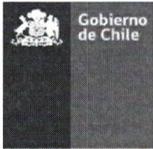


1302



MINISTERIO DE SALUD  
GABINETE DE MINISTRA  
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES  
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA  
DIVISIÓN JURÍDICA  
OSZ / JMC / YPR / SAC / JIM / LMH / YVB / IRT



**APRUEBA PROGRAMA DE CUIDADOS  
COMUNITARIOS EN LA ATENCIÓN  
PRIMARIA DE SALUD.**

EXENTA N° 944 /

SANTIAGO, 11 DIC 2024

**VISTOS:** Memorandum N°184 de 04 de noviembre de 2024, de la Jefa de División de Atención Primaria; lo dispuesto en el decreto con fuerza de ley N°1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; en el decreto supremo N°136 de 2004, del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud; en la ley N° 19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal; en el decreto supremo N° 2.296 de 1995, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento General de la ley N°19.378; en la resolución N° 30 de 2015, y resolución N° 7 de 2019, ambas de la Contraloría General de la República, y

**CONSIDERANDO:**

1. Que, al Ministerio de Salud le corresponde formular y fijar las políticas de salud que se desarrollan dentro del territorio nacional.
2. Que, esta función es expresión de la atribución que le compete a esta cartera de Estado de ejercer la rectoría del sector salud, en conformidad lo previene el artículo 4 N°1 letra a) del decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud.
3. Por su parte, los programas de salud tienen por finalidad la realización de acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, y de rehabilitación del individuo, organizadas con la finalidad de mejorar las condiciones de salud de la población, en una determinada región o país en forma integral y sostenible.
4. Que, asimismo, la Atención Primaria de Salud (APS) representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público, siendo su objetivo otorgar una atención de salud equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional, bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, centrado en las personas, familia y comunidad.
5. Que, el programa que se aprueba por el presente acto administrativo, denominado "**PROGRAMA DE CUIDADOS COMUNITARIOS EN LA APS**", en adelante, el Programa, tiene por propósito fortalecer la participación comunitaria en la Atención Primaria de Salud (APS) a través de la implementación de iniciativas

comunitarias que resulten beneficiosas para la promoción y fortalecimiento de los cuidados comunitarios de su salud en el contexto del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), con énfasis en el trabajo intersectorial y territorial basado en la intervención de determinantes sociales de la salud.

6. Los objetivos fijados para esta estrategia apuntan a contribuir a los cuidados comunitarios de la salud de las personas y familias en los ámbitos de promoción, prevención y rehabilitación, mediante el financiamiento de iniciativas y estrategias locales que adicione valor al trabajo de los equipos de salud e incrementen la participación de la comunidad sobre la base del enfoque intersectorial y territorial.

7. Que, en base a las razones expuestas, dicto la siguiente:

## **RESOLUCIÓN:**

**1. APRUÉBASE** el “PROGRAMA DE CUIDADOS COMUNITARIOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD”, en adelante, el Programa, cuyo texto es el que se inserta a continuación:

### **1. DIAGNÓSTICO**

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

Dentro de los ejes del modelo de atención integral, la participación, promoción y prevención de la salud, son funciones y estrategias esenciales de salud pública y forman parte de las bases de la atención primaria de salud. Su desarrollo se materializa en la eficiencia con que se reduce la carga de morbilidad, mitigando el impacto social y económico de las enfermedades<sup>1</sup>. La participación ciudadana constituye un proceso político y social que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes sociales de la salud y, en consecuencia, mejorar los sistemas de gobernanza local en salud mediante el trabajo colaborativo entre las instituciones y las comunidades locales.

En esa perspectiva, la participación forma parte esencial de la obligación del Estado para promover y asegurar la participación de la ciudadanía en la administración pública.<sup>2</sup> En el caso del Ministerio de Salud se dispone de una norma general de participación ciudadana que la define como “*un proceso de cooperación entre el Estado y las personas, que incluye y es más amplio que la participación ciudadana, correspondiendo a la capacidad de la sociedad civil en su conjunto, organizada o no organizada, incidir en las decisiones respecto de la salud, con relación al diseño, implementación, evaluación de políticas, planes, programas y proyectos vinculados la salud, como también, en aquellas decisiones vinculadas al uso e inversión de los recursos públicos*”.<sup>3</sup>

El desafío de los equipos de salud y de la misma comunidad se orienta a enfocarse en los procesos de salud y bienestar integral a partir de un enfoque salutogénico resaltando los

<sup>1</sup> Minuta Técnica Promoción de la Salud. División Atención Primaria. Minsal. 2015. Disponible en [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/1\\_PROMOCION-DE-SALUD.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/1_PROMOCION-DE-SALUD.pdf)

<sup>2</sup> Ley 20.500 sobre Asociación y Participación Ciudadana en la Gestión Pública.

<sup>3</sup> Norma de Participación Social en la Gestión de Salud, Ministerio de Salud. Resolución Exenta N° 857 de 18 de junio de 2024.

recursos del territorio para los cuidados de salud de las personas y comunidades, especialmente identificando los activos comunitarios que pueden contribuir a un cambio en la percepción de la necesidad de incluir la recomendación social como herramienta para abordar lo promocional y preventivo en la experiencia de atención de salud.

## **2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA**

### **2.1. Problema principal que el programa intenta resolver:**

Deficiente participación de las comunas en la implementación de iniciativas de cuidados comunitarios como estrategia promocional y preventiva para una mejor salud y bienestar de la población.

### **2.2. Justificación de la necesidad del programa:**

La Atención Primaria de Salud está fuertemente ligada a procesos de organización y participación comunitaria en los territorios locales que se manifiestan en diversas formas de colaboración para resolver los problemas de salud de la población. En muchos casos, se trata de la movilización de recursos y activos comunitarios que se materializan en procesos participativos complementarios a las estrategias de participación de los establecimientos de salud. Esta sinergia en las comunidades locales contribuye a generar espacios democráticos deliberativos y asociativos de poder ciudadano que mejora la gobernanza sanitaria en la red asistencial.

De esta forma, la expresión del trabajo intersectorial y territorial en los establecimientos de salud contribuye a la creación de entornos saludables, incluyendo la intervención en los determinantes sociales de la salud basado en un enfoque de derechos humanos. Sin la participación e involucramiento de las personas y comunidades en el trabajo de los equipos de salud de APS, resulta muy difícil avanzar en modelos de autogestión local y autodeterminación de las personas para fortalecer su papel de abogacía y corresponsabilidad en los procesos de salud y enfermedad.

Una estrategia fundamental para avanzar en esa concepción de integralidad en los procesos de salud y atención, basado en la corresponsabilidad social y capacidad de autogestión de las comunidades, es colaborar en el financiamiento de iniciativas o proyectos de salud en la APS que permita consolidar el trabajo participativo, intersectorial y territorial basado en la noción de cuidados de las comunidades. De esa forma, la oportunidad de financiamiento de iniciativas de salud contribuiría a fortalecer el conjunto de acciones y estrategias que fomenten la cooperación y trabajo solidario entre las organizaciones, grupos y personas del territorio sobre la base de la visualización, valorización y utilización de los activos comunitarios que puedan incidir en el bienestar integral basado en un enfoque de salud salutogénico (DIVAP, 2023).

## **3. OBJETIVO**

Contribuir a los cuidados comunitarios de la salud de las personas y familias en los ámbitos de promoción, prevención y rehabilitación, mediante el financiamiento de iniciativas comunitarias que adicione valor al trabajo de los equipos de salud e incrementen la participación de la comunidad sobre la base del enfoque intersectorial y territorial.

### **3.1. Propósito:**

Fortalecer la participación comunitaria en la Atención Primaria de Salud (APS) a través de la implementación de iniciativas que resulten beneficiosas para la promoción y fortalecimiento de los cuidados comunitarios de su salud en el contexto del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), con énfasis en el trabajo intersectorial y territorial basado en la intervención de determinantes sociales de la salud.

## **4. POBLACIÓN.**

#### 4.1. Población Potencial del programa:

La población potencial del programa está constituida por 346 comunas del país.

#### 4.2. Población Objetivo:

La población objetivo corresponde a la inscrita y/o adscrita a los establecimientos de salud en 346 comunas del país que cuentan con dispositivos de Atención Primaria de Salud (APS) con dependencia municipal o dependencia del Servicio de Salud.

#### 4.3. Cobertura del programa (unidad de medida: comunas)

	2022	2023	2024
<b>Población Objetivo</b>	S/I	346	346
<b>Beneficiarios efectivos</b>	S/I	189	264
<b>Cobertura</b>	S/I	189	264

### 5. ESTRATEGIA:

#### 5.1. Componentes

Nombre Componente	Descripción
<b>Educación y capacitación comunitaria</b>	Proceso de educación orientado a líderes/as y dirigentes/as de organizaciones comunitarias y de la sociedad civil vinculados a los establecimientos de salud destinado a la transferencia de metodologías y técnicas básicas para la formulación y gestión de iniciativas de cuidados comunitarios.
<b>Fondo concursable</b>	Proceso de evaluación y selección de iniciativas de cuidados comunitarios presentadas por las organizaciones comunitarias y de la sociedad civil por parte de panel evaluador constituido en el Servicio de Salud por representantes de la comunidad y de la red asistencial de salud. Proceso de postulación a fondo se encuentra definido en la Orientaciones Técnicas del Programa.
<b>Jornada de Intercambio de Experiencias</b>	Jornada de presentación de aprendizajes por parte de las organizaciones comunitarias y equipos de APS a partir de las iniciativas ejecutadas. Incluye sistematización escrita o sistematización audiovisual de las iniciativas seleccionadas para su difusión entre los Servicios de Salud del país y con la comunidad en el territorio.

La asignación de recursos se hará sobre la base de las propuestas e iniciativas que presenten los Municipios y que hayan sido seleccionadas por Panel Evaluador constituido para ese efecto en el Servicio de Salud respectivo según pauta de evaluación proporcionada por el Ministerio de Salud a través de la División de Atención Primaria (DIVAP). Esta disposición técnica y otras vinculadas a la ejecución del PRAPS será normada mediante las Orientaciones Técnicas que serán entregadas a los Servicios de Salud.

Los recursos financieros del PRAPS destinados al financiamiento de las iniciativas de cuidados comunitarios en APS se dividirán en 3 (tres) tipos de fondos concursables según resolución de distribución de recursos conforme a subtítulo 22 y subtítulo 24 respectivamente. En base a lo precedente, se elaborará Orientación Técnica del PRAPS que definirá la asignación de la cantidad de iniciativas que serán financiadas por los Servicios de Salud para establecimientos de APS y Establecimientos dependientes.

Tipo de Fondo	Monto máximo a asignar	Requisitos que debe cumplir la iniciativa comunitaria
A	\$18.000.000	Debe involucrar a toda la población de la comuna, priorizándose de manera especial, a aquellas comunas a las que no se haya adjudicado recursos en versiones anteriores del PRAPS y que se encuentren categorizadas preliminarmente como zonas de desarrollo según estudio realizado por la Subsecretaría de Desarrollo Regional (SUBDERE) <sup>4</sup> , según Decreto N°90 del Ministerio del Interior y Seguridad Pública que Aprueba el reglamento que fija la política nacional sobre zonas rezagadas en materia social <sup>5</sup> .
B	\$6.000.000	Debe involucrar a la población inscrita a un Centro de Salud Familiar, Hospital Comunitario, Centro Comunitario de Salud u otro dispositivo, excluyendo las Postas de Salud Rural (PSR).
C	\$3.000.000	La iniciativa involucra a la población y comunidad adscrita a una Posta de Salud Rural (PSR) con dependencia de un establecimiento de salud.

## 5.2. Estrategia de Intervención

El **Programa de Cuidados Comunitarios en la APS** es una estrategia que espera contribuir a la profundización del Modelo de Atención en Salud mediante el financiamiento de acciones, estrategias y actividades que, coordinadas y articuladas entre los equipos de salud, las organizaciones y las comunidades locales, fomenten la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de las personas y familias en su territorio.

El Programa aborda diversas líneas estratégicas de financiamiento de iniciativas promovidas por las organizaciones comunitarias vinculadas a los establecimientos de salud en Atención Primaria. Estas iniciativas deben ser el resultado del trabajo colaborativo entre comunidad y equipos de salud, enfocadas en fortalecer acciones y actividades de cuidados de la población arraigadas en los activos comunitarios que actúan como un factor protector de su salud basadas en el trabajo territorial e intersectorial de las instituciones dedicadas a la intervención de inequidades en la salud.

Como marco orientador complementario, basado en el enfoque de curso de vida, las organizaciones vinculadas a los establecimientos de salud podrán postular iniciativas de cuidados comunitarios considerando las siguientes líneas de intervención técnica.

### Líneas de intervención

Líneas de intervención	
1	Trabajo intersectorial para abordaje de vulnerabilidades y desigualdades sociales que influyen en las condiciones de equidad en la salud la comunidad.
2	Intervenciones sociosanitarias en el manejo y autocuidado de la salud de personas con Enfermedades Crónicas no Transmisibles, con foco en los objetivos y alcances de la iniciativa HEARTS (MINSAL-OPS).
3	Promoción de Estilos de Vida Saludables en las comunidades locales, enfocándose en iniciativas que incluyan intervenciones sociosanitarias basadas en situación epidemiológica específica con énfasis en enfoque de curso de vida.
4	Fortalecimiento de instancias y mecanismos de participación social que se orienten a mejorar la experiencia usuaria de las personas y organizaciones en el acceso a la

<sup>4</sup>[http://territoriosdeconvergencia.subdere.gov.cl/files/doc\\_zonas\\_rezagadas/Informe%20de%20comunas%20susceptibles%2028092023.pdf](http://territoriosdeconvergencia.subdere.gov.cl/files/doc_zonas_rezagadas/Informe%20de%20comunas%20susceptibles%2028092023.pdf)

<sup>5</sup> <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1195635>

	atención en salud, involucrando activamente a la comunidad en el diseño, ejecución y evaluación del proceso.
5	Estrategias que potencien la prevención y promoción de la Salud Mental en las personas y comunidad basadas en un concepto de bienestar integral que incluyan la participación de organismo públicos y privados.
6	Iniciativas de protección del medio ambiente y de entorno saludables para las personas y comunidades a través de educación social e intervenciones para la prevención y control de enfermedades zoonóticas.
7	Estrategias de cooperación y educación en salud entre las comunidades indígenas y los equipos APS destinadas a intervenir condiciones de salud específicas en las localidades.
8	Gestión participativa entre comunidades y equipos de salud destinadas a fortalecer la gestión de emergencias y desastres con las personas.
9	Estrategias y/o iniciativas comunitarias contenidas en los Planes de Participación Social de los Establecimientos de Salud en el marco del MAIS y de la Estrategia de Cuidados Integrales Centradas en las Personas (ECICEP).
10	Iniciativas de educación destinadas al fortalecimiento de habilidades y competencias en la comunidad para avanzar en procesos de gestión participativos en la red asistencial de salud.
11	Estrategias de Cuidados Comunitarios en salud para cuidadores y personas en situación de discapacidad en la comunidad.
12	Iniciativas que fomenten estrategias destinadas a potenciar la humanización del trato entre la comunidad y los funcionarios(as) de los establecimientos de salud, incluyendo campañas de educación en la comunidad orientadas a eliminar conductas y comportamiento violentos que afecten la atención en salud.

## 6. COMPLEMENTARIEDADES

Un programa es complementario con otro programa cuando apuntan al mismo fin superior de política pública.

### 6.1. Complementariedad a nivel interno:

El Programa de Cuidados Comunitarios en la APS se vincula con toda estrategia de salud que tiene su enfoque en la matriz de cuidados por curso de vida (infancia, adolescencia y juventud, adultos y personas mayores)<sup>6</sup>.

De forma especial, representa una oportunidad para el abordaje de los indicadores transversales en la gestión de salud desde la mirada de la ciudadanía y de las comunidades locales basada en el reconocimiento de sus experiencias e historia local que determinan los activos comunitarios que pueden fortalecer la perspectiva de los cuidados comunitarios de la salud. De manera preferencial, enfocándose en las siguientes estrategias:

- Promoción de la salud.
- Fortalecimiento del MAIS con enfoque familiar y comunitario.
- Programa de Tuberculosis en APS.
- Programa de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI).
- Programa de Rehabilitación Integral.
- Programa Salud Rural.
- APS-Universal.
- Saludablemente
- MAS AMA.

El Programa de Cuidados Comunitarios en la APS pone énfasis en las estrategias de intervención que integran la participación comunitaria de las comunidades organizadas y no organizadas en el cuidado y fomento de su bienestar integral. En coherencia con el compromiso de Gobierno de la reforma a la salud primaria, relativa a potenciar la participación incentivando el funcionamiento de los Consejos Consultivos de Salud y desarrollando proyectos multisectoriales hacia la comunidad con inclusión de la diversidad

<sup>6</sup> <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Orientaciones-para-la-Planificacion-en-Red-2024.pdf>

de representaciones de la sociedad civil para el enfrentamiento integral de los problemas de salud de la población.

## 6.2. Complementariedad a nivel externo:

El Programa se complementa con diversas acciones y estrategias gubernamentales enfocadas en el cuidado de las personas y grupos, especialmente, los contenidos en la oferta programática del Ministerio de Desarrollo Social y la Familia (MIDESOyF) fundamentados en el enfoque de cursos de vida. [66]

De igual forma, se relaciona con los objetivos de los programas y actividades del Ministerio Secretaría General de Gobierno (SEGEGOB) coordinados y ejecutados a través de la División de Organizaciones Sociales (DOS)<sup>7</sup>.

## 7. INDICADORES

### 7.1 Indicadores de Propósito:

Nombre del indicador	Formula de calculo
Porcentaje de comunas elaboran participativamente con las organizaciones sociales iniciativas comunitarias de cuidados de la salud en el marco del MAIS.	(Número de comunas del país que formulan iniciativas comunitarias de cuidados de la salud participativamente en el marco del MAIS en el período t/N° total de comunas) X 100.
Porcentaje de comunas que implementan instancias de coordinación y trabajo intersectorial destinadas a fortalecer intervenciones sociosanitarias en Postas de Salud de Rural.	(Número de comunas que implementan instancias de coordinación y trabajo intersectorial en las Postas de Salud Rural en el período t/N° total de comunas con PSR) X 100

### 7.2 Indicadores Complementarios (por componente):

COMPONENTE	OBJETIVO ESPECIFICO	INDICADOR	FORMULA	META	PESO RELATIVO	MEDIO VERIFICACION
Educación y capacitación comunitaria	Fortalecer competencias en líderes y dirigentes de la comunidad para la formulación de iniciativas comunitarias de salud.	Porcentaje de dirigentes capacitados en formulación y gestión de iniciativas de cuidados comunitarios de la salud.	(Número de dirigentes capacitados elaboran, al menos, una iniciativa de cuidados comunitarios de la salud / Número de dirigentes que participan de la capacitación ) X100.	100%	35%	-Registro de asistencia -Reporte técnico. -Rem A 19B sección B
Fondo Concursable	Ejecutar iniciativas presentadas por las organizaciones sociales y de la sociedad civil	Porcentaje de comunas que ejecutan iniciativas ciudadanas de Cuidados Comunitarios de salud.	(Número de comunas que ejecutan, al menos, 1 iniciativa ciudadana de cuidados	100%	35%	-Acta Constitución de Panel Evaluador de iniciativas con resolución. -Acta de selección de iniciativas seleccionadas por panel evaluador

<sup>7</sup> <https://dos.gob.cl/wp-content/uploads/2023/07/Malla-Programatica-DOS-2022-2026.pdf>

	de cuidados comunitarios de la salud que cumplen con disposiciones técnicas del Minsal.		comunitarios en salud en el periodo t / Número total de comunas del país) X100			-Ingreso de Convenios y resoluciones a plataforma financiera de APS.
Jornadas de intercambio de experiencias	Fortalecer el intercambio de experiencias y aprendizajes locales en cuidados comunitarios de la salud	Porcentaje de servicios de salud que ejecutan jornadas de intercambios de experiencias y aprendizajes en cuidados comunitarios de salud.	(Número de servicios de salud que ejecutan al menos 1 jornada de intercambio de experiencias y aprendizajes en cuidados comunitarios de salud en el periodo t / Número total de servicios de salud) X100	100%	30%	-Registro de asistencia -Informe de Sistematización de iniciativas comunitarias. -REM A19B sección B.

## 8. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El proceso de monitoreo del programa se realizará tres veces en el año, emitiendo informes al 30 de abril, 31 julio y 31 de diciembre. Dichos informes deberán ser enviados al Ministerio de Salud antes del 20 de mayo, 20 de septiembre de cada año, y del 20 de enero del año siguiente.

### La evaluación del programa se efectuará en tres etapas:

**Primera evaluación:** Se efectuará con corte al 30 de abril de cada año, se deberá informar en planilla que será enviada vía correo electrónico a referentes del Programa, sobre el estado de avance de la ejecución del convenio.

**Segunda evaluación:** Se efectuará con corte al 31 de julio de cada año y, de acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación, se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 40%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2º CUOTA DEL 30%
40%	0%
Entre 30% y 39,9%	50%
Entre 20% y 29,9%	75%
Menos del 20%	100%

### El incumplimiento de las metas comprometidas dará lugar a la reliquidación del Programa.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá solicitar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, la no reliquidación del Programa, adjuntando los antecedentes de respaldo y un Plan de Trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. El Servicio de Salud, una vez analizada la solicitud, remitirá ésta y los antecedentes al Ministerio de Salud, que resolverá la petición.

**Tercera evaluación:** no obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la tercera evaluación del Programa al **31 de diciembre** de cada año, y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período. El no cumplimiento de las actividades y metas anuales podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

Los recursos (producto de la reliquidación) que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, podrán ser reasignados por el Servicio de Salud, a comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha del corte del año en curso, en el mismo Programa.

En el caso de existir recursos disponibles, una vez cumplidas las metas comprometidas, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la adquisición de insumos que permitan mejorar las acciones contempladas en el Programa, dentro del año presupuestario.

## **9. FINANCIAMIENTO**

### **9.1. Establecimientos de Dependencia del Servicio de Salud:**

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

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

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

La ejecución del subtítulo 22 Bienes y Servicio de Consumo correspondiente al 70% de los gastos para la debida implementación de las actividades destinadas al cumplimiento de los objetivos, componentes, metas e indicadores señalados en el Programa se realizará desde el momento que se dicte la resolución que asigne los mismos a los establecimientos dependientes, a través del cumplimiento de las instrucciones emanadas por la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda informada en los oficios Circulares N° 8 y 9 de fecha 01 y 28 de Abril de 2020, respectivamente, donde señala que las compras serán realizadas con disponibilidad presupuestaria de acuerdo a la información Financiera del Estado mediante la interoperación con el Sistema de Compras Públicas y el pago se realizará centralizadamente desde la Tesorería General de la República (TGR) vía transferencia a las cuentas corrientes de los proveedores del Estado.

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

En el caso de que los servicios prestados por el subtítulo 22 se encuentren exceptuados del pago centralizado de la Tesorería General de la República, y sean los Servicios de Salud los que deban realizar dicho pago, deberán emitir un informe adjuntado todos los respaldos necesarios para la transferencia de los recursos.

En la situación del subtítulo 21 la primera cuota correspondiente al 70% se transferirá a la total tramitación de la resolución que asigna los mismos a los establecimientos dependientes y la segunda cuota correspondiente al 30% restante del total de recursos se transferirá a contar del mes de octubre del año correspondiente.

**La tabla de descuento es la siguiente:**

<b>Porcentaje de cumplimiento</b>	<b>Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 30%</b>
40,00%	0%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%

## **9.2. Establecimientos de Dependencia Municipal:**

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, asociada al Subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes".

La glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la ley N° 19.378, la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal conforme la normativa establecida en esa misma ley o bien a honorarios, acorde con lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del Programa y de acuerdo con la normativa vigente. Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimiento).

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en dos cuotas: 70% a la total tramitación del acto administrativo respectivo y el 30% restante en octubre, de acuerdo con los resultados de la evaluación señalada en el punto 7 y 8 de este Programa.

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

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

**La tabla de descuento es la siguiente:**

<b>Porcentaje de cumplimiento</b>	<b>Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 30%</b>
40,00%	0%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%

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

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

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

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

3. **DÉJESE SIN EFECTO** la resolución exenta N° N°904 de 07 de diciembre del 2023 del Ministerio de Salud, a partir de la entrada en vigencia de la presente resolución.

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

**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE**



**XIMENA AGUILERA SANHUEZA  
MINISTRA DE SALUD**

**DISTRIBUCIÓN:**

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