



GES | 20
años
CANTIDAD ESPERADAS
EN SALUD

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
DIVISIÓN JURÍDICA
JMC / BMS / BR / CAC / JIM / LMH / CUA / CBP



APRUEBA PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

EXENTA N° 26 /

SANTIAGO, 15 ENE 2026

VISTOS: Memorandum C53 N°67 de 03 de noviembre de 2025, de la Jefa de la División de Atención Primaria; y lo dispuesto en el decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763 de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; en el decreto supremo N°136, de 2004, del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud; en la ley N° 19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal; en el decreto supremo N° 2.296, de 1995, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento General de la ley N° 19.378; en las resoluciones N° 30 de 2015 y N°36 de 2024, ambas de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

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

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

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

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

5. Que, en este contexto, el presente programa denominado **MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**, tiene por propósito, contribuir a consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los CESFAM, postas, CECOSF y

hospitales comunitarios sobre la base de los principios de un sistema de salud basado en atención primaria, centrado en las personas, con integralidad de la atención y continuidad del cuidado.

6. Los objetivos fijados para esta estrategia apuntan a consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud apoyando con la entrega de recursos anuales, a aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el presente programa: evaluación, programación y realización de acciones orientadas a disminuir brechas en su implementación.

7. Que, es necesario resguardar el principio de la dignidad humana y el buen trato en los procesos de atención para crear un sistema de salud más humano y efectivo. Este enfoque no solo mejora la experiencia de los/as usuarios/as, sino que también promueve resultados clínicos más positivos y una mejor organización de los servicios. La atención centrada en la persona, con enfoque de derechos, debe ser una prioridad en todos los niveles del sistema de salud, garantizando que cada individuo sea tratado con el respeto y dignidad que merece.

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

RESOLUCIÓN

1. **APRUÉBASE** el programa **MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**, en adelante, el Programa de Salud, cuyo texto es el que se inserta a continuación:

1. ANTECEDENTES

La Reforma sectorial se orienta a consolidar un sistema de salud que tiene como desafío dar respuesta adecuada a las necesidades sanitarias expresadas por la población, asegurando mejores resultados de salud y satisfacción de las personas, con mayor igualdad y con calidad. Un sistema exitoso en este desafío es un Sistema de Salud con base en Atención Primaria¹, donde se refuerza la necesidad de fortalecer la Atención Primaria de Salud, y al mismo tiempo la instalación de procesos sistemáticos de evaluación de la mejora progresiva de los centros de salud en su global desempeño.

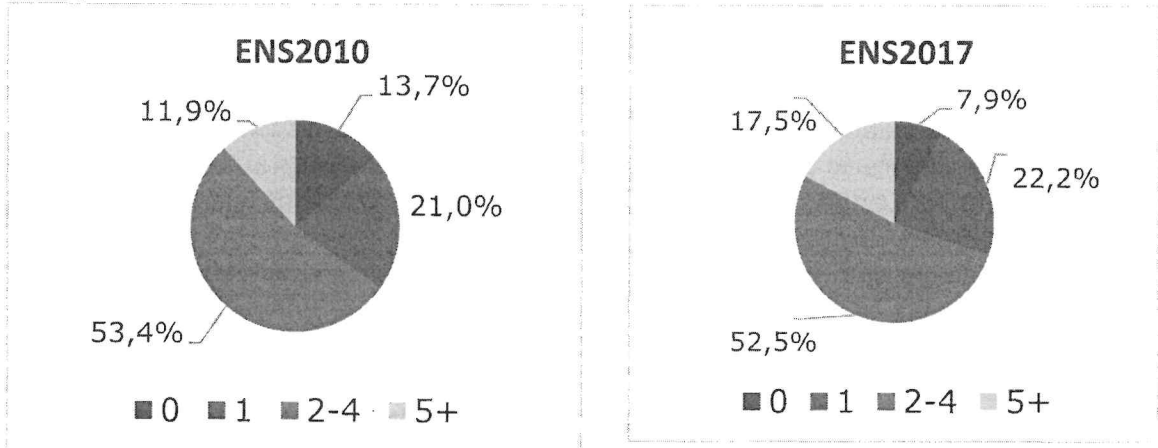
Es así como desde el Ministerio de Salud se ha generado diversa documentación conceptual y metodológica para, en conjunto con los Servicios de Salud, orientar la práctica y transformación de los Centros de Salud hacia la mayor inclusión de la familia y comunidad como la unidad de atención, fundando su quehacer en los principios definidos del "Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria": **integralidad de la atención, continuidad de los cuidados, y centrado en las personas**². Ello cobra especial relevancia en el contexto epidemiológico actual, en donde una de las preocupaciones más relevantes en los últimos años en salud pública se relaciona con la creciente cantidad de personas que coexisten con dos o más condiciones crónicas y que requieren de cuidados integrales y continuos a largo plazo. Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2017³, en Chile, 11 millones de adultos de 15 años y más viven con 2 o más condiciones crónicas simultáneamente (70,6%). Dentro de ese grupo, 2.4 millones de personas (17,5%) tienen 5 o más condiciones crónicas, situación que ha experimentado un alza sostenida desde el 2010 al 2017 (ver ilustración 1).

¹ : It's Primary care essential, B, Starfield, Lancet 1994

² Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. 2013

³ Margozzini P, Passi Á. Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas. 4 de junio de 2018;43(1):30.

Ilustración 1. Condiciones crónicas en población de 15 y más años. Encuesta Nacional de Salud 2010 y 2017



Fuente: Ministerio de Salud

Asimismo, el MINSAL ha instruido instrumentos para evaluar el curso de transformación de los Centros de Salud; lo que ha permitido reconocer, “certificar”, la consecución de niveles de avance en requerimientos sobre ámbitos de procesos, capacitación, y resultados, entre otros.

La última pauta utilizada hasta el año 2014, databa del año 2009 y era conocida como **Pauta de Certificación de Centros de Salud Familiar**, orientada a reconocer, a certificar, la consecución de niveles de desarrollo: medio, medio superior y superior, en base al avance en los siguientes ámbitos: Equipos de Salud, Procesos, Capacitación y Resultados. A partir del año 2015, se implementó el uso del: “**INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**” basado en los principios de centrado en las personas, integralidad y continuidad del cuidado, y en nueve ejes. Para el año 2020 se mantiene la estructura del instrumento e incorporan mejoras en los ámbitos de medición acorde al perfil epidemiológico y desarrollo del Modelo en el país. El año 2024 en un trabajo conjunto con actores relevantes de la red de salud se actualiza el instrumento de evaluación y certificación. Se inicia este proceso con dos jornadas nacionales que reunieron a los referentes técnicos de Modelo de Atención Integral de Salud Familiar en los Servicios de Salud, generando los principales insumos de cambio. Posteriormente estos fueron trabajados por una comisión que tuvo por propósito generar la versión preliminar del Instrumento, versión que fue difundida a través de las Direcciones de los Servicios de Salud a los establecimientos de atención primaria, para su análisis y propuestas de mejora, las que fueron analizadas por la comisión constituida para estos efectos.

El instrumento de certificación tiene a la base los tres principios básicos e irrenunciables en un sistema de salud basado en Atención Primaria, éstos son: Atención integral, centrada en las personas y familias con continuidad en el cuidadoⁱ y en coherencia con los procesos de cambio impulsados desde la Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas (ECICEP), **los principios son abordados con parámetros de medición organizados desde tres componentes: a) Comunidad b) Personas y familias, y c) Equipos de Salud**, quedando los ejes del anterior instrumento representados en los contenidos de la matriz.

2. FUNDAMENTACIÓN

En este modelo, la salud se entiende como un bien social y el sistema de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales.

La instalación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, en la Atención Primaria, es un proceso que lleva dos décadas, y por lo tanto exige al sector

consolidar las bases y principios que sustentan dicho desarrollo, mediante la actualización programática, la aplicación de instrumentos, que den cuenta del desafío de renovar y profundizar el modelo.

Los Servicios de Salud requieren estimular a los establecimientos y entidades administradoras de salud, para incorporar herramientas de mejora continua en la práctica del quehacer del desarrollo del Modelo, que aborden y colaboraren en la disminución de las brechas encontradas en la instalación del mismo y la promoción de actitudes, planes y proyectos tendientes a avanzar en un Modelo ajustado al perfil epidemiológico, demográfico y a las realidades locales y comunitarias donde se emplaza el centro de salud.

Necesitamos insistir en posicionar a las personas, en el centro de la toma de decisión, reconociéndolas como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, a fin de otorgar una atención integral y con continuidad en el cuidado.

Dado que una proporción importante de la población chilena vive en situación de cronicidad, la que se agrava, progresivamente, por el sostenido aumento del envejecimiento poblacional. Aquellas personas lidian con el empeoramiento de su calidad de vida, con mayor mortalidad, con mayor polifarmacia, con una alta carga económica, con una mayor tasa de eventos adversos y mayor uso de servicios de salud primario y secundario. Se busca que las personas con condiciones crónicas cuenten con cuidados integrales, integrados, continuos, centrados en las personas, conforme su nivel de riesgo, que logre ser también una herramienta de acompañamiento para la persona, su familia y/o cuidadores, haciéndoles, a los mismos, activos en sus procesos de salud.

El cambio requiere privilegiar una visión integral con el foco en las personas y no fragmentada por las condiciones crónicas que esta tiene. Implica que los cuidados de salud deben ser colaborativos y consensuados con las personas, integrales considerando todas las dimensiones que definen a las personas, incluyendo mayor tiempo de consulta para comprender las necesidades de salud de las personas y para activarlas hacia un mejor manejo de sus condiciones crónicas.

3. PROPÓSITO

Contribuir a consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los CESFAM, postas, CECOSF y hospitales comunitarios sobre la base de los principios de un sistema de salud basado en atención primaria, centrado en las personas, con integralidad de la atención y continuidad del cuidado.

4. DESCRIPCIÓN

El Programa se encuentra articulado con las actualizaciones presentadas en el documento "Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario" dirigido a equipos de salud, elaborado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. En ese sentido, este programa constituye una estrategia para profundizar la implementación del Modelo, promoviendo el quehacer, los métodos, los conocimientos y las artes de los equipos de salud locales y comunales, dirigidas tanto a la disminución de brechas como a la renovación creativa de acciones, permitiendo hacer mejoras continuas desde lo local y desde lo que los actores involucrados en la gestión de la atención primaria requieren. De ese modo, se pretende progresar en la materialización de los principios fundamentales que definen al Modelo -Continuidad de los cuidados, Centrado en la persona e Integralidad- y los ejes que hacen posible lo anterior: Promoción, Prevención en Salud, Enfoque Familiar, Calidad, Intersectorialidad y Territorialidad, Centrado en Atención Abierta, Tecnología, Participación y Desarrollo de las

Personas. Es necesario señalar que a nivel local los indicadores evaluados en el instrumento deben tener la pertinencia cultural correspondiente.

5. OBJETIVO GENERAL

Consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud apoyando con la entrega de recursos anuales, a aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el presente programa: evaluación, programación y realización de acciones orientadas a disminuir brechas en su implementación.

6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Evaluar la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, detectada con el "Instrumento para la evaluación y certificación del desarrollo del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria".
- b) Realizar mejoras, en base a la brecha identificada y los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en los establecimientos de atención primaria de salud.
- c) Implementar el cuidado integral centrado en la persona según nivel de riesgo, a personas con condiciones crónica.

7. COMPONENTES

Componente N° 1

Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario.

La aplicación del instrumento de evaluación deberá realizarse cada 2 años, pudiendo realizarse anualmente si la comuna lo solicita y el Servicio de Salud cuenta con los recursos para llevar a cabo la evaluación.

Estrategias:

- ✓ Elaboración de cronograma de trabajo conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud), de evaluación de los establecimientos mediante la aplicación de instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, dictado por el Ministerio de Salud, para aquellas comunas que incorporen nuevos centros en la evaluación del desarrollo del modelo, o aquellas que deban repetir la evaluación realizada en años anteriores de sus centros.
- ✓ En el caso que se incorporen nuevos centros, el establecimiento de salud deberá realizar su pre-evaluación (autoevaluación) mediante el reconocimiento de su situación cotejada con el Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. El centro de salud y comuna en conjunto con el Servicio de Salud, resolverán la primera evaluación definitiva, identificando sus brechas y un plan de mejora a dos años para la implementación del Modelo, considerando un cronograma de trabajo, con el acompañamiento del Servicio de Salud.

- ✓ Las evaluaciones y pre-evaluaciones deben ser subidas a la plataforma web del programa

Componente Nº 2

Implementar, un plan de mejora, sobre las bases y principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud.

Estrategias:

- ✓ Elaboración participativa de cronograma conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud/ comunidad).
- ✓ Los planes de mejora deben considerar un desarrollo progresivo de acciones para alcanzar sus objetivos y metas, así como el financiamiento asociado a su logro.
- ✓ Los planes de mejora deben ser subidos a la plataforma web del programa.

En los establecimientos con continuidad del programa, es decir, con inicio de ejecución año previo, la aplicación del instrumento de evaluación del desarrollo del modelo, es optativa, dado que debe seguir implementando el plan elaborado el año anterior y ajustarlo si se requiere, con un nuevo cronograma para cumplir los objetivos planteados.

Componente Nº 3

Implementar, el cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo, en los establecimientos de atención primaria de salud en coordinación con los otros niveles de atención.

Estrategias:

- ✓ Estratificación según riesgo, de la población de 15 y más años beneficiaria de atención primaria, en los siguientes estratos: G0, población sana o sin condición crónica identificada; G1, con una condición crónica; G2, entre 2 a 4 condiciones crónicas; G3, con 5 o más condiciones.
- ✓ En los Cesfam definidos se incorpora la actualización del equipo de salud en herramientas para la implementación del cuidado integral centrado en las personas en cronicidad, elementos conceptuales para el apoyo al automanejo, gestión de caso, entre otros.
- ✓ En los Cesfam definidos se incorpora para las personas con multimorbilidad, la gestión de caso mediante profesional y técnico, el agendamiento con tiempo diferenciado, un registro único integrado para facilitar la gestión clínica, alerta de consulta en servicio de urgencia, plan de cuidados colaborativo. Todo ello con la finalidad de pasar de una atención fragmentada a un cuidado integral centrado en las personas.
- ✓ Para la población sin condición crónica o aun no diagnosticada, se fortalecen las acciones de promoción y prevención primaria anticipatorias al daño.

Se asignan recursos a los Servicios de Salud para la implementación.

8. PRODUCTOS ESPERADOS

Componente 1

- ✓ Convenios elaborados, firmados con las comunas participantes e incorporados a la plataforma de finanzas.

- ✓ Certificación de la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario en el establecimiento, conforme porcentaje logrado en diversos ámbitos, del instrumento definido por el Minsal.
- ✓ Determinar brechas en la instalación y desarrollo del Modelo en los Centros de Salud.

Componente 2

- ✓ Planes de mejora implementados, conforme las brechas de cumplimiento definidas según instrumento de evaluación y los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario en los establecimientos de atención primaria de salud.
- ✓ Evaluación de los avances planificados.

Componente 3

- ✓ Implementar, el Cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo, en los establecimientos de atención primaria de salud y en coordinación con los otros niveles de atención.
- ✓ Población estratificada según riesgo
- ✓ Cuidado integral centrado en las personas implementado en los centros definidos
- ✓ Equipo de salud con actualización de conocimientos
- ✓ Incorporación de recurso humano e insumos que apoye la gestión y cuidado integral centrado en las personas

9. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El Monitoreo y Evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del Programa con el propósito de mejorar la eficiencia y efectividad de sus objetivos.

Aquellos establecimientos que realizaron sus planes de mejoras a 2 años, no se hace necesario realizar una nueva evaluación del establecimiento a comienzo del año.

Se realizarán 3 evaluaciones durante la ejecución del Programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

- ✓ **La primera evaluación se realizará con corte al 30 de abril de cada año:** El informe deberá ser remitido por las comunas participantes del Programa a los respectivos Servicios de Salud, donde se indiquen los establecimientos de salud comprometidos para la implementación del programa, mediante la firma de convenios entre el Servicio de Salud y las Comunas correspondientes. Este informe debe ser enviado hasta el séptimo día hábil del mes de mayo del año respectivo; a su vez, los Servicios de Salud deberán remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, hasta el 22 de mayo del año en curso, el informe consolidado.
- ✓ **La segunda evaluación,** se efectuará con corte al 31 de agosto de cada año, de acuerdo con los indicadores y pesos relativos definidos en el apartado 10 Indicadores y medios de verificación.

El informe deberá ser remitido por las comunas participantes del Programa a los respectivos Servicios de Salud, hasta el séptimo día hábil del mes de septiembre del año respectivo; a su vez, los Servicios de Salud deberán remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, hasta el 17 de septiembre, el informe consolidado, respecto de las comunas de su ámbito territorial participantes del Programa.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación el Servicio de Salud hará las orientaciones y acciones que corresponda para favorecer la óptima implementación del programa, emitiendo el informe al Ministerio de Salud, conjuntamente con el informe de resultados.

La reliquidación se hará efectiva en el mes de octubre, si es que el cumplimiento del indicador de la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de Salud es inferior al 60%. En tal caso, se aplicará un descuento proporcional al porcentaje de incumplimiento.

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

Se requiere a los Servicios de Salud realizar el seguimiento y monitoreo sistemático de la ejecución del presente programa, estableciendo los compromisos para mejorar las áreas necesarias; todo ello independientemente de acciones específicas que corresponde a los Departamentos de Auditoría.

En relación con los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del programa. Excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizadas y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar al Minsal la no reliquidación del Programa.

No obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del Programa al 31 de diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período, por cada centro de salud en convenio.

El no cumplimiento de las actividades y metas anuales, así como el comportamiento financiero en cuanto a la correcta ejecución y la rendición de los recursos a través del Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas (SISREC) y Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE), según corresponda, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

10. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

La evaluación del cumplimiento se realizará en forma global para el programa, definiendo pesos relativos por indicadores.

10.1. INDICADORES DE GESTIÓN Y DE IMPACTO PARA LA RELIQUIDACIÓN DEL PROGRAMA.

Los pesos relativos se definen conforme el número de indicadores que aplican para cada establecimiento, por ejemplo, el componente 3 no aplica para aquellos establecimientos que no cuentan con la estrategia ECICEP. Esto se detalla a continuación en la siguiente tabla:

Componente	Indicador	Fórmula	Meta	Medio verificación	Peso relativo	Peso relativo	Peso relativo	Peso relativo
Componente 1 Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario	Porcentaje de Centros de Salud autoevaluados conforme Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo, dictado por el Minsal.	Numerador: N° de centros de salud autoevaluados conforme instrumento definido Denominador: N° total de Centros de Salud ⁴	100% de los centros de salud con autoevaluación vigente	"Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria" aplicado al centro de salud	Este indicador se solicita anualmente, por lo tanto, en el caso que se aplique este indicador, el peso relativo sería el siguiente: 20%	Cuando no aplique este indicador	Este indicador se solicita anualmente por lo tanto, en el caso que se aplique este indicador, el peso relativo sería el siguiente: 20%	Cuando no aplique este indicador
	Comunas con resolución dictada en abril del año en curso		Comuna con convenio firmado	Plataforma de convenios.	15%	25%	15%	30%
Componente 2 Implementar, plan de mejora, sobre las bases y principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud.	Mejoras implementadas en los establecimientos de atención primaria, conforme a cronograma.	Numerador: N° de actividades del cronograma plan de mejora realizadas. Denominador: N° actividades comprometidas, según cronograma en plan de mejoras	100% de cumplimiento de actividades comprometidas según cronograma de plan de mejora	Plataforma de Modelo de Atención integral de salud familiar y comunitaria (MAIS)	25%	35%	65%	70%
Componente 3. Implementar, el Cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo, en los establecimientos de atención primaria de salud en coordinación con los otros niveles de atención.	Agendamiento según nivel de estratificación	Numerador N° de establecimientos con agendamiento según nivel de estratificación Denominador N° total de establecimientos comprometidos	100% de los establecimientos comprometidos con agendamiento según nivel de estratificación	Plataforma de Modelo de Atención integral de salud familiar y comunitaria (MAIS)	20%	20%	Cuando no aplique este indicador	Cuando no aplique este indicador
	Ingresos a Cuidado Integral centrado en las personas con riesgo moderado o alto que cuentan con plan de cuidado integral consensuado	Numerador N° de ingresos a Cuidado Integral centrado en las personas con riesgo moderado y/o alto que cuentan con plan de cuidado integral consensuado Denominador N° total de ingresos a Cuidado Integral centrado en las personas con riesgo moderado y/o alto	100% de los ingresos con plan de cuidado integral	REM A05	20%	20%	Cuando no aplique este indicador	Cuando no aplique este indicador

⁴ Se debe comprometer en el denominador la autoevaluación de la totalidad de los establecimientos (Hospitales comunitarios, CESFAM, CECOSF y Postas de salud rural)

10.2. INDICADORES PARA MONITOREO Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA. NO ASOCIADOS A RELIQUIDACIÓN

Los siguientes indicadores se recomiendan para la evaluación y seguimiento del programa respecto de los resultados alcanzados por el programa en términos de cobertura e impacto en el desarrollo e implementación del Modelo en los establecimientos, como parte de la evaluación realizada por los Servicios de Salud. No representan indicadores asociados a reliquidación del Programa.

Componente	Indicador	Fórmula	Meta	Medio verificación
Componente 1 Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario	Porcentaje de Centros de Salud evaluados conforme Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo, dictado por el Minsal.	<p>Numerador: Nº de centros de salud sin vigencia Evaluados conforme instrumento definido</p> <p>Denominador*: Nº total de Centros sin vigencia</p> <p>*para el denominador el total de establecimientos sin vigencia en el año en curso se fijará al último día hábil de enero y se informará desde el Servicio de Salud en el corte de abril para su posterior evaluación en el mes de diciembre del año en curso.</p>	100% de los centros de salud sin vigencia evaluados	Plataforma de Modelo de Atención integral de salud familiar y comunitaria (MAIS)

11. FINANCIAMIENTO

Establecimientos de dependencia del Servicio de Salud:

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

Los recursos involucrados en el programa serán transferidos en forma duodecimal desde la total tramitación de la resolución que asigna los recursos.

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", glosa 02 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de enero a diciembre de cada año de acuerdo con el marco presupuestario asignado.

Se deja constancia que la glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público antes citada, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la ley N°19.378, la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal conforme 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.

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 establecimientos).

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.

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 70% a la total tramitación del acto aprobatorio y el 30% restante en octubre, de acuerdo con los resultados de la evaluación señalada en el Apartado 10 de este Programa.

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

La reliquidación se hará efectiva en el mes de octubre, si es que el cumplimiento del indicador de la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de Salud es inferior al 60%. En tal caso, se aplicará un descuento proporcional al porcentaje de incumplimiento.

Se deja establecido, que estas transferencias se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República.

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

2. DÉJESE SIN EFECTO a la resolución exenta N° 02 de 04 de enero de 2021, del Ministerio de Salud, a partir de la entrada en vigencia de la presente resolución.

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

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



XIMENA AGUILERA SANHUEZA
MINISTRA DE SALUD

DISTRIBUCIÓN:

- Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Servicios de Salud del país.
- División de Atención Primaria.
- División de Presupuesto de Redes Asistenciales.
- División Jurídica.
- Oficina de Partes.

