

1. Disminución de la atención de las UEH de hospitales (a excepción de 2016) en la suma de los tres niveles de complejidad (alta, mediana y baja).
2. Aumento del número de consultas médicas dadas por especialista.
3. Aumento constante de las consultas médicas de atención en SAPU.
4. Mantenimiento del número de consultas electivas por médicos en centros de salud APS.

Esto denota un traslado de la atención en la APS, desde la atención en centros de salud, a la atención en los dispositivos de Urgencia, especialmente SAPU, los que muestran una tendencia también sostenida al alza en el período.

Como una estrategia de trabajo en las urgencias del país, se ha introducido la priorización de las atenciones a los consultantes, en las UEH, los que van desde C1, que son los pacientes de mayor gravedad y de requerimiento de atención médica inmediata, a C5, que son los pacientes que no requieren atención de urgencia. Los pacientes enviados desde los SAPU se categorizan como C3.

Tabla N° 2: Categorización de pacientes en las Unidades de Urgencia Hospitalaria (UEH) de la red pública de salud, Chile 2011-2018.

Categorías	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Totales	%	Pertinencia
C1	1.564	23.596	20.586	23.096	22.196	25.882	25.615	29.599	172.034	0,32	4,8
C2	1.658	306.721	295.327	280.556	282.957	303.884	332.740	615.865	2.419.708	4,50	
C3	361.860	1.877.229	1.978.473	1.981.429	2.172.952	2.255.945	2.314.859	2.318.196	15.260.943	28,38	88,8
C4	1.714.005	2.007.827	2.233.415	2.234.397	2.899.898	3.021.450	3.171.657	3.834.580	21.117.229	39,27	
C5	1.809.560	462.980	598.865	626.295	1.364.652	1.540.223	1.909.956	3.058.161	11.370.692	21,15	
Sin Categorización	1.373.593	746.086	304.974	163.217	165.466	199.026	193.338	286.726	3.432.426	6,38	
TOTAL	5.262.240	5.424.439	5.431.640	5.308.990	6.908.121	7.346.410	7.948.065	10.143.127	53.773.032		

Fuente: Departamento Control y Gestión, DIVAP, en base a resultados DEIS sobre registros de categorización de pacientes en UEH de Alta Resolutividad, noviembre 2019, MINSAL.

Como se observa el 88,8% de los casos priorizados corresponde a pacientes categorizados como C3, C4, C5, cuyas patologías debieron resolverse preferentemente en el nivel primario, ya sea en los centros de salud o SAPU comunales y no en una UEH en Hospitales de Alta Complejidad.

En tanto que C1 y C2 que son los usuarios naturales para las UEH conforman sólo un 4,4% de los casos categorizados.

No obstante lo anterior, cabe advertir que muchos de los casos categorizados como C3 requieren realizarse exámenes, radiografías, tratamientos especializados, por lo cual su concurrencia de las UEH es necesaria, para resolver sus necesidades.

En consecuencia y dadas las condiciones ya descritas de las redes de urgencia, tanto en SAPU como en UEH, se ha estimado necesario aumentar resolutividad en los dispositivos de urgencia comunales SAPU, actualmente existentes, extendiendo su horario a toda la noche y también aumentando la complejidad de las prestaciones que otorga, incluyendo para ello métodos diagnósticos (exámenes) adecuados a las necesidades de sus consultantes. Esto plantea desafíos para las Redes de Salud que deben ser abordadas de manera sistémica, interviniendo en al menos los siguientes ámbitos:

1. Diagnóstico de causas que explican disminución de la tasa de atención por médico en consultas electivas APS y plan de intervención para dar cuenta de dichas causas.
2. Diagnóstico respecto de la brecha existente en la atención de especialidades médicas y su impacto en el incremento constante de las atenciones en UEH, y plan de intervención.
3. Estudio e implementación de UEH de modalidad cerrada, a la que se accediere sólo por derivación.

4. Aumentar resolutiveidad de dispositivos de emergencia comunal existentes, de manera de dar cuenta de la demanda de los pacientes de su población a cargo que requieren atención y que son categorizados como C3-C4-C5.

Este Programa de Salud SAR, pretende dar cuenta del ámbito 4 de intervención descrito. Propone para ello la implementación de un dispositivo de atención denominado Servicio de Atención de Urgencia de Alta Resolución (SAR).

3. PROPÓSITO.

El propósito del Programa de Salud es aumentar la resolutiveidad en la atención de urgencia en dispositivos comunales denominados SAR, facilitando el acceso a servicios de urgencia cercanos, de manera oportuna y de calidad, asegurando la continuidad de la atención evitando que la población concurra a una Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) al tratarse de una patología de baja complejidad al propender a una coordinación adecuada para la derivación del usuario al CESFAM de referencia.

4. DESCRIPCIÓN.

Los SAR son dispositivos de urgencia de alta resolutiveidad, que pueden funcionar 24 horas en aquellos casos que su infraestructura y recursos lo permitan o un tiempo menor pero siempre debe permanecer en funcionamiento en horario inhábil; que otorgan atención, preferentemente, médica y procedimientos relacionados con las categorías C3 - C4 - C5, con equipos de rayos osteopulmonar, kit laboratorio básico y acceso a telemedicina.

Se diferencia del SAPU al tener mayor capacidad resolutive y ser un centro de referencia de la Red de atención comunal. Lo que no significa que la atención es sólo a la población de dicha comuna y/o área.

Estos dispositivos son parte integrante de al menos dos subredes:

- a) Red de atención primaria comunal y
- b) Red de urgencia local (de cada Servicio de Salud) y que coordina los distintos niveles de atención.

El SAR se considera un dispositivo en el que concurren y se expresan las características y/o principios y valores propios de cada subred. Lo que se traduce en que el SAR se constituye en un nodo que integra dos subredes, dando cuenta así del Modelo de Gestión de Redes Sanitarias y de Salud, al incorporar la perspectiva comunitaria que se integra al Modelo Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario como un dispositivo, que por un lado permite aumentar la resolutiveidad del primer nivel de atención, y por otro lado permite una atención más pertinente y de mejor calidad.

Incorpora, para ello, en su gestión, los principios y/o valores ya enunciados, que el Modelo busca plasmar en la atención de salud.

5. OBJETIVO GENERAL.

Entregar atención médica de urgencia con mayor resolutiveidad y oportunidad tanto en horario inhábil, complementarios al CESFAM en los casos que su infraestructura se encuentre ocupada por el funcionamiento de éste, como en horario hábil si dispone del espacio físico y recursos para ello, pudiendo extender hasta completar SAR 24 horas; evitando que la población concurra a la UEH si se trata de una patología de baja complejidad que puede ser resuelta en este nivel de atención.

6. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- a. N° 1: Habilitar dispositivos, según normativa vigente, para la Autorización Sanitaria (solo SAR nuevos).

- b. N° 2: Implementar modelo de atención definido para el SAR, según orientación técnica vigente del Programa de Salud (cronograma, plan de trabajo y recursos asignados).
- c. N° 3: Optimizar el funcionamiento de las Redes de Urgencia Locales evitando que los usuarios pertenecientes a la población usuaria de APS concurren innecesariamente a las UEH.
- d. N° 4: Optimizar el funcionamiento de la Redes de Urgencia Comunales, actuando como Inter consultor de los establecimientos de salud comunal; por su mayor capacidad resolutive, su mejor calidad de tecnología y medios diagnósticos y de tratamientos.
- e. N° 5: Establecer modelo de gestión que conduzca a evaluar patologías crónicas sin tratamiento de inicio en centro de salud APS correspondiente, atendido en SAR y derivado con medio de recepción verificable (Compromiso de Gestión Red de Urgencia APS).

7. COMPONENTES.

A. COMPONENTE 1: HABILITACIÓN SAR (SÓLO SAR NUEVOS).

Estrategias:

1. Constituir equipo comunal que gestione documentación necesaria para presentación de carpeta de antecedentes para conseguir Autorización Sanitaria a la SEREMI Salud correspondiente, manteniendo retroalimentación con el respectivo Servicio de Salud.

B. COMPONENTE 2: IMPLEMENTAR MODELO DE ATENCIÓN SAR.

Estrategias:

1. Constitución equipo gestor comunal con la asesoría del Servicio de Salud tanto de APS como Red de Urgencia.
2. Elaboración plan de trabajo para instalar modelo y gestionar el cambio (establecer cronograma de implementación).
3. Aplicar pauta de Evaluación, emitida desde el MINSAL, en conjunto con el respectivo Servicio de Salud.

C. COMPONENTES 3: OPTIMIZACIÓN DE LA RED LOCAL Y COMUNAL DE URGENCIAS.

Estrategias:

1. Diagnóstico realizado por equipo comunal y del Servicio de Salud, sobre causas que inciden en la sobredemanda de urgencias tanto a nivel de la Red Comunal, (CESFAM y SAPU) como a nivel de la Red de Urgencia local del Servicio de Salud (consultantes cuya patología debiera haber sido resuelta en la comuna y que consulta en la UEH).
2. Plan de trabajo para intervenir causas susceptibles de ser abordadas desde el nivel comunal.

8. PRODUCTOS ESPERADOS.

- 1) *Componente 1: Habilitación de SAR (sólo SAR nuevos).*

Productos:

- 100% de SAR proyectados para el período tienen Autorización Sanitaria o esta fue ingresada a respectiva SEREMI Salud. (solo SAR nuevos)

2) *Componente 2: Implementar modelo de atención SAR.*

Productos:

- 100% de SAR proyectados para el período cumplen el modelo de atención y de asignación de recursos (insumos, prestaciones, recurso humano), participando de la Red de Urgencia local del Servicio de Salud correspondiente, en términos de gestión.

3) *Componente 3: Optimización de las redes locales y comunales de urgencia.*

Productos:

- Establecimiento de indicadores de información de consultantes en SAR que son contrarreferidos a sus CESFAM de origen¹ (SAR nuevos, en paralelo al compromiso de gestión de la Red de Urgencia APS).
- Registro de interconsultas y solicitudes de exámenes provenientes de SAPU y CESFAM comunales recibidas en el SAR.
- Disminución consultas de usuarios C3, C4 y C5 pertenecientes a la población a cargo de la comuna en UEH correspondiente, una vez en funciones los SAR previstos.

El Programa de Salud SAR considera todos los insumos necesarios para realizar las actividades, no obstante, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la mantención de equipos utilizados en dicha estrategia y reposición de equipos y/o equipamiento menor, que vaya en directa relación con la atención de los usuarios asegurando siempre el cumplimiento de las metas programadas y la continuidad de la atención. A su vez, es MINSAL quien deberá aprobar el uso de dichos recursos.

9. MONITOREO Y EVALUACIÓN.

En el proceso de monitoreo y evaluación se orientan en una primera fase a la instalación y funcionamiento de los dispositivos, así como a la medición y diagnóstico respecto del impacto que el dispositivo tiene en la consulta tanto en la Red comunal como en la disminución de usuarios pertenecientes a la población a cargo de la comuna que consultan en la o las UEH correspondientes (lo que no significa que la atención es sólo a la población de dicha comuna y/o área).

9.1 Evaluación y Monitoreo:

Se realizarán dos evaluaciones durante la ejecución del Programa de Salud, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación:

- **La primera evaluación**, se efectuará con corte al día 30 junio del año en curso mediante envío de informe a encargado Programa de Salud nivel central al día 05 del mes de julio del año en curso. En esta evaluación se requerirá el envío de un informe detallando las comunas en convenio con nombre del SAR, código DEIS, horas profesionales y técnicas contratadas, compras de servicio adjudicadas de ser pertinentes, según formato Anexo N° 1. Este informe consolidado deberá ser generado desde el Servicio de Salud hacia el nivel central, en base a lo recogido en supervisión en terreno.

¹ Se refiere a contra referir a usuarios: poli consultantes, con patologías crónicas descompensadas inasistentes a sus controles, usuarios que han abandonado sus controles, portadores de patologías crónicas no detectadas con anterioridad, casos de interés de salud pública, etc.

- La segunda evaluación y final, se efectuará con corte al 31 de diciembre del año en curso, mediante envío de informe a encargado Programa de Salud nivel central al día 10 del mes de enero del año siguiente.
- Adicionalmente, para el seguimiento se podrá requerir el envío de informes de avance mensuales al respectivo Servicio de Salud, por parte de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, del Ministerio de Salud, conforme instrucciones Ministeriales.

Tabla N.º 3: Indicadores y ponderación en Programa de Salud SAR.

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Peso final estrategia
1. Habilitación de SAR.	1. Porcentaje de SAR con Autorización Sanitaria vigente o ingresada para trámite. Meta anual 100% cumplimiento.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Numerador: N° SAR nuevos con Resolución de Autorización Sanitaria vigente en el período anual. ▪ Denominador: N° total de SAR nuevos programados para el período anual. 	20%
2. Implementar modelo de atención SAR.	2. Porcentaje de SAR evaluados por el equipo gestor con cumplimiento de pauta de evaluación (ámbito financiero y ámbito modelo) y con planes de mejora en caso de no cumplir 100% de ámbitos evaluados. Meta anual: 100% cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Numerador: N° SAR que funcionan según pauta de evaluación modelo orientación técnica vigente. ▪ Denominador: N° total de SAR habilitados. 	20%
3. Optimización de la Red local y comunal de urgencias.	3. Constitución de indicadores de información sobre consultantes de SAR que son contra referidos a sus centros de salud de origen. Meta anual: aumentar línea base 2019 o al menos mantener.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Numerador: N° consultantes SAR que son atendidos y enviados a seguimiento a sus centros de salud de origen ▪ Denominador: N° total de consultantes en SAR 	20%
	4. Registro de resolución de interconsultas y solicitudes de exámenes provenientes de SAPU y centros de salud comunales recibidas en SAR. Meta anual: establecer línea base.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Numerador: N° interconsultas y solicitudes de exámenes provenientes de SAPU y centros de salud comunales recibidas y resueltas en SAR. ▪ Denominador: N° total de interconsultas y exámenes recibidos en el SAR desde SAPU y centros de salud comunales. 	20%
	5. Porcentaje utilización camillas observación por 6 horas en SAR.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Numerador: N° usuarios que reciben observación por 6 horas. ▪ Denominador: N° total de consultas realizadas por el SAR 	20%

Se requiere que los Servicios de Salud realicen el seguimiento y monitoreo sistemático de la ejecución del presente Programa de Salud, 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 Programa de Salud no tiene reliquidación, 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 a MINSAL la no reliquidación y/o solicitud de redistribución de recursos dentro del mismo Programa de Salud, quién determinará en última instancia si procede o no a aceptar solicitudes de justificación de incumplimiento de metas e indicadores.

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.

Finalmente, el no cumplimiento de las actividades y metas anuales (o al corte de junio), podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente Programa de Salud.

9.2 Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Cada Servicio de Salud deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM, registros locales y/o plataformas Web indicadas por MINSAL por parte de los establecimientos.

10. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN.

Cumplimiento del Componente 1:

a. **Indicador N°1:** Porcentaje de SAR con Autorización Sanitaria vigente o ingresada para trámite.

- *Fórmula de cálculo:* $(\text{N}^\circ \text{ SAR con Autorización Sanitaria vigente o ingresada para trámite en el período anual} / \text{N}^\circ \text{ total de SAR nuevos programados en el período anual}) * 100$
- *Medio de verificación numerador:* Informe Servicio de Salud, que cuente con Certificado de Recepción de Obras Municipales Definitivo emitido por la respectiva Municipalidad (Certificado DOM) + Resolución de Autorización Sanitaria o Número de documento con ingreso de antecedentes a la respectiva SEREMI Salud.
- *Medio verificación denominador:* Informe emitido por División de Inversiones e Informe emitido por Departamento de Recursos Físicos del respectivo Servicio de Salud del estado de las obras de SAR.

Cumplimiento del Componente 2:

b. **Indicador N°2:** Porcentaje de SAR evaluados por el equipo gestor con cumplimiento de pauta de evaluación (ámbito financiero y ámbito modelo) y con planes de mejora en caso de no cumplir 100% de ámbitos evaluados.

- *Fórmula de cálculo:* $(\text{N}^\circ \text{ SAR que funcionan según pauta de evaluación modelo orientación técnica vigente} / \text{N}^\circ \text{ total de SAR habilitados}) * 100.$

- *Medio de verificación numerador:* Informe Servicio de Salud que cuente con horas profesionales y técnicas contratadas, compras de servicio adjudicadas de ser pertinentes, según formato Anexo N.º 1
- *Medio verificación denominador:* Informe emitido Servicio de Salud que contenga el código DEIS del dispositivo SAR.

Cumplimiento del Componente 3:

c. Indicador N°3: Constitución de indicadores de información sobre consultantes de SAR que son contra referidos a sus centros de salud de origen.

- *Fórmula de cálculo:* (Nº consultantes SAR que son atendidos y enviados a seguimiento a sus centros de salud de origen / Nº total de consultantes en SAR)
- *Medio de verificación numerador:* Informe Servicio de Salud.
- *Medio verificación denominador:* REM A08 sección A.2.

d. Indicador N°4: Registro de resolución de interconsultas y solicitudes de exámenes provenientes de SAPU y centros de salud comunales recibidas en SAR.

- *Fórmula de cálculo:* (Nº interconsultas y solicitudes de exámenes provenientes de SAPU y centros de salud comunales recibidas y resueltas en SAR / Nº total de interconsultas y exámenes recibidos en el SAR desde SAPU y centros de salud comunales)
- *Medio de verificación numerador:* Informe Servicio de Salud.
- *Medio verificación denominador:* REM A08 sección A.1

e. Indicador N°5: Porcentaje utilización camillas observación por 6 horas en SAR.

- *Fórmula de cálculo:* (Nº usuarios que reciben observación por 6 horas / Nº total de consultas realizadas por el SAR) *100.
- *Medio de verificación numerador:* Informe Servicio de Salud.
- *Medio verificación denominador:* REM A08 Sección E.

11. FINANCIAMIENTO.

Establecimientos de dependencia del Servicio de Salud:

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

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

Los recursos serán asignados en forma duodecimal o 12 cuotas, por los Servicios de Salud respectivos, conforme Resolución Aprobatoria.

El gasto que irroque el Programa deberá ser imputado al ítem 21, 22 y/o 29, según corresponda.

Establecimientos de dependencia municipal:

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

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

Los recursos asociados a este Programa de Salud 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).

Los recursos serán transferidos en forma; duodecimal o 12 cuotas, posterior a la total tramitación del acto aprobatorio, por los Servicios de Salud respectivos.

Este Programa de Salud no reliquida recursos asociado a incumplimiento de indicadores, dado que se debe mantener disponible la atención de urgencia, a todo evento, al margen del número de prestaciones realizadas. Sólo en caso de no apertura o cierre en horario inhábil estará sujeto a reliquidación del tiempo sin funcionar.

Estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio respectivo.

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

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 mismo año.

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

2. Este Programa de Salud se financiará con recursos contemplados en la ley de presupuestos del sector público del año respectivo.
3. La presente resolución entrará en vigencia el día 01 de enero de 2020.

4. **PÓNGASE TÉRMINO** a la resolución exenta N°20 de 09 enero de 2017, del Ministerio de Salud., a partir de la entrada en vigencia de la presente resolución.

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

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

 *Jaime Mañalich Muxi*
JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD

DISTRIBUCIÓN:

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



100

MINISTERIO DE SALUD
GABINETE DEL MINISTRO
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
DIVISIÓN JURÍDICA

A71 / ILH / JAA / ATC / ODR / FCO / PMA / JHG / PGG



**DISTRIBUYE RECURSOS AL PROGRAMA
SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE
URGENCIA DE ALTA RESOLUCIÓN
(SAR), AÑO 2020**

EXENTA N° 94 /

SANTIAGO, 21 FEB 2020

VISTO: Memorandum C73 N° 02, de 12 de febrero de 2020, del Jefe de División de Presupuesto; la resolución exenta N° 25 de 2020, del Ministerio de Salud, aprobatoria del Programa; la ley N° 21.192 que establece presupuesto del sector público para el año 2020; la ley N° 19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal; 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; el decreto supremo N° 136, de 2004, del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud; el decreto supremo N° 2.296, de 1995, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento General de la ley N° 19.378; el decreto supremo N° 55, de 2019, del Ministerio de Salud, que determina el aporte estatal a municipalidades que indica para sus entidades administradoras de salud municipal por el período que señala; la resolución N° 30, de 2015 y las resoluciones N° 7 y 8, ambas del 2019, de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

1. Que, el programa **Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR)**, aprobado por la resolución exenta N° 25 de 14 de enero de 2020, del Ministerio de Salud, tiene por objeto contribuir a mejorar la situación de salud de la población a quien va dirigido, promoviendo el rol activo de la comunidad en el cuidado de salud de las personas, basado en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitaria.

2. Que, el artículo 32 de la ley N° 21.192, de Presupuestos del Sector Público para el año 2020, establece que a contar de la fecha de su publicación pueden dictarse los decretos a que se refiere el artículo 3 del mismo texto legal, y los decretos y resoluciones que en virtud de esta ley sean necesarios para posibilitar la ejecución presupuestaria.

3. Que, en este contexto, resulta necesario distribuir a los Servicios de Salud los recursos asignados para el presente año, al referido Programa, para su entrega a los municipios y establecimientos de atención primaria dependientes de los Servicios de Salud.

4. Que, el monto total de recursos que se asignan están contemplados, para cada Servicio de Salud, en la ley N° 21.192, de Presupuestos del Sector Público, para el año 2020, partida 16, Capítulo 02, Programa 02, Glosas 01 y 02 y considera el incremento de la ley N° 21.196.

5. Esta distribución inicial no constituye en ningún caso, un aumento del presupuesto aprobado en la citada ley N° 21.192, para cada Servicio de Salud, ni aumento en la Glosa 02 de N° de cargos y N° de personas.

6. Que, en mérito de lo expuesto, dicto la siguiente:

RESOLUCION:

1. **DISTRIBÚYASE** los recursos al programa **Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR)** para el año 2020, para los Servicios de Salud del país, de la forma que a continuación se indica:

COD.	SERVICIO DE SALUD	SUBTITULO 21 (\$)	SUBTITULO 22 (\$)	SUBTITULO 24 (\$)	TOTAL \$
001	ARICA	-	10.169.280	731.765.916	741.935.196
002	IQUIQUE	-	11.016.720	792.746.409	803.763.129
003	ANTOFAGASTA	-	20.338.560	1.463.531.832	1.483.870.392
004	ATACAMA	-	847.440	60.980.493	61.827.933
005	COQUIMBO	-	40.677.120	2.927.063.664	2.967.740.784
006	VALPARAISO SAN ANTONIO	455.150.148	286.805.136	-	741.955.284
007	VINA DEL MAR QUILLOTA	-	10.169.280	731.765.916	741.935.196
008	ACONCAGUA	-	-	-	-
009	LIB. BDO. O'HIGGINS	455.150.148	335.956.656	3.536.868.594	4.327.975.398
010	DEL MAULE	-	101.692.800	7.317.659.160	7.419.351.960
011	NUBLE	457.586.508	294.432.096	548.824.437	1.300.843.041
012	CONCEPCION	457.099.236	330.024.576	3.110.005.143	3.897.128.955
013	TALCAHUANO	-	47.456.640	3.414.907.608	3.462.364.248
014	BIO BIO	-	30.507.840	2.195.297.748	2.225.805.588
015	ARAUCO	-	12.711.600	914.707.395	927.418.995
016	ARAUCANIA NORTE	-	20.338.560	1.463.531.832	1.483.870.392
017	ARAUCANIA SUR	914.198.472	612.592.512	2.805.102.678	4.331.893.662
018	VALDIVIA	456.612.992	296.974.416	731.765.916	1.485.353.324
019	OSORNO	-	5.932.080	426.863.451	432.795.531
020	DEL RELONCAVI	-	20.338.560	1.463.531.832	1.483.870.392
021	AYSEN	-	-	-	-
022	MAGALLANES	-	7.626.960	548.824.437	556.451.397
023	METROPOLITANO ORIENTE	-	17.796.240	1.280.590.353	1.298.386.593
024	METROPOLITANO CENTRAL	455.150.148	286.805.136	-	741.955.284
025	METROPOLITANO SUR	-	47.456.640	3.414.907.608	3.462.364.248
026	METROPOLITANO NORTE	-	40.677.120	2.927.063.664	2.967.740.784
027	METROPOLITANO OCCIDENTE	-	58.473.360	4.069.208.627	4.127.681.987
028	METROPOLITANO SUR ORIENTE	-	22.033.440	1.585.492.818	1.607.526.258
042	CHILE	-	14.406.480	1.036.668.381	1.051.074.861
TOTAL \$		3.650.947.652	2.984.257.248	49.499.675.912	56.134.880.812

2. El gasto total indicado en el número 1 de la presente resolución, que asciende a \$ 56.134.880.812, que se desglosa en \$ 3.650.947.652; \$ 2.984.257.248; \$ 49.499.675.912, deberá imputarse a los subtítulos 21, 22 y 24 respectivamente, del presupuesto vigente de los Servicios de Salud.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



Paula Daza
PAULA DAZA NARBONA
MINISTRA DE SALUD (S)

DISTRIBUCIÓN:

- Jefe de Gabinete del Ministro de Salud.
- Jefe de Gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Servicios de Salud del país.
- División Jurídica.
- Oficina de Partes.

Copia digital a:

- División de Atención Primaria.
- División de Presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.