el “Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS, Continuidad de cuidados preventivos y de tratamiento en APS, y Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes iniciaron en 2023. Finalmente Fomento a la Participación Social en APS a través de la Ejecución de Iniciativas Locales de Cuidados Comunitarios de la Salud comenzó a monitorearse el año 2024. Por esta razón ninguno cuenta con cobertura para 2022 y para 2023 solo algunos reportaron.

Tabla 14 Gasto por beneficiario para Praps reportados en monitoreo de 2022 y 2023 (M\$2023)

Programas	2022	2023
Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes	\$0,00	\$2,23
Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial	\$30,88	\$33,24
Atención en salud integral para niños/as, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de responsabilidad penal adolescente.	\$368,68	\$394,67
Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia	\$1.212,83	\$1.107,56
Continuidad de cuidados preventivos y de tratamiento en APS	\$0,00	\$0,00
Control de Salud de Niño y Niña Sano en Establecimientos Educativos	\$15,08	\$14,23
Cuidados Paliativos Universales en la APS	\$0,00	\$2.368,18
Elige Vida Sana	\$170,66	\$176,98
Espacios Amigables	\$8,23	\$6,81
Fomento a la Participación Social en APS a través de la Ejecución de Iniciativas Locales de Cuidados Comunitarios de la Salud	\$0,00	\$0,00
Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria (FOFAR)	\$22,12	\$20,66
Más Adultos Mayores Autovalentes	\$117,90	\$101,56
Mejoramiento de Acceso a la Atención Odontológica	\$27,96	\$26,00
Plan de Ingreso, Formación y Retención de Especialistas	\$14,75	\$12,58
Plan Nacional de Demencia	\$450,94	\$475,92
Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS	\$0,00	\$0,00
Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil	\$92,75	\$106,35
Programa DIR APS Alcohol, Tabaco y otras Drogas	\$2,18	\$1,84
Programa Odontológico Integral	\$168,00	\$174,76
Programa Preventivo en Salud Bucal - Sembrando sonrisas	\$6,20	\$5,92
Programa Salud mental en la atención primaria de Salud	\$0,00	\$31,53
Promedio total	\$129,01	\$241,00

Fuente: Elaboración propia a partir de información del proceso de monitoreo 2022 y 2023.

Anexo 3: Actualización en las metodologías de medición de perspectiva de género en el Sistema De Monitoreo

Durante el año 2025 el Sistema de Monitoreo realiza una actualización en las metodologías de medición de la perspectiva de género, en la cual se señala que la perspectiva de género corresponde a un enfoque de análisis crítico que aborda el impacto que tiene el género en las construcciones sociales y culturales de la distribución del poder, las que se manifiestan en desigual acceso a oportunidades, y en diferenciación de roles e interacciones sociales entre las personas. Asimismo, es una herramienta conceptual y práctica que permite desarrollar propuestas metodológicas de análisis, con el fin de transformar la forma de estas relaciones, que han derivado en discriminación, falta de equidad, limitado acceso a oportunidades y al respeto desigual de los derechos de las personas (IIDH, 2008; ONU Mujeres, 2017).

En esta nueva versión del Sistema de Monitoreo se trabaja en base a la información del propósito del programa, realizando la siguiente pregunta: ¿El programa tiene como propósito u objetivo principal avanzar hacia la garantía del pleno ejercicio de la autonomía y los derechos de las mujeres y niñas, superando las desigualdades de género?, para lo cual hay tres alternativas de respuesta:

- a) El programa tiene como propósito contribuir a la igualdad de género (Directo).

Ejemplo: el propósito del “Programa Autonomía Económica de la Mujer” del Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género contribuye de manera directa a la igualdad de género, buscando “Aumentar las oportunidades para el ejercicio de su autonomía económica de las mujeres de 18 años o más habitantes de comunas mixtas o rurales”

- b) El programa no tiene como propósito contribuir a la igualdad de género, pero sus actividades o medidas tienen un efecto positivo en este ámbito (indirecto). Aunque el programa no tiene como objetivo principal contribuir directamente a la igualdad de género, implementa actividades o medidas que, de manera indirecta, favorecen este ámbito.

Ejemplo: el programa “Ciencia e Innovación para el 2030” de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo implementa acciones concretas para disminuir las brechas de género a nivel de facultad en espacios de liderazgo, aunque su propósito principal no sea contribuir directamente a la igualdad de género. Su objetivo principal es la generación de conocimiento inter y transdisciplinario en materia de ciencias.

c) El programa no tiene ninguna relación o contribución a la igualdad de género (no relacionado).

En caso de que el programa haya seleccionado la alternativa a) o b) (directo o indirecto) se despliega la siguiente pregunta: seleccione el tipo de derecho al que el programa contribuye en mayor medida, ya sea a través de su propósito o de las acciones u medidas implementadas, en la cual el programa debe seleccionar uno o más tipos de derechos con los cuales se vincula a nivel de propósito.

Cada uno de los tipos de derecho se describen a continuación, según las definiciones establecidas en la “Guía Práctica de Identificación y Clasificación del Gasto Público en Género para el Presupuesto del Sector Público en Chile” elaborada por la Dirección de Presupuestos, la Coordinación de Género y la Coordinación de Modernización del Estado del Ministerio de Hacienda³⁸:

Tabla 15 Tipos de derecho para la perspectiva de Género

Tipo de Derecho	Definición
Derechos civiles y políticos	Estos derechos garantizan la capacidad de ciudadanas y ciudadanos para participar en la vida civil y política del Estado en condiciones de igualdad y sin discriminación, y protegen las libertades individuales de su quebrantamiento ilegal por parte del poder, ya sea el de los gobiernos o el de cualquier otro agente político público o privado.
Derechos económicos	El reconocimiento de los derechos económicos debe garantizar que las mujeres tengan la oportunidad de generar ingresos con el trabajo o actividad productiva que realicen, con oportunidades de empleo y desarrollo de iniciativas productivas igualitarias y bajo condiciones de trabajo seguras, dignas y saludables. Las trabajadoras deben tener garantizado un salario justo e igualitario, sin ser discriminadas en las oportunidades de empleo y en las condiciones de trabajo cuando están embarazadas.
Derechos sexuales y reproductivos, y a la salud integral	Mujeres y hombres tienen derecho a tener control respecto de su sexualidad, a decidir libre y responsablemente sobre ella sin verse sujetos a coerción, discriminación y/o violencia; a decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos o hijas y a disponer de la información, la educación y los medios para ello, así como alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

³⁸ Para mayor información sobre los tipos de derecho de igualdad de género revisar la Guía Práctica de Identificación y Clasificación del Gasto Público en Género para el Presupuesto del Sector Público (2023).

Derechos a una vida libre de violencia y discriminación	La violencia contra las mujeres y las niñas, en el ámbito público y en el privado, es una violación a sus derechos humanos que afecta gravemente la convivencia y la democracia. El Estado debe garantizar la integridad física, psicológica, sexual, económica y patrimonial de mujeres y niñas, así como adoptar todas las medidas necesarias para la prevención, tratamiento, sanción, reparación y erradicación de la violencia.
Derechos sociales y culturales	Estos derechos se refieren tanto al derecho al bienestar y la seguridad –derecho a la alimentación, a la educación, a la vivienda y a la salud– como al derecho a la diversidad cultural, étnica, de nacionalidad, ideológica, de condición psíquica y/o física, sexual y de género. En el marco de estos derechos se establece también que las prácticas culturales o tradicionales no se deben utilizar como justificación de prácticas que discriminen o violen los derechos humanos de las mujeres.
Derechos colectivos y ambientales	Son derechos específicos de los colectivos humanos, por ejemplo, grupos étnicos, activistas, religiosos y lingüísticos. Hacen referencia al derecho a la tierra y al territorio; al agua y los bosques; al desarrollo; a la paz, al patrimonio artístico y cultural; a un medioambiente sano; a la cooperación internacional, y a conocimientos ancestrales. Consideran, además, situaciones relacionadas con desastres y eventos extremos; el cambio climático; los ámbitos rural y urbano; la gestión de riesgos y mitigación. En esta categoría se incluyen los derechos de los pueblos originarios o indígenas, afrodescendientes y más recientemente los derechos de la ciudadanía como consumidores/as.

Fuente: Instructivo Proceso de Monitoreo 2024, Subsecretaría de Evaluación Social y Dirección de Presupuestos.

En este sentido, es necesario estar alineados con la nueva metodología utilizada en el Monitoreo 2024 y por lo tanto, trabajar en desarrollar análisis que contribuyan a entender las propuestas de cada uno de los programas en contribuir a disminuir las brechas de género detectadas.

A continuación, se encuentran los programas que para el año 2023, declararon tener enfoque de género en el sistema de monitoreo, se identifica el nombre del programa, su propósito, la descripción de la medida afirmativa y/o transformadora que declara y el comentario realizado por el equipo de esta evaluación.

Tabla 16 Programas Reportados en MDSyF y que declaran tener enfoque de género

Programas	Propósito	Descripción medida afirmativa	Descripción medida transformadora	Comentario
Apoyo al desarrollo biopsicosocial	Niños(as) desde su gestación hasta los 4 años de edad fortalecen factores	Durante el 2023 se realizó la revisión del contenido, imagen y lenguaje de la guía de la	Respecto de la atención personalizada del parto se brinda una	Se requiere mayor detalle respecto a los cambios realizados en las

	protectores para un desarrollo integral.	gestación y del nacimiento desde una perspectiva con enfoque de género e inclusión.	atención integral, personalizada y respetuosa de la mujer gestante y la de su pareja o persona significativa, en los diferentes momentos del proceso del nacimiento (preparto, parto y postparto). Lo anterior atendiendo a sus necesidades emocionales y físicas, con el manejo oportuno del dolor y respetando, también, la pertinencia cultural.	guías y en la atención a la gestante para poder emitir un juicio.
Centros de apoyo comunitario para personas con demencia	Aumentar el acceso a la red sanitaria de especialidad en demencia a la diada, de usuarios del sistema de salud pública, compuesta por persona con demencia y su cuidador(a) principal, usuarios de la red de salud pública.	Intervención basada en dotar de mayores competencias a cuidadores y promover equidad de género en cuidados.	N/A	La medida declarada no explicita la forma en la cual se promueve la equidad de género en los cuidados o su contribución a la disminución de la brecha de género
Espacios amigables	Asegurar el acceso a los servicios de salud en el nivel primario de atención a adolescentes que residen en el territorio nacional.	Se incentiva aumentar la cobertura del uso de condón masculino, a fin de prevenir las infecciones de transmisión sexual, instalando dispensadores en centros de salud y establecimientos educativos. Entrega de banderines de la diversidad sexual, identificados como espacios seguros para la diversidad sexo genérica. Elaboración de tríptico sobre ley IVE	N/A	Las medidas explicitadas no visibilizan brechas o inequidades sociales que afecten a los beneficiarios ni su contribución a la disminución de la brecha de género.

		de interrupción del embarazo en tres causales, con foco en adolescentes.		
Programa de apoyo a la salud mental infantil	Niños(as) entre 0 y 9 años con riesgos de trastorno o trastorno de salud mental mejoran su salud mental.	Acciones de sensibilización con los equipos, respecto a sesgos en el diagnóstico de trastornos de salud mental relacionados con género y análisis mediante videoconferencias de acompañamiento técnico, la distribución territorial del acceso al programa según género.	N/A	Se requiere mayor información de diseño e implementación para emitir un juicio. Se requiere explicitar su contribución a la disminución de la brecha de género.
Programa odontológico integral	Mejorar la salud bucal de la población beneficiaria en el primer nivel de atención, a través de atención preventiva, recuperativa y/o de rehabilitación protésica.	Diseño, ejecución y evaluación, el programa contempla un componente exclusivamente para mujeres considerando la desventaja de las mujeres en cuanto a su salud bucal y un componente exclusivamente para hombres revelando una demanda oculta por atención odontológica.	N/A	Se requiere mayor información de diseño e implementación para emitir un juicio. Dado que existen componentes diferenciados por género, entonces habría que confirmar la consistencia en las diferencias de la implementación respecto a las necesidades levantadas y su contribución a la disminución de la brecha de género.
Programa preventivo en salud bucal - Sembrando sonrisas	Disminuir la prevalencia de caries en niños y niñas preescolares entre 2 y 5 años en condición de vulnerabilidad socioeconómica.	El programa aborda el enfoque de género desde el diseño, en la compra del set de higiene oral, en las glosas que describen las características técnicas para la licitación se explicita que los cepillos de dientes deben ser unisex, sin diseños estereotipados.	N/A	La explicación utilizada no explicita contribución a la disminución de la brecha de género.
Programa salud mental en la atención primaria de salud	Las personas disminuyen la presencia de trastornos mentales.	Jornadas nacionales de sensibilización para la atención a personas LGBTQ+ en APS, con la participación de 100	N/A	Sin comentarios.

		referentes de los 29 Servicios de Salud para la construcción de Planes con pertinencia territorial para avanzar en la atención digna y respetuosa a diversidades sexogenéricas.		
--	--	---	--	--

Fuente: Elaboración propia en base a información del proceso de monitoreo 2023.

Finalmente, se pueden observar las justificaciones declaradas por los programas pertenecientes a PRAPS que declaran no tener perspectiva de género para el año 2023, en detalle en la continuación en la tabla:

Tabla 17 Programas que no declaran tener enfoque de género en Monitoreo 2023

Nombre	Propósito	Justificación dada por el Programa	Comentario
Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS	Mejorar el nivel de salud mental de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, de familias con alto riesgo psicosocial, asegurando el acceso, oportunidad y calidad de la atención en salud mental.	Es uno de los componentes a trabajar durante el 2024	La transversalización de la perspectiva de género no es un componente, debe abarcarse desde la caracterización y entendimiento de la problemática a tratar del Programa. Una vez que se identifique la problemática, señalar si es que afecta de manera diferenciada a hombres, mujeres o diversidades sexogenéricas. En base a las particularidades de cada grupo, poder profundizar en una atención adaptada a sus necesidades.
Cuidados Paliativos Universales en la APS	Dar alivio de síntomas y acompañamiento a personas con enfermedades terminales o graves no oncológicas y a sus familias, en el contexto de la Ley N°21.375 en los establecimientos de salud de la Atención Primaria.	Porque el programa incluye un enfoque de atención centrado en la persona con enfermedad grave o terminal, independiente de su género, identidad, cultura y edad.	La transversalización de la perspectiva de género debe abarcarse desde la caracterización y entendimiento de la problemática a tratar del Programa.
Continuidad de cuidados preventivos y de tratamiento en APS	Usuarios de atención primaria afectados por pandemia covid-	S/I	No aplica por fin de pandemia.

	19 con estado de salud mejorado.		
Fomento a la Participación Social en APS a través de la Ejecución de Iniciativas Locales de Cuidados Comunitarios de la Salud	Aumentar la participación de las comunas en la gestión de iniciativas de cuidados comunitarios en salud.	S/I	Sin comentarios
Plan Nacional de Demencia	Entregar prestaciones de salud en atención primaria y especialidad de salud mental de la diada compuesta por la persona con demencia y su cuidador/a usuarios de la red de salud pública.	No se contempla realizar intervenciones específicas con enfoque de género en este programa	La transversalización de la perspectiva de género debe abarcarse desde la caracterización y entendimiento de la problemática a tratar del Programa.
Programa DIR APS Alcohol, Tabaco y otras Drogas	Reducir la alta presencia de patrones de consumo de riesgo y alto riesgo de alcohol, tabaco y otras drogas en población mayor de 10 años, beneficiaria FONASA.	El programa se ejecuta con la población general, la incorporación del enfoque de género es un tema a trabajar con mayor detalle en el próximo periodo.	La transversalización de la perspectiva de género debe abarcarse desde la caracterización y entendimiento de la problemática a tratar del Programa.
Elige Vida Sana	Disminuir la malnutrición por exceso en usuarios del sistema de atención primaria de salud.	Años anteriores, se contó con plataforma web que permitía tener resultados de indicadores desagregados por sexo y edad pudiendo visibilizar brechas. Durante 2023 solo se pudo contar con resultados de indicadores de manera global. El año 2024 se retomará el uso de la plataforma al haber finalizado período de mantenimiento evolutivo.	La transversalización de la perspectiva de género debe abarcarse desde la caracterización y entendimiento de la problemática a tratar del Programa.
Plan de Ingreso, Formación y Retención de Especialistas	Aumentar el número de médicos especialistas y odontólogos en el sistema de Salud Pública para atender los requerimientos de la población usuaria.	Se trata del Sistema de Reclutamiento de Médicos, Odontólogos y Q.F al Sistema Público de Salud. El ingreso de estos profesionales, se rige por las leyes 15.076 y 19.664, que no consideran este tipo de enfoques. Al momento de ingreso como médicos EDF a una plaza de Atención Primaria, lo hace en calidad de funcionarios públicos,	Sin comentarios

		ahí comienzan a operar las distintas políticas públicas con perspectiva de género. Lo mismo si obtiene una beca, como alumno de una universidad chilena, la ley establece protecciones especiales para mujeres y disidencias	
Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria (FOFAR)	Garantizar el acceso y entrega oportuna de los medicamentos a personas mayores de 15 años con hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 o colesterol alto.	El programa no incorpora este enfoque por que el requisito es formar parte del programa cardiovascular con diagnóstico de DM tipo 2, HTA y DLP y no tiene una perspectiva de género.	El hecho de que sea requisito formar parte del programa cardiovascular con diagnóstico de DM tipo 2, HTA y DLP, no implica necesariamente que no se requiera analizar con transversalización de la perspectiva de género. Se sugiere realizar una caracterización de los usuarios y analizar si es que garantizar el acceso y entrega oportuna de medicamentos a personas mayores de 15 años puede tener metodologías distintas de implementación según género o las necesidades que se levantan.
Más Adultos Mayores Autovalentes	Personas de 60 años o más usuarias de los establecimientos de atención primaria de salud del sector público de salud.	No se cuenta considerado dentro de la planificación para 2023, por no contar con recursos para el diseño de la incorporación del enfoque de género. Se plante la planificación participativa de los talleres por lo que según los intereses de cada comunidad se realizan las actividades, por lo que se recogen aspectos vinculados al género en la planificación de actividades	La transversalización de la perspectiva de género debe abarcarse desde la caracterización y entendimiento de la problemática a tratar del Programa. Se sugiere profundizar en la caracterización de los intereses levantados en las comunidades donde trabajan.
Mejoramiento de Acceso a la Atención Odontológica	Población que se atiende en el nivel primario de salud pública que presentan alta prevalencia de enfermedades bucales acceden a atención odontológica	El programa no tiene criterios de focalización ni priorización por sexo, se atiende a toda la población dada la naturaleza del programa los problemas que los afectan son los mismos para toda la población.	La transversalización de la perspectiva de género debe abarcarse desde la caracterización y entendimiento de la problemática a tratar del Programa. Utilizar la transversalización de la perspectiva de género permitiría adecuar las atenciones de salud oral a la población atendida, considerado más factores de análisis.
Acceso a la Atención de Salud	Disminución de las barreras de acceso y oportunidad en	S/I	La transversalización de la perspectiva de género debe abarcarse desde la

a Personas Migrantes	la atención de salud de la población migrante internacional residente en Chile		caracterización y entendimiento de la problemática a tratar del Programa. Conocer la caracterización de los migrantes podría ayudar a incorporar la política de manera más efectiva.
Control de Salud de Niño y Niña Sano en Establecimientos Educativos	Niños y niñas de kínder a 4º básico (5 a 9 años) acceden a prestaciones integrales de supervisión de salud con enfoque familiar y comunitario.	En general, se realiza una separación de género binario, porque los registros en los REM (estadístico), aun no permite mayor diferenciación. El programa de Infancia, evita entregar sesgos a través de sus intervenciones, pero no se ha logrado permear intervenciones a la red. Se harán transferencias técnicas sobre género no conforme a la red de servicios de salud y SEREMI.	La transversalización de la perspectiva de género debe abarcarse desde la caracterización y entendimiento de la problemática a tratar del Programa. Se sugiere explicitar las metodologías utilizadas por el programa para evitar los sesos en sus intervenciones.
Atención en salud integral para niños/as, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de responsabilidad penal adolescente.	Niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) beneficiarios de la Red SENAME acceden a prestaciones de salud y continuidad de cuidados.	Tiene por objetivo principal dar una respuesta oportuna, eficiente, integral y de calidad a las necesidades de salud de las poblaciones anteriormente señaladas (SENAME y Servicio de Protección Especializada), contemplando acciones orientadas a la promoción del bienestar bio-psico-social, desarrollar acciones preventivas, detectar tempranamente la presencia de problemas, síntomas o trastornos que pudieran afectar su salud, asegurar la continuidad de los cuidados en salud, entre otros desafíos. La inclusión de esta población a la red de salud, otorgando continuidad de cuidados y atención priorizada se logra en cada caso considerando perspectivas de género, pero no compone un componente específico de la estrategia.	La transversalización de la perspectiva de género debe abarcarse desde la caracterización y entendimiento de la problemática a tratar del Programa. Se sugiere explicitar las maneras en que el programa operacionaliza la transversalización de la perspectiva de género o disminuye brechas de género.

Fuente: Elaboración propia en base a información del proceso de monitoreo 2023.

Anexo 4: Profundización de Implementación - Pauta Entrevistas

En el marco de la evaluación focalizada de ámbito del Programa de Reforzamiento de Atención de Salud – PRAPS, se realizaron entrevistas semiestructuradas con el objetivo de indagar en la evaluación de las estrategias y prácticas desarrolladas por los equipos ejecutores en la implementación de la metodología del programa, identificando aprendizajes y experiencias que puedan ser incorporados al rediseño.

Las Evaluaciones Focalizadas de Ámbito (EFA) contienen una mirada más detallada en ciertas áreas que no están siendo priorizadas por las otras líneas evaluativas, al analizar programas en ámbitos específicos, los que pueden ser diseño, implementación o costos; además de generar evaluaciones de carácter dinámico, capaces de adaptarse y dar respuesta a las múltiples preguntas requeridas para la toma de decisiones.

Específicamente, esta evaluación corresponde al ámbito de diseño e implementación y se enfoca en el ámbito de la estrategia, para ello define como objetivo general “Analizar y evaluar el Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS) en el ámbito de diseño de la estrategia, identificando espacios de mejora en su desempeño para el periodo 2019 a 2023”.

Estas entrevistas están a cargo del equipo de Dipres, compuesto por María Alejandra Pereira y María José Pérez, acompañadas de la consultora especialista Daniela Sugg.

Existieron dos tipos de entrevistas: las primeras orientadas a profundizar sobre la implementación del programa a nivel central e intermedio (Referentes de Salud y algunos Servicios de Salud), complementado con actores claves dentro de los Servicios de Salud. En el próximo anexo se detallará sobre las entrevistas orientadas a analizar el modelo de financiamiento del PRAPS para cada uno de los programas.

Tabla 18 Preguntas Generales

Tópico	Pregunta Central	Preguntas Alternativas
Normativa del programa	¿Qué es el programa?	¿Cómo se origina el programa? ¿Qué hace? ¿Cuál es el problema que busca solucionar? Población beneficiaria/objetivo
Implementación	Procesos	Caracterización del equipo de trabajo Articulación con los distintos actores Diferencias entre los procesos con establecimientos de dependencia municipal y los de dependencia del Servicio de Salud Dificultades que se presentan en el proceso Identificación del programa madre Complementariedades con el programa “madre”.

	Procesos - presupuesto	¿Cómo se realizan las estimaciones de demanda de servicios y prestaciones a nivel comunal? ¿Cómo se levantan las necesidades a nivel central? ¿Cómo se definen los montos asignados a su programa? ¿Cómo se gestionan los convenios? Y sus tiempos de aprobación ¿Existe un calendario de procesos establecidos? En caso de que se realice una reasignación, ¿cómo se implementa? ¿Cómo se realiza la distribución por servicio de salud? ¿Cómo se gestiona la rendición de cuentas y/o cumplimiento de metas? ¿Cómo funciona la adaptación de las necesidades y recursos en cada uno de los centros de salud? ¿Cuál es el procedimiento existente?
Prácticas	Opinión personal	Posibles mejoras de implementación Fortalezas y debilidades de la prestación de servicios/bienes

Tabla 19 Preguntas específicas por Programa

Preguntas específicas por Programa		
1. Chile Crece Contigo (PAPDB)	Enfoque de género	¿Cómo aplica el enfoque de género en su programa? ¿Este enfoque es transversal a todos los SS? ¿Cuáles son los principales desafíos de la implementación del enfoque? ¿Nos podría indicar algunos ejemplos de éxito a nivel territorial?
	Ley	¿Cómo se integra Chile Crece Contigo dentro del marco general del PRAPS? ¿Cómo se articulan los esfuerzos entre el equipo de ChCC y otros programas de PRAPS que también apoyan la salud infantil? ¿Existe un sistema de seguimiento y gestión que esté formalizado? ¿Con qué periodicidad?
2. Fortalecimiento de las Capacidades	No vigente	¿Por qué terminó el programa? ¿Cuánto tiempo estuvo en ejecución?
	Subtítulo 21 (gastos en personal)	
3. Mantenimiento Infraestructura APS	Permanente	¿Hace cuánto tiempo este programa se financia por PRAPS? ¿Cuáles son las ventajas de financiarlo mediante PRAPS?

		¿El presupuesto del programa ha presentado fluctuaciones significativas en sus años de ejecución?
	Subtítulo 31 (Iniciativas de inversión)	
Programas Alternativos		
1. Ges Odontológico	Bajo presupuesto	¿Cómo define su presupuesto anual? ¿Cómo se realizan las proyecciones presupuestarias? ¿Cómo se realizan las distribuciones regionales o por servicio de salud?
	GES	¿Cuáles son las ventajas de financiarlo mediante PRAPS? ¿Por qué no es parte del per cápita?
2. Odontológico Integral	Permanente	¿Hace cuánto tiempo este programa se financia por PRAPS? ¿Cuáles son las ventajas de financiarlo mediante PRAPS? ¿El presupuesto del programa ha presentado fluctuaciones significativas en sus años de ejecución?

Tabla 20 Preguntas específicas Servicios de Salud

Preguntas específicas Servicios de Salud		
Procesos	Flujo de procesos en torno a los PRAPS	¿Está identificado el flujo de procesos? Actores? Tiempos
	Convenios	Identificación de las etapas de los Convenios Sistema de identificación de PRAPS
	Procesos Bottom UP	¿Cómo se realiza el levantamiento de las necesidades territoriales?
Presupuesto	Criterios de distribución comunal	
	Reasignaciones	
	Cierre de Programas	
	Costos administrativos	Equipo Tiempo Indicadores asociados
Flexibilidad del PRAPS	Fortalezas	¿Cuáles son las ventajas de financiar los programas mediante PRAPS? ¿El presupuesto del programa ha presentado fluctuaciones significativas en sus años de ejecución?
	Debilidades	Carencia de normativas – formato de entrega de convenios

		Inoportuna entrega de información y recursos. Inestabilidad en la continuidad del trabajo.
Propuestas de Mejora	Opinión	Ampliación de duración de los convenios Licitaciones se entreguen no solo en 30-70 sino que en una cuota Integración de resoluciones de continuidad (todos los programas en una resolución y no uno a uno) Otros

Preguntas específicas actores claves:

1. Historia relativa a su experiencia laboral, su función dentro del Servicio de Salud.
2. ¿Cuáles son las funciones que realiza en el SS? ¿Con qué programas se vincula?
3. Indagar respecto a las labores administrativas, y de atención a público. Costos de tiempo, equipo.
4. Fortalezas del PRAPS, en función de su flexibilidad. Y cómo se vincula con el trabajo de prestación de servicios (en caso de que aplique). Debilidades/propuestas de mejora.
5. Caso 1: Situaciones en las cuales no hay una continuidad de pago/financiamiento de un año a otro ¿Cómo lo maneja?
6. Caso 2: Si algunos PRAPS se per capitaran, ¿se puede identificar?
7. Ejemplos específicos de aplicación de la perspectiva de género en sus actividades a nivel administrativo y atención a público.

Anexo 5: Pauta de entrevistas Análisis de Sistema de Financiamiento

Introducción a la entrevista

La Matriz de Progreso de Financiamiento en Salud (HFPM, por sus siglas en inglés) es el enfoque cualitativo estandarizado de la Organización Mundial de la Salud para evaluar los sistemas de financiamiento de la salud de los países, tanto en términos de desarrollo como de implementación de políticas de financiamiento de salud.

El objetivo de esta evaluación es describir las características clave de los arreglos de financiamiento importantes o relevantes (esquemas o programas) en el sistema de salud del país; "importantes" en el sentido de que un esquema debe incluirse si es relevante para las discusiones sobre futuras reformas de financiamiento de salud y direcciones de política.

En base a la HFPM se identifican siete áreas de evaluación, seis de ellas que siguen el marco de financiamiento de salud basado en funciones principales y una que dice relación con funciones de salud pública, programas de salud y seguridad sanitaria. Estas son:

1. **Política, proceso y gobernanza del financiamiento en salud:** examina la claridad, coherencia y capacidad de implementación de las políticas de financiamiento en salud, así como los mecanismos de gobernanza y participación que garantizan su efectividad y sostenibilidad.
2. **Recaudación de ingresos:** evalúa las estrategias y mecanismos para movilizar recursos financieros destinados al sistema de salud, asegurando que sean equitativos, suficientes y sostenibles a lo largo del tiempo.
3. **Mancomunación de recursos:** analiza la forma en que los ingresos recaudados se agrupan o combinan para gestionar riesgos financieros, asegurando una redistribución equitativa y el acceso a servicios esenciales.
4. **Compra y pago a proveedores:** revisa los métodos y esquemas de financiamiento utilizados para remunerar a los proveedores de servicios de salud, garantizando eficiencia, calidad y un uso racional de los recursos.
5. **Beneficios y condiciones de acceso:** evalúa el alcance de los paquetes de beneficios en salud y las condiciones de acceso, asegurando que sean explícitas, equitativas y alineadas con las necesidades de la población.
6. **Gestión financiera pública:** examina los mecanismos de planificación, ejecución y monitoreo del gasto público en salud, asegurando transparencia, eficiencia y responsabilidad en el uso de los recursos.
7. **Funciones y programas de salud pública:** analiza la capacidad del sistema para implementar funciones esenciales y programas de salud pública, incluyendo acciones preventivas,

promoción de la salud y, particularmente, la capacidad de respuesta ante emergencias de salud pública.

Considerando la pauta de evaluación se ajusta a lo que es APS y en específico para PRAPS. Además del diálogo y libre conversación sobre cada temática se pide evaluar el nivel de progreso (siendo esto una precepción). Se utilizan los niveles de progreso, de acuerdo con los lineamientos de la matriz de evaluación de OMS, indicados en el Cuadro a continuación. En este punto se solicita que el entrevistado defina el nivel de progreso, siendo factible indicar no sabe, o que el evaluado indique el progreso que se interpreta de la conversación y que luego el entrevistado lo confirme.

Tabla 21 NIVELES DE PROGRESO - CARACTERÍSTICAS O ATRIBUTOS GENÉRICOS

1. EMERGENTE a) No existe una declaración de política clara o aprobada, y las estrategias en curso no reflejan la evidencia global ni utilizan la evidencia local. b) El financiamiento no está vinculado a políticas ni a mecanismos que impulsen la implementación. b) Algunos aspectos de la política están siendo implementados, o la política está en fase piloto.
2. EN PROGRESO a) Las políticas están en desarrollo, pero solo reflejan parcialmente la evidencia global y las evaluaciones locales de desempeño. Se realizan discusiones formales con las partes interesadas.
3. ESTABLECIDO a) El documento de política ha sido formalmente aprobado; refleja en gran medida la evidencia global y las evaluaciones locales de los problemas de desempeño. b) Implementación generalizada con algunas evaluaciones en curso, que alimentan ajustes en la política y su implementación.
4. AVANZADO a) El documento de política aprobado es coherente con la evidencia global y las evaluaciones locales de problemas de desempeño, y ha sido difundido a una amplia gama de partes interesadas. b) Implementación efectiva a nivel nacional, con monitoreo y evaluación sistemáticos del desempeño para informar mejoras en el diseño de la política.

Fuente: The health financing progress matrix: country assessment guide. Geneva: World Health Organization; 2020 (Health financing guidance, no. 9). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

En la siguiente tabla se presenta la pregunta central por área de evaluación, siendo ellas 7, y luego preguntas complementarias que permiten guiar en torno a la pregunta central.

Tabla 22 Preguntas sobre sistema de financiamiento APS- PRAPS

Área	Pregunta central	Preguntas complementarias
Política de Financiamiento de Salud, Proceso y Gobernanza	¿Existe una política de financiamiento de los PRAPS actualizada guiada por objetivos y basada en evidencia?	¿Existe una declaración de política de financiamiento de salud actualizada o reciente (3-4 años)? ¿La política está guiada por objetivos claros, especialmente aquellos relacionados con la Cobertura Universal de Salud? ¿La política considera evidencia global sobre qué funciona en términos de política de financiamiento de salud y resultados sanitarios? ¿Las estrategias que son parte de PRAPS abordan las causas subyacentes de los problemas de rendimiento en el sistema de salud, basándose en estudios de diagnóstico, análisis de situación o evaluaciones específicas? ¿La política se basa en un proceso que involucró a los actores relevantes? ¿Está alineada con y refuerza una estrategia más amplia del sistema de salud, especialmente en lo que respecta a la prestación de servicios?
	¿Las instituciones involucradas rinden cuentas a través de disposiciones y procesos de gobernanza adecuados?	¿Qué tan claramente están definidos los roles y las líneas de responsabilidad en la organización? ¿Existen organismos de supervisión de nivel superior encargados de garantizar la coherencia entre los diferentes esquemas de trabajo? Si es así, ¿cuáles son? ¿Cuáles son los marcos legales y de reporte, procedimientos y acciones que mejoran la coherencia de políticas y estrategias, y que ayudan a responsabilizar a las organizaciones implementadoras?

		¿Qué tan transparente es el reporte financiero y no financiero, es decir, qué se ha logrado con los recursos y si los informes están disponibles públicamente? ¿Se informa y revisa la información detallada sobre el rendimiento de la organización? ¿Cómo se lleva a cabo este proceso?
	¿Se utiliza sistemáticamente la información de financiamiento para monitorear, evaluar y mejorar el desarrollo e implementación de los programas y acciones definidos?	¿Se producen regularmente (al menos trimestral) datos relevantes sobre el financiamiento-gasto? ¿Estos datos son considerados de buena calidad y se utilizan para evaluar y dialogar sobre el financiamiento de la APS? ¿Existe un marco general para monitorear y evaluar la implementación de las estrategias enmarcadas en este mecanismo de financiamiento y se utiliza con fines de gobernanza? ¿Está organizada la evidencia sobre financiamiento de salud de manera que permita una evaluación integral del progreso hacia mayor cobertura (resultados y protección financiera)? ¿Se combinan los datos de financiamiento con datos de actividades y rendimiento para apoyar la función de gobernanza? ¿Se realizan evaluaciones más profundas e investigaciones aplicadas sobre las estrategias/programas, y están estas disponibles al público?
Recaudación de Ingresos	¿El gasto en PRAPS se basa predominantemente en fuentes de financiamiento del Gobierno Central?	¿Existen declaraciones de política o iniciativas orientadas a incrementar los ingresos desde el gobierno central o del municipio? ¿Cómo han evolucionado estos indicadores en el tiempo (últimos 3-4 años)?
	¿Qué tan predecible es el financiamiento para los PRAPS (largo plazo)?	¿Existe un proceso en el cual se defina un marco de gasto a Mediano Plazo que sirva para planificar y prever la financiación futura? ¿Hasta qué punto las asignaciones presupuestarias anuales se alinean con las proyecciones del Marco de Gasto a Mediano Plazo?

	¿Qué tan estable es el flujo de los fondos hacia los ejecutores?	¿Qué tan precisa y de calidad es la provisión de recursos para evitar una baja ejecución presupuestaria y garantizar un flujo de fondos constante a los ejecutores? ¿Existen sistemas de gestión de efectivo transparentes y oportunos para la liberación de fondos? ¿Las unidades subnacionales tienen flexibilidad para reasignar gastos y existe un tiempo de respuesta rápido en el procesamiento de reclamaciones y pagos?
	¿Hasta qué punto se busca potenciar las fuentes de ingresos para PRAPS? (mis de fuentes de ingresos)	¿Cuánto aporta el gobierno central y cuando el municipio? ¿Se está impulsando mayor aporte desde los territorios- Municipio/ GORES?
Mancomunidad de Ingresos	¿El financiamiento para la APS responde adecuadamente la mancomunidad?	¿Existe un problema de fragmentación (fuentes de financiamiento) para PRAPS? ¿Existe un fraccionamiento en el financiamiento de la APS? ¿Se han planteen formas de reducir o mitigar estos problemas?
	¿Hasta qué punto está limitada la capacidad del sistema de salud para redistribuir fondos en la población y en base a los objetivos?	¿Cómo se distribuyen los fondos a través del sistema de salud y qué criterios, si los hay, determinan estas asignaciones? ¿Fluyen los fondos hacia los servicios y poblaciones definidos como prioritarios en el sistema de salud, o existen discrepancias en la asignación hacia estas áreas?
	¿Qué medidas están en marcha para abordar los problemas que surgen de múltiples fondos fragmentados- fuentes diversas de financiamiento?	¿A través de PRAPS se están armonizando- homogeneizando los beneficios de salud que accede la población en diferentes territorios? ¿Los mecanismos de pago a los ejecutores están coordinados y son coherentes entre esquemas y programas que son parte del PRAPS (por ejemplo, un pago único)? ¿Se está construyendo un sistema de información unificado que permita la interoperabilidad entre agencias de compra, adoptando definiciones, terminologías y capas técnicas comunes?
	¿Están organizadas las diversas fuentes de ingresos y flujos de financiamiento de manera complementaria, en apoyo de un conjunto	¿Cómo se complementan las fuentes de financiamiento/ es coordinado el proceso?

	común de beneficios (complementario plan de salud familiar)?	¿se logra definir un paquete de beneficios homogéneo en la población y exigible? ¿las personas tienen que recurrir a otros prestadores y gastar de su bolsillo?
Compra y Pago a Ejecutores y Proveedores	¿Hasta qué punto el financiamiento (valor y formas de pago) están definidos por la información de las necesidades de salud de la población?	¿Cuáles son los principales métodos de pago? ¿Cómo incorporan datos sobre las necesidades de salud de la población, factores de riesgo, desempeño de los proveedores, entre otros?
	¿Están armonizados los sistemas de pagos en PRAPS de forma tal que aseguren generar incentivos coherentes a los ejecutores?	El financiamiento de cada una de las estrategias de PRAPS mirado en su conjunto ¿Evitan la reasignación hacia aquellas actividades más “fáciles” de ejecutar? ¿Reducen la derivación de pacientes entre centros de salud y comunidades? ¿Se producen prácticas de imputación de costos, en las que se señalan gastos mayores en algunas estrategias o programas para así compensar otras acciones que tengan pago más reducido?
	¿Promueven los arreglos de compra/ financiamiento la calidad de la atención?	El esquema de financiamiento de PRAPS ¿promueve la calidad de la atención y la coordinación en el sistema de salud? ¿Están disponibles de forma rutinaria información e los indicadores que midan calidad?
	¿Abordan los métodos de pago a proveedores y los mecanismos administrativos complementarios la posible sobreoferta o suboferta de servicios?	¿El financiamiento permite mantener un equilibrio apropiado de calidad y cantidad de prestaciones servicios de salud ofrecidos o permite variabilidad?
	¿Es adecuada la información sobre las actividades de los proveedores capturada por los compradores para guiar las decisiones de compra?	¿Se recopila de manera regular información detallada y confiable sobre las actividades de los ejecutores? ¿Cuál es el conjunto mínimo de datos utilizados? ¿Se analiza y utiliza esta información de forma rutinaria para informar las decisiones de compra y la gestión general del sistema de salud?
	¿Hasta qué punto los ejecutores tienen autonomía financiera y son responsables?	¿Tienen las autoridades capacidad de decisión sobre el gasto para responder a las necesidades locales

		a medida que cambian y surgen nuevas oportunidades? ¿Se les exige rendir cuentas a las autoridades por su desempeño?
Beneficios y condiciones de acceso	¿Existe un conjunto de beneficios definidos y conocidos explícitamente para toda la población?	¿Se define un conjunto de servicios y prestaciones? ¿La población lo puede exigir? ¿Existe focalización por grupos de interés?
	¿Se toman decisiones sobre los servicios a ser financiados públicamente de manera transparente, utilizando procesos y criterios explícitos?	¿Existe un proceso claro y transparente para tomar decisiones sobre la definición de beneficios, con criterios explícitos? ¿Se genera evidencia que facilite las deliberaciones? ¿Qué tipo?
	¿Hasta qué punto los derechos de la población y las condiciones de acceso están definidos explícitamente y en términos fáciles de entender?	¿Están claramente definidos y comunicados los derechos y obligaciones en sus aspectos clave, y son comprendidos por la población?
	¿Están alineados los beneficios definidos con los ingresos disponibles, los servicios de salud disponibles y los mecanismos de compra?	¿Se han sometido las decisiones de las iniciativas a un análisis de impacto presupuestario? ¿Se han ajustado en consecuencia para asegurar la disponibilidad de fondos?
Gestión Financiera Pública	¿Existe una evaluación de los principales cuellos de botella en la gestión financiera de los PRAPS?	¿Se desarrolla un diagnóstico del proceso de flujo financiero? ¿Están claro los puntos de dolor?
	¿Los PRAPS apoyan la formulación e implementación del presupuesto de salud, estando alineado con las prioridades del sector y el uso flexible de los recursos?	¿Son conocidos y claros las prioridades del sector salud? ¿Los componentes PRAPS están alineados con esas prioridades? ¿Cuán flexible es su definición y ajuste en mira al logro de los objetivos?
	¿Existen procesos para que las autoridades sanitarias participen en la planificación presupuestaria de los PRAPS y en la elaboración de presupuestos plurianuales?	¿Se sigue un proceso que incluya conocimiento del calendario presupuestario, los requisitos y plantillas, y una preparación técnica suficiente, como la priorización y el cálculo de costos? ¿Se asegura un proceso de consulta con los actores del sector y se elabora una propuesta presupuestaria sólida, tanto anual como plurianual, que luego se promueve en los procesos de negociación?
	¿Existen medidas para abordar los problemas que surgen tanto del gasto insuficiente como del exceso de presupuesto en PRAPS? (considerar su completitud con el Per cápita y otras fuentes)	¿Qué tan oportuna es la ejecución del gasto y cómo se maneja la presión por cumplir con niveles satisfactorios de ejecución y cumplimiento presupuestario,

		especialmente hacia el final del año fiscal?
	¿Es la información sobre el gasto en los PRAPS completa, oportuna y de acceso público?	¿Existe un sistema de información financiera de calidad y cómo se aplica específicamente para PRAPS?
Funciones y Programas de Salud Pública	¿Están alineados o integrados los programas de PRAPS con la política general de salud y de financiamiento en salud?	¿Están bien integrados los programas de salud que componen PRAPS? ¿Existen documentos estratégicos generales? ¿se da una consideración especial, cuando corresponde, a las necesidades y servicios específicos de la población?
	¿Los arreglos de mancomunación promueven ingresos la coordinación entre gobierno central y municipal?	¿Los arreglos de agrupación y presupuestación promueven y facilitan la coordinación de fondos hacia funciones comunes, como la cadena de suministro, la capacitación de la fuerza laboral en salud, laboratorios y sistemas de vigilancia, entre los distintos programas?
	¿Los PRAPS permiten la implementación de las capacidades del RSI (Reglamento Sanitario Internacional) para estar preparados ante emergencias?	¿Se pueden utilizar el financiamiento de los PRAPS para responder ante una emergencia de salud pública?
	¿Existen sistemas de gestión financiera pública de los PRAPS que permitan una respuesta oportuna ante emergencias de salud pública?	¿Cómo gestiona el sector salud los recursos necesarios en caso de una emergencia de salud pública? ¿Tiene cada entidad pública relevante una línea presupuestaria para actividades de respuesta a emergencias de salud pública?

Anexo 6: Consentimiento informado

En el marco de la Política de Seguridad de la Información de Dipres, todos los participantes en las entrevistas deben autorizar a DIPRES mediante la firma del Consentimiento Informado. Se confirma que todos los participantes enviaron oportunamente el documento. A continuación, el ejemplo utilizado en este estudio:

Protocolo de Consentimiento Informado

Entrevista en el marco de Evaluación Focalizada de Ámbito al Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud - PRAPS

El propósito de este protocolo es brindarle antecedentes del proceso evaluativo del Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS) y del uso y destino de la información que usted nos brinde.

El objetivo de esta evaluación es analizar y evaluar el PRAPS en el ámbito de diseño de la estrategia, identificando espacios de mejora en su desempeño para el periodo 2019 a 2023.

Su participación en el proceso de evaluación es muy valiosa dada su relación con el Programa y con el Ministerio de Salud. Sin embargo, usted tiene derecho a no aceptar la participación en la presente entrevista o pasar por alto la(s) pregunta(s) que no desee responder, sin mediar explicación alguna y sin consecuencias para usted. También puede realizar los comentarios que considere pertinentes al instrumento o a lo concerniente en su participación en el proceso evaluativo en su conjunto.

Toda la información obtenida se mantendrá en estricta confidencialidad y anonimato. Tanto su nombre, como el de otras personas que mencione serán anonimizados durante el estudio y en los informes, publicaciones o presentaciones. Lo mismo se hará con cualquier otro dato personal que permita su identificación o la de terceros. Minsal sólo recibirá información procesada por el equipo evaluador o anonimizada.

Su participación consiste en una entrevista individual, de tipo conversación guiada por algunas preguntas, en la que usted podrá expresarse con honestidad y libertad.

La entrevista tiene una duración de 40 minutos aproximadamente y serán grabadas, previo consentimiento suyo, con el fin de analizar de la información. Las grabaciones serán almacenadas por el lapso que dure la evaluación y estarán bajo custodia del equipo responsable de la misma, quienes serán los únicos que accederán a la información.

La evaluación no implica ningún beneficio directo para usted. Sin embargo, su participación y la información recogida serán de gran utilidad para conocer más acerca de la implementación del programa y sus espacios de mejora.

La información obtenida será manejada en forma responsable por los evaluadores, utilizándose únicamente para los fines de esta evaluación.

Ante cualquier duda, comentario o reclamo, puede contactar a María José Pérez, coordinadora de esta evaluación y analista del Subdepartamento de Evaluación de Programas de Dipres, al correo electrónico: mjperez@dipres.gob.cl

Declaración de consentimiento:

Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten.

- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado(a) o hacerlo.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.
- Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación según mi parecer.
- Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento y la otra copia queda en poder del Investigador(a) Responsable.

Nombre y firma participante

Fecha: ____/____/____



DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS