



NAA / PJM / ACT / ctz.

ORIGINAL
DIRECCIÓN S. SALUD COQUIMBO

RESOLUCIÓN EXENTA N° 987,

LA SERENA, 15 MAR. 2021

Int. N° 27

VISTOS:

El D.F.L. N°1/05 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.S. N°2.753 de 1979, D.S. N°140 de 2004 sobre Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, la Resolución N°7/2019 y N° 16/2020 ambas de la Contraloría General de la República, Resolución Exenta N° 88 de fecha 02 de febrero de 2021 del Ministerio de Salud y Decreto Exento N 01 de fecha 08 de enero de 2021 del Ministerio de Salud, en relación con la Resolución Exenta RA 428/8/2020 del Servicio de Salud Coquimbo; y

CONSIDERANDO:

El MINSAL ha definido como meta relevante a la Atención Primaria, procurando con ello garantizar el derecho a la salud, con un acceso equitativo a las prestaciones de prevención y a la atención o tratamiento según necesidad. En este marco, se constituye una prioridad fortalecer las condiciones para mejorar la gestión y las acciones de accesibilidad en las prestaciones, avanzando hacia una atención de mayor resolutivez, para lo cual el Ministerio ha decidido impulsar el Programa de Apoyo a la Gestión en el Nivel Primario de Salud en establecimientos dependientes de los Servicios de Salud; dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1°. - **APRUEBASE** el protocolo de fecha 03.03.2021 suscrito entre el **HOSPITAL DE SALAMANCA** representada por su Director **D. GENARO PARRA ARANEDA** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Director (S) **D. EDGARDO GONZALEZ MIRANDA** relativo al Programa Apoyo a la Gestión en el Nivel Primario, según se detalla en el presente instrumento.

PROTOCOLO DE ACUERDO
PROGRAMA DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL NIVEL PRIMARIO DE SALUD EN ESTABLECIMIENTOS DEPENDIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD (Hospital Salamanca)

En La Serena a.....03.03.2021..... entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Avenida Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director(s) **MARIO EDGARDO GONZALEZ MIRANDA**, del mismo domicilio, personería según el decreto Exento N°1, de 2021, del ministerio de salud, en relación con la Resolución Exenta RA 428/8/2020, del servicio de Salud Coquimbo, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y el **HOSPITAL DE SALAMANCA**, representado por su Director **D. GENARO PARRA ARANEDA**, ambos domiciliados en José Manuel Infante N° 891, Salamanca, en adelante el "Hospital" o el "Establecimiento", indistintamente, se ha acordado celebrar un Protocolo de Acuerdo, que consta de las siguientes cláusulas.

PRIMERA: El MINSAL ha definido como meta relevante a la Atención Primaria, procurando con ello garantizar el derecho a la salud, con un acceso equitativo a las prestaciones de prevención y a la atención o tratamiento según necesidad. En este marco, se constituye una prioridad fortalecer las condiciones para mejorar la gestión y las acciones de accesibilidad en las prestaciones, avanzando hacia una atención de mayor resolutivez, para lo cual el Ministerio ha decidido impulsar el Programa de Apoyo a la Gestión en el Nivel Primario de Salud en establecimientos dependientes de los Servicios de Salud.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 88 del 02 de febrero de 2021**, del Ministerio de Salud y que se entiende forma parte integrante del presente protocolo, el que el Hospital se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Los recursos para su ejecución, han sido asignados mediante **ORD. C73 N° 113 del 14 de enero de 2021**.

SEGUNDA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar al Hospital recursos destinados a financiar las siguientes estrategias del Programa de apoyo a la gestión en el nivel primario de salud:



***COMPONENTE N°1**

1. ESTRATEGIAS COMPONENTE N°1

1. Accesibilidad a la atención:

- a) Mantener la estrategia de atención hasta las 20 horas en los centros de salud primarios Urbanos, Rurales y adosados a Hospitales Comunitarios.
- b) Mantener la Estrategia de Extensión Horaria Médica e incrementar la estrategia de extensión odontológica del día sábado, en los Consultorios Generales Urbanos y Rurales con más de 10.000 personas inscritas y centros de salud primarios adosados a Hospitales Comunitarios.
- c) Mantener y/o incrementar la frecuencia de las Rondas Médicas en las Postas Rurales de Salud que por magnitud de población o por ser consideradas prioritarias, justifiquen una mayor presencia del equipo profesional.

2. Gestión de la Demanda:

- A) Mejorar la gestión del SOME en establecimientos de Atención Primaria dependientes, implementando estrategias de apertura temprana del establecimiento, perfeccionamiento de protocolos de priorización de la demanda, incorporación de técnicos paramédicos selectores de demanda, mantención de un registro mensual de resultados de la gestión de las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS).
- B) Mantener un sistema de dación de horas por teléfono y utilizar agenda de citación diferida y escalonada, tanto para la citación presencial, como telefónica a través de la línea 800.
- C) Apoyar el mejoramiento de la gestión administrativa de los establecimientos de Atención Primaria dependientes.

***COMPONENTE N°2**

COMPONENTE SALUD CARDIOVASCULAR N° 2:

El componente de salud Cardiovascular, procura por medio de la Mejoría de la atención, un mayor acceso y oportunidad en la detección de problemas de salud en personas que presenten hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 y dislipidemia, al mismo tiempo recoge la necesidad de establecer estrategias que permitan diagnosticar, aplicar tratamientos, compensar y rehabilitar a quien estén dañados en su salud.

Se propone intervenir en la población bajo control mejorando o compensando factores de riesgo cardiovascular asociados a hipertensión arterial, diabetes y dislipidemias, contribuyendo a modificar condicionantes como obesidad, obesidad abdominal, sedentarismo, colesterol y triglicéridos, con la finalidad de reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares mediante la prevención y tratamiento oportuno de beneficiarios legales portadores de factores de riesgo cardiovascular o con enfermedades cardiovasculares que se controlan en atención primaria.

1 ESTRATEGIAS COMPONENTE N°2

1.1. Aumentar cobertura de Examen de Medicina Preventiva en población con factores de Riesgo.

- a) Aumentar la Cobertura del EMP en la población Femenina entre 45 a 64 años, beneficiaria de los Establecimientos de atención Primaria a objeto de permitir el diagnóstico oportuno de aquellas personas con factores de riesgo en la etapa asintomática de las ECNTs.
- b) Aumentar la Cobertura del EMP en la población Masculina entre 20 a 64 años, beneficiaria de los Establecimientos de atención Primaria a objeto de permitir el diagnóstico oportuno de aquellas personas con factores de riesgo en la etapa asintomática de las ECNTs.
- c) Aumentar la cobertura de EMPAM en la población masculina y femenina mayor o igual a 64 años Establecimientos de atención Primaria a objeto de permitir el diagnóstico oportuno de aquellas personas con factores de riesgo en la etapa asintomática de las ECNTs.

1.2. Cobertura y compensación de pacientes con Hipertensión Arterial (HTA)

- a) Evaluar a las personas con Riesgo Cardiovascular mediante exámenes de laboratorio recomendados por las guías clínicas y protocolos elaborados por el Ministerio de Salud, considerando diagnósticos y abordaje de aspectos psicosociales asociados a las ECNTs.
- b) Promover el autoaprendizaje de los equipos de salud responsables de las ECNTs para planificar, implementar y evaluar el enfoque integrado, así como el manejo de los usuarios con Riesgo Cardiovascular de acuerdo a Orientaciones y Normas Técnicas apoyado con VDI y consejería familiar para la modificación de hábitos en la familia.
- c) Aumentar la proporción de pacientes compensados que se controlan por riesgo Cardiovascular a través del tratamiento farmacológico adecuado a personas con riesgo cardiovascular, cuando corresponda según protocolo, con el diseño de Flujogramas de Ingreso a Control, seguimiento, y rescate de inasistentes.
- d) Reducir la Incidencia de complicaciones en personas que se encuentran bajo control en los programas de atención primaria por enfermedades cardiovasculares.

1.3. Cobertura y compensación de pacientes con Diabetes Mellitus 2 (DMII):

- a) Evaluar a las personas con Riesgo de Diabetes Mellitus mediante exámenes de laboratorio recomendados por las guías clínicas y protocolos elaborados por el Ministerio de Salud, con apoyo de exámenes de laboratorio recomendados por las guías clínicas y protocolos elaborados por el Ministerio de Salud.
- b) Promover el autoaprendizaje de los equipos de salud responsables de las ECNTs para planificar, implementar y evaluar el enfoque integrado, así como el manejo de los usuarios con Riesgo de Diabetes de acuerdo a Orientaciones y Normas Técnicas apoyado con VDI y consejería familiar para la modificación de hábitos en la familia.
- c) Aumentar la proporción de pacientes compensados que se controlan por riesgo Cardiovascular a través del tratamiento farmacológico adecuado a personas con riesgo cardiovascular, cuando corresponda según protocolo, con el diseño de Flujogramas de Ingreso a Control, seguimiento, y rescate de inasistentes.
- d) Consolidar un sistema de vigilancia Integral de ECNTs que incluya mortalidad, prevalencia, incidencia y Nivel de exposición a los principales factores de Riesgo en todo el espectro del Ciclo de vida de la población con el diseño de Flujogramas de Ingreso a Control, seguimiento, y rescate de inasistentes.
- e) Disminuir la tasa de amputaciones por úlcera de pie Diabético en personas que se encuentran bajo control en Atención Primaria por Diabetes Mellitus incorporando tecnología apropiada y mejorando las conductas terapéuticas en el manejo avanzado de los pacientes diabéticos con úlceras en las extremidades inferiores.

***COMPONENTE N°3**

COMPONENTE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS PREVALENTES:

La necesidad de enfrentar la problemática por la demanda de patologías más prevalentes en la población, hace necesario apoyar con recursos destinados al diagnóstico y tratamiento oportuno y pertinente en el nivel primario de atención. Para lo anterior se contempla el financiamiento en el ámbito de laboratorio y fármaco destinados a estos fines.

1. ESTRATEGIAS COMPONENTE N°3:

1.1. Laboratorio Clínico:

- a) Contribuir a garantizar en la atención primaria de salud el diagnóstico clínico y el seguimiento en problemas de salud con garantías explícitas tales como: HTA, DMII, prevención de Insuficiencia Renal, Epilepsia No Refractaria e Hipotiroidismo.



- b) Otorgar cobertura y oportunidad a la realización de exámenes de laboratorio clínico básico como apoyo a la atención y diagnóstico clínico para los problemas de salud a los beneficiarios que acceden en este nivel de atención y además a aquellos que se realizan el EMP.

1.2. Adquisición de fármacos e insumos para patologías prevalentes:

- a) Asegurar la entrega de fármacos para las patologías GES, que corresponda de acuerdo a lo indicado en las normativas del MINSAL

TERCERA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar al Hospital de Salamanca, los fondos presupuestarios correspondientes a la suma total y única de **\$157.198.278-** (ciento cincuenta y siete millones ciento noventa y ocho mil doscientos setenta y ocho pesos), los que se desglosan en \$34.616.672.- por **subtítulo 21** y \$122.581.606- por **subtítulo 22**, con el fin de lograr el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior. De acuerdo al siguiente detalle:

Distribución Componente N° 1. Mejoramiento de la atención en el Nivel Primario de Salud – Programa Apoyo a la Gestión en el Nivel Primario de Salud – Hospital de Los Vilos– Año 2021

Mejoramiento	SUBT 21 - CARGOS LEY N° 18.834 Y 19.664				Subtítulo 22		Total Subt 22
	Línea 800 Subt 21	Ext Horaria (TENS Farmacia) Subt 21	Ext Horaria (THrs. Extras Profesional u otro TENS y/o Administrativo) Subt 21	Total Subt 21	Mejoramiento Extensión Horaria Subt 22	Conectividad Subt 22	
HOSPITAL SALAMANCA	\$7.400.000	\$3.500.000	\$3.906.500	\$14.806.500	\$63.033.864	\$1.590.724	\$ 64.624.588

Distribución Componente N° 2. Cardiovascular– Programa Apoyo a la Gestión en el Nivel Primario de Salud – Hospital de SALAMANCA– Año 2021

SUBT 21 - CARGOS LEY N° 18.834 Y 19.664

HOSPITAL SALAMANCA	Administrativo PSCV	TENS PSCV 44 horas	TOTAL
	\$ 5.265.312	\$ 5.461.860	\$ 10.727.172

Distribución Componente N° 2. Cardiovascular– Subtítulo 22

N°	NOMBRE	ACTIVIDAD	ESPECIFICACIÓN	MONTO TOTAL SUBTITULO 22(\$)
		Fondos de ojo (1x año x paciente diabético bajo control dic.2018)	Pacientes Diabéticos Ingresos y Bajo Control	2.500.000
SUB TOTAL :				2.500.000
		Equipamientos e Insumos correspondientes a un valor menor a 3 UTM	(Equipos de P/A adulto y Pediátricos, Microfilamentos, etc.)	3.500.000
		Insumos Pie Diabético NO Infectado e Infectado	Apósito Primario (Bacteriostáticos)	10.000.000
			Apósito Primario (Absorbentes)	
			Apósito Primario (Hidratantes)	
			Apósito Primario (Regenerativos)	
			Otros Insumos	
SUB TOTAL :				15.500.000
3	Compra de Servicios Clínicos	Kinesiólogo o Profesor de Educación Física	Kinesiólogo o Profesor de Ed. Física (Programa de Actividad Física PSCV, pacientes prediabéticos, pre hipertensos y mal nutrición por exceso)	7.000.000
		Atención Podológica	Atención Podológica (Al menos 1 x año x paciente diabético bajo control diciembre 2018)	3.200.000
		Horas para Nutricionista	Horas para apoyo de Nutricionista para controles del Programa, aplicación de EMP y actividades de Promoción del Programa.	12.000.000
		Horas profesionales de Enfermera	Horas profesionales de Enfermera para realización de EMP, actividades de Promoción y pesquisa EMP y cumplimiento de Metas a través de controles Cardiovasculares y Evaluación del Pie en personas con diabetes.	12.000.000
		Horas para apoyo de TENS	Horas para apoyo de TENS en actividades de Promoción y pesquisa EMP, Orden de tarjetero, citación a Inasistentes, visitas de rescate	3.000.000
SUB TOTAL				37.200.000
HOSPITAL SALAMANCA TOTAL SUBTITULO 22:				55.200.000

Distribución Componente N° 3. Laboratorio Complementario GES – Programa apoyo a la Gestión en el Nivel Primario de salud- Hospital de Salamanca – Año 2021

HOSPITAL SALAMANCA	Subt 21 - cargos ley N° 18.834 y 19.664	Subtítulo 22
	Laboratorio	financiar Examen Hemoglobina glicosilada
	\$ 9.083.000	\$ 2.757.018



CUARTA: El Hospital se compromete a utilizar los recursos entregados para implementar las estrategias mencionadas en la cláusula segunda con la finalidad mejorar la accesibilidad a la atención profesional del equipo de salud, médico y odontólogo entre otros, fortalecer las condiciones de trato digno a las personas; ofrecer mayor oportunidad en las prestaciones, avanzando hacia una atención de mayor resolutivez y accesibilidad.

QUINTA: Los recursos deberán ajustarse al presupuesto asignado en cláusula tercera de este protocolo de acuerdo, de la siguiente forma:

- a) Los recursos serán asignados por el Servicio de Salud 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 de Estado mediante la interoperación con el Sistema de Compras Públicas y el pago se realizará centralizadamente desde la Tesorería General de la República (TGR) vía transferencia a las cuentas corrientes de los proveedores del Estado.
La ejecución del gasto del 30% restante del total de recursos, se realizará a contar del mes de Octubre del año 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 y según se indica en la cláusula séptima.
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, sea el establecimiento quien deba realizar dicho pago, deberán emitir un informe adjuntando todos los respaldos necesarios para la solicitud de recursos al Ministerio a través del Subdepartamento de Gestión Financiera del Servicio de Salud Coquimbo.
- b) En la situación del Subtítulo 21, la primera cuota correspondiente al 70% se transferirá a la total tramitación de la Resolución que asigna los recursos y la segunda cuota correspondiente al 30% restante del total de recursos se transferirá a contar del mes de Octubre del año en curso.

SEXTA: Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa:

COMPONENTE 1: MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN EL NIVEL PRIMARIO DE SALUD

ESTRATEGIA	PRODUCTO ESPERADO	ENUNCIADO INDICADOR	FÓRMULA INDICADOR	MEDIO VERIFICACIÓN	PESO RELATIVO INDICADORES	PESO RELATIVO COMPONENTE
ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN	100% Establecimientos funcionando desde 08.00 horas hasta 20.00 horas de lunes a viernes y sábados desde 09.00 horas hasta las 13.00 horas.	% de establecimiento funcionando desde 08.00 horas hasta 20.00 horas de lunes a viernes y sábados de 09.00 horas a 13.00 horas.	$(N^{\circ} \text{ de establecimientos funcionando desde } 08.00 \text{ horas a } 20.00 \text{ horas de lunes a viernes y sábados de } 09 \text{ a } 13 \text{ horas} / N^{\circ} \text{ total de establecimientos visitados}) * 100$	Pauta de visita a establecimientos dependientes (a ser informado por MINSAL)	50%	20%
	98% de las rondas médicas de Salud Rural realizadas.	Porcentajes de cumplimiento de programación de Rondas Médicas en las Postas Salud Rural	$(N^{\circ} \text{ de Rondas Médicas realizadas} / N^{\circ} \text{ de Rondas Médicas programadas}) * 100$	Pauta de visita a establecimientos dependientes (a ser informado por MINSAL)	50%	
GESTIÓN DE LA DEMANDA	Cuenta con sistema de selección de demanda en funcionamiento para dación de horas en forma presencial.	Horas asignadas a Técnico Paramédico / TENS o profesional para selección de demanda.	Existencia de horas asignadas a Técnico Paramédico / TENS o profesional para selección de demanda.	Pauta de visita a establecimientos dependientes (a ser informado por MINSAL)	20%	20%
	Cuenta con sistema de priorización de grupos vulnerables en dación de horas telefónicas (u otra modalidad a distancia)	Porcentajes de cupos destinados a menores de 5 años y mayores de 65 años en sistema de dación de horas a distancia.	$N^{\circ} \text{ de Horas de consulta Médica de morbilidad otorgada a personas menores de } 5 \text{ años y mayores de } 65 \text{ años modalidad telefónica (o a distancia)} / N^{\circ} \text{ Total de Horas de consulta Médica de morbilidad otorgada por modalidad telefónica (o a distancia) programadas}) * 100$	Pauta de visita a establecimientos dependientes (a ser informado por MINSAL)	20%	
	El 20% de las horas Médicas son dadas por el sistema de dación de horas por teléfono en funcionamiento en establecimientos dependientes del Servicio de Salud.	Al menos 20% de dación de horas es realizada por teléfono.	$(N^{\circ} \text{ de horas de consulta Médica de morbilidad otorgadas telefónicamente} / N^{\circ} \text{ total de horas de consulta Médica de morbilidad otorgadas}) * 100$	Pauta de visita a establecimientos dependientes (a ser informado por MINSAL)	20%	
	Cuenta con agenda escalonada en los establecimientos que efectúen Atención Primaria.	Establecimiento dependiente de Servicio con gestión de agenda escalonada.	Existencia de agenda escalonada.		20%	
Cuenta con sistema de agenda diferida para los establecimientos dependientes del Servicio de Salud.	Establecimiento con agenda de citación diferida.	Existencia de agenda creada y habilitada con 3 o más meses de anticipación para control de salud.	Pauta de visita a establecimientos dependientes (a ser informado por MINSAL)	20%		



COMPONENTE 2: APOYO AL PROGRAMA CARDIOVASCULAR

ESTRATEGIA	PRODUCTO ESPERADO	ENUNCIADO INDICADOR	FÓRMULA INDICADOR	MEDIO VERIFICACIÓN	PESO RELATIVO INDICADOR	PESO RELATIVO COMPONENTE
AUMENTAR COBERTURA DE EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA EN POBLACIÓN CON FACTORES DE RIESGO	25 % de la población masculina entre 20-64 años con EMPA realizado.	Cobertura de examen de medicina preventivo en hombres de 20 a 64 años.	(N° de examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado a población masculina de 20 a 64 años, menos población bajo control en PSV) *100	REM A02/ Población beneficiaria - (PBC)	30%	20%
	25 % de la población masculina entre 45-64 años con EMPA realizado.	Cobertura de examen de medicina preventivo en hombres de 45 a 64 años.	(N° de examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado a población masculina de 45 a 64 años, menos población bajo control en PSV) *100	REM A02/ Población beneficiaria - (PBC)	30%	
	55% de la población entre 65 y más años con EMPA realizado.	Cobertura de examen de medicina preventivo en población de 65 y más años.	(N° de adultos de 65 y más años con EMPA realizado / Población inscrita de 65 y más años) *100	REM A02/ Población beneficiaria	40%	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS	43% de cobertura efectiva HTA en personas de 15 y más años.	Cobertura efectiva de HTA en personas de 15 y más años.	(N° de personas hipertensas de 15 a 79 años con PA < 140/90 mm Hg + N° de personas hipertensas de 80 y más con PA < 150/90 mm Hg según último control vigente / Total de personas de 15 años y más, hipertensas esperadas según prevalencia) *100	REM P04/ población beneficiaria según prevalencia	25%	30%
	28% de cobertura efectiva de personas con HbA1c < 7	Cobertura efectiva de DM2 en personas de 15 y más años.	(N° de personas con Diabetes Mellitus2 de 15 a 79 años con Hb A1c bajo 7% + N° de personas con Diabestes Mellitus 2 de 80 y más con Hb A1c bajo 8% según último control vigente / Total de personas con DM2 de 15 y más años esperados según prevalencia) *100	REM P04/ población beneficiaria según prevalencia	25%	
	Alcanzar al menos el 90% de evaluación anual del pie en pacientes con DM2.	Evaluación anual del pie en personas con DM2 bajo control de 15 y más años.	(N° de personas de 15 y más años con DM2 bajo control clasificados según riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / N° total de personas con diabetes de 15 y más años bajo control) *100 *Se considera vigente: los últimos 12 meses	REM P04, sección C / REM P04, sección A	25%	
	100% de las personas con DM2 bajo control con úlceras activas que lo requieran reciben manejo avanzado de heridas.	Tratamiento úlceras activas del pie en personas con DM2 bajo control.	(N° de personas con DM2 bajo control con úlceras activas tratadas con manejo avanzado realizadas en APS / N° total personas con DM2 bajo control con curación de pie realizadas en APS)	REM P04 sección C	25%	

COMPONENTE 3: APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS PREVALENTES

ESTRATEGIA	PRODUCTO ESPERADO	ENUNCIADO INDICADOR	FÓRMULA INDICADOR	MEDIO VERIFICACIÓN	PESO RELATIVO INDICADORES	PESO RELATIVO COMPONENTES
LABORATORIO GES	100% de las personas con problemas de salud GES que lo requieran con exámenes de laboratorio realizados.	100% personas con problemas de salud GES con exámenes realizados.	Exámenes disponibles y realizados para población objetivo-descrita en el Programa de Salud.	Pauta de visita a establecimientos dependientes (a ser informado por MINSAL)	50%	5%
FÁRMACOS	Fármacos comprados por el programa para patologías GES.	100% cumplimiento de fármacos comprados por el programa para patologías GES.	(Recursos comprometidos con órdenes de compra de medicamentos / Recursos Asignados para compra de medicamentos) * 100	Pauta de visita a establecimientos dependientes (a ser informado por MINSAL)	50%	5%

SÉPTIMA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento Protocolo de acuerdo Programa de Apoyo a la Gestión en el nivel primario de salud en establecimientos dependientes de los servicios de salud de acuerdo al siguiente detalle:

- a) La primera evaluación se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso, de acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje de cumplimiento	Porcentaje de Descuento de recursos 2° cuota
60,00% o más	0%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	100%
0 %	Rescindir protocolo



En relación a esto último, los establecimientos que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellos establecimientos que no cumplan con las prestaciones programadas.

- b) La segunda evaluación del Programa se efectuará con corte al 31 de diciembre del año en curso, fecha en que este deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

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

Los recursos asociados a este programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos, metas y prestaciones a los Hospitales comunitarios, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación.

NOVENA: El establecimiento se obliga a enviar al Servicio, mensualmente, a partir de esta fecha, un informe de la ejecución de las actividades asociadas al presente protocolo, que deberá ser enviado dentro de los primeros cinco días hábiles del mes siguiente al informado. Este informe deberá incluir, al menos: estado de avance en la ejecución de actividades y la rendición financiera de la ejecución de los fondos traspasados que señale los medios verificadores utilizados y cualquier otro antecedente que sea requerido por el Servicio.

El Servicio podrá solicitar al Hospital, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente protocolo, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

DÉCIMA: El Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría. Conjuntamente a ello, cada Hospital deberá utilizar y registrar los gastos efectuados en conformidad a lo estipulado 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.

DÉCIMA PRIMERA: El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Protocolo se señala. Por ello, en el caso que el establecimiento se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, asumirá el mayor gasto resultante.

DÉCIMA SEGUNDA: El presente protocolo tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2021.

Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes que dada la naturaleza del programa y en virtud de la necesidad de otorgar continuidad en la atención y prestación de salud, sólo para fines de la contratación del recurso humano, se dio inicio al presente programa a partir del 1 enero del 2021, atendido lo señalado en los dictámenes N°16.037/08 y N° 11.189/08, ambos de la Contraloría General de la República y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley N° 19.880.

Las partes acuerdan que el presente contrato se prorrogará automáticamente, siempre que el Programa 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 protocolo comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del año mismo. Prorrogado el protocolo, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo periodo.

Por otro lado, y mediante protocolos complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir al Hospital, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación.

DÉCIMA TERCERA: Finalizado el período de vigencia del presente protocolo y en caso que la evaluación final de cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, el Servicio reliquidará los montos traspasados, debiendo en estos casos el establecimiento reintegrar los recursos que no hayan sido ejecutados oportunamente.

DÉCIMA CUARTA: El presente protocolo se firma en 1 ejemplar, quedando en poder del Servicio de Salud.

Firmas Ilegibles

D. GENARO PARRA ARANEDA
DIRECTOR
HOSPITAL SALAMANCA

D. MARIO EDGARDO GONZALEZ MIRANDA
DIRECTOR(S)
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

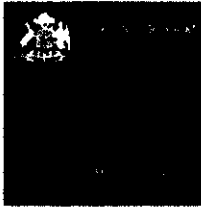
ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.


D. EDGARDO GONZALEZ MIRANDA
DIRECTOR (S)
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

DISTRIBUCIÓN:

- Archivo





**PROTOCOLO DE ACUERDO
PROGRAMA DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL NIVEL PRIMARIO DE SALUD EN ESTABLECIMIENTOS
DEPENDIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD
(Hospital Salamanca)**

03 MAR 2021

En La Serena a..... entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Avenida Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director(s) **MARIO EDGARDO GONZALEZ MIRANDA**, del mismo domicilio, personería según el decreto Exento N°1, de 2021, del ministerio de salud, en relación con la Resolución Exenta RA 428/8/2020, del servicio de Salud Coquimbo, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y el **HOSPITAL DE SALAMANCA**, representado por su Director **D. GENARO PARRA ARANEDA**, ambos domiciliados en José Manuel Infante N° 891, Salamanca, en adelante el "Hospital" o el "Establecimiento", indistintamente, se ha acordado celebrar un Protocolo de Acuerdo, que consta de las siguientes cláusulas.

PRIMERA: El MINSAL ha definido como meta relevante a la Atención Primaria, procurando con ello garantizar el derecho a la salud, con un acceso equitativo a las prestaciones de prevención y a la atención o tratamiento según necesidad. En este marco, se constituye una prioridad fortalecer las condiciones para mejorar la gestión y las acciones de accesibilidad en las prestaciones, avanzando hacia una atención de mayor resolutiveidad, para lo cual el Ministerio ha decidido impulsar el Programa de Apoyo a la Gestión en el Nivel Primario de Salud en establecimientos dependientes de los Servicios de Salud.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 88 del 02 de febrero de 2021**, del Ministerio de Salud y que se entiende forma parte integrante del presente protocolo, el que el Hospital se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Los recursos para su ejecución, han sido asignados mediante **ORD. C73 N° 113 del 14 de enero de 2021**.

SEGUNDA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar al Hospital recursos destinados a financiar las siguientes estrategias del Programa de apoyo a la gestión en el nivel primario de salud:

***COMPONENTE N°1**

1. ESTRATEGIAS COMPONENTE N°1

1. Accesibilidad a la atención:

- a) Mantener la estrategia de atención hasta las 20 horas en los centros de salud primarios Urbanos, Rurales y adosados a Hospitales Comunitarios.
- b) Mantener la Estrategia de Extensión Horaria Médica e incrementar la estrategia de extensión odontológica del día sábado, en los Consultorios Generales Urbanos y Rurales con más de 10.000 personas inscritas y centros de salud primarios adosados a Hospitales Comunitarios.
- c) Mantener y/o incrementar la frecuencia de las Rondas Médicas en las Postas Rurales de Salud que por magnitud de población o por ser consideradas prioritarias, justifiquen una mayor presencia del equipo profesional.

2. Gestión de la Demanda:

- a. Mejorar la gestión del SOME en establecimientos de Atención Primaria dependientes, implementando estrategias de apertura temprana del establecimiento, perfeccionamiento de protocolos de priorización de la demanda, incorporación de técnicos paramédicos selectores de demanda, mantención de un registro mensual de resultados de la gestión de las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS).



- b. Mantener un sistema de dación de horas por teléfono y utilizar agenda de citación diferida y escalonada, tanto para la citación presencial, como telefónica a través de la línea 800.
- c. Apoyar el mejoramiento de la gestión administrativa de los establecimientos de Atención Primaria dependientes.

***COMPONENTE N°2**

COMPONENTE SALUD CARDIOVASCULAR N° 2:

El componente de salud Cardiovascular, procura por medio de la Mejoría de la atención, un mayor acceso y oportunidad en la detección de problemas de salud en personas que presenten hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 y dislipidemia, al mismo tiempo recoge la necesidad de establecer estrategias que permitan diagnosticar, aplicar tratamientos, compensar y rehabilitar a quien estén dañados en su salud.

Se propone intervenir en la población bajo control mejorando o compensando factores de riesgo cardiovascular asociados a hipertensión arterial, diabetes y dislipidemias, contribuyendo a modificar condicionantes como obesidad, obesidad abdominal, sedentarismo, colesterol y triglicéridos, con la finalidad de reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares mediante la prevención y tratamiento oportuno de beneficios legales portadores de factores de riesgo cardiovascular o con enfermedades cardiovasculares que se controlan en atención primaria.

1 ESTRATEGIAS COMPONENTE N°2

1.1. Aumentar cobertura de Examen de Medicina Preventiva en población con factores de Riesgo.

- a) Aumentar la Cobertura del EMP en la población Femenina entre 45 a 64 años, beneficiaria de los Establecimientos de atención Primaria a objeto de permitir el diagnóstico oportuno de aquellas personas con factores de riesgo en la etapa asintomática de las ECNTs.
- b) Aumentar la Cobertura del EMP en la población Masculina entre 20 a 64 años, beneficiaria de los Establecimientos de atención Primaria a objeto de permitir el diagnóstico oportuno de aquellas personas con factores de riesgo en la etapa asintomática de las ECNTs.
- c) Aumentar la cobertura de EMPAM en la población masculina y femenina mayor o igual a 64 años Establecimientos de atención Primaria a objeto de permitir el diagnóstico oportuno de aquellas personas con factores de riesgo en la etapa asintomática de las ECNTs.

1.2. Cobertura y compensación de pacientes con Hipertensión Arterial (HTA)

- a) Evaluar a las personas con Riesgo Cardiovascular mediante exámenes de laboratorio recomendados por las guías clínicas y protocolos elaborados por el Ministerio de Salud, considerando diagnósticos y abordaje de aspectos psicosociales asociados a las ECNTs.
- b) Promover el autoaprendizaje de los equipos de salud responsables de las ECNTs para planificar, implementar y evaluar el enfoque integrado, así como el manejo de los usuarios con Riesgo Cardiovascular de acuerdo a Orientaciones y Normas Técnicas apoyado con VDI y consejería familiar para la modificación de hábitos en la familia.
- c) Aumentar la proporción de pacientes compensados que se controlan por riesgo Cardiovascular a través del tratamiento farmacológico adecuado a personas con riesgo cardiovascular, cuando corresponda según protocolo, con el diseño de Flujogramas de Ingreso a Control, seguimiento, y rescate de inasistentes.
- d) Reducir la Incidencia de complicaciones en personas que se encuentran bajo control en los programas de atención primaria por enfermedades cardiovasculares.

1.3. Cobertura y compensación de pacientes con Diabetes Mellitus 2 (DMII):

- a) Evaluar a las personas con Riesgo de Diabetes Mellitus mediante exámenes de laboratorio recomendados por las guías clínicas y protocolos elaborados por el Ministerio de Salud, con apoyo de exámenes de laboratorio recomendados por las guías clínicas y protocolos elaborados por el Ministerio de Salud.
- b) Promover el autoaprendizaje de los equipos de salud responsables de las ECNTs para planificar, implementar y evaluar el enfoque integrado, así como el manejo de los usuarios con Riesgo de Diabetes



- de acuerdo a Orientaciones y Normas Técnicas apoyado con VDI y consejería familiar para la modificación de hábitos en la familia.
- c) Aumentar la proporción de pacientes compensados que se controlan por riesgo Cardiovascular a través del tratamiento farmacológico adecuado a personas con riesgo cardiovascular, cuando corresponda según protocolo, con el diseño de Flujogramas de Ingreso a Control, seguimiento, y rescate de inasistentes.
 - d) Consolidar un sistema de vigilancia Integral de ECNTs que incluya mortalidad, prevalencia, incidencia y Nivel de exposición a los principales factores de Riesgo en todo el espectro del Ciclo de vida de la población con el diseño de Flujogramas de Ingreso a Control, seguimiento, y rescate de inasistentes.
 - e) Disminuir la tasa de amputaciones por ulcera de pie Diabético en personas que se encuentran bajo control en Atención Primaria por Diabetes Mellitus incorporando tecnología apropiada y mejorando las conductas terapéuticas en el manejo avanzado de los pacientes diabéticos con úlceras en las extremidades inferiores.

***COMPONENTE N°3**

COMPONENTE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS PREVALENTES:

La necesidad de enfrentar la problemática por la demanda de patologías más prevalentes en la población, hace necesario apoyar con recursos destinados al diagnóstico y tratamiento oportuno y pertinente en el nivel primario de atención. Para lo anterior se contempla el financiamiento en el ámbito de laboratorio y fármaco destinados a estos fines.

1. ESTRATEGIAS COMPONENTE N°3:

1.1. Laboratorio Clínico:

- a) Contribuir a garantizar en la atención primaria de salud el diagnóstico clínico y el seguimiento en problemas de salud con garantías explícitas tales como: HTA, DMII, prevención de Insuficiencia Renal, Epilepsia No Refractaria e Hipotiroidismo.
- b) Otorgar cobertura y oportunidad a la realización de exámenes de laboratorio clínico básico como apoyo a la atención y diagnóstico clínico para los problemas de salud a los beneficiarios que acceden en este nivel de atención y además a aquellos que se realizan el EMP.

1.2. Adquisición de fármacos e insumos para patologías prevalentes:

- a) Asegurar la entrega de fármacos para las patologías GES, que corresponda de acuerdo a lo indicado en las normativas del MINSAL

TERCERA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar al **Hospital de Salamanca**, los fondos presupuestarios correspondientes a la suma total y única de **\$157.198.278-** (ciento cincuenta y siete millones ciento noventa y ocho mil doscientos setenta y ocho pesos), los que se desglosan en \$34.616.672.- por **subtítulo 21** y \$122.581.606- **por subtítulo 22**, con el fin de lograr el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior. De acuerdo al siguiente detalle:



Distribución Componente N° 1. Mejoramiento de la atención en el Nivel Primario de Salud - Programa Apoyo a la Gestión en el Nivel Primario de Salud - Hospital de Los Vilos- Año 2021

Mejoramiento	SUBT 21 - CARGOS LEY N° 18.834 Y 19.664				Subtítulo 22		
	Línea 800 Subt 21	Ext Horaria (TENS Farmacia) Subt 21	Ext Horaria (THrs. Extras Profesional u otro TENS y/o Administrativo) Subt 21	Total Subt 21	Mejoramiento Extensión Horaria Subt 22	Conectividad Subt 22	Total Subt 22
HOSPITAL SALAMANCA	\$7.400.000	\$3.500.000	\$3.906.500	\$14.806.500	\$63.033.864	\$1.590.724	\$ 64.624.588

Distribución Componente N° 2. Cardiovascular- Programa Apoyo a la Gestión en el Nivel Primario de Salud - Hospital de SALAMANCA- Año 2021

SUBT 21 - CARGOS LEY N° 18.834 Y 19.664

HOSPITAL SALAMANCA	Administrativo PSCV	TENS PSCV 44 horas	TOTAL
	\$ 5.265.312	\$ 5.461.860	\$ 10.727.172

Distribución Componente N° 2. Cardiovascular- Subtítulo 22

N°	NOMBRE	ACTIVIDAD	ESPECIFICACIÓN	MONTO TOTAL SUBTITULO 22(\$)
		Fondos de ojo (1x año x paciente diabético bajo control dic.2018)	Pacientes Diabéticos Ingresos y Bajo Control	2.500.000
SUB TOTAL :				2.500.000
			Insulina Glarguina 3,64 mg/ml equivalente a 100 UI/ml de insulina humana. Aplicadores inyectables prellenados o lápiz de 3 ml (Pacientes adultos mayores con dificultades para la autoadministración de insulina subcutánea)	2.000.000
		Equipamientos e Insumos correspondientes a un valor menor a 3 UTM	(Equipos de P/A adulto y Pediátricos, Microfilamentos, etc.)	3.500.000
		Insumos Pie Diabético NO Infectado e Infectado	Apósito Primario (Bacteriostáticos)	10.000.000
			Apósito Primario (Absorbentes)	
			Apósito Primario (Hidratantes)	
			Apósito Primario (Regenerativos)	
			Otros Insumos	
SUB TOTAL :				15.500.000
3	Compra de Servicios Clínicos	Kinesiólogo o Profesor de Educación Física	Kinesiólogo o Profesor de Ed. Física (Programa de Actividad Física PSCV, pacientes prediabéticos, pre hipertensos y mal nutrición por exceso)	7.000.000
		Atención Podológica	Atención Podológica (Al menos 1 x año x paciente diabético bajo control diciembre 2018)	3.200.000



	Horas para Nutricionista	Horas para apoyo de Nutricionista para controles del Programa, aplicación de EMP y actividades de Promoción del Programa.	12.000.000
	Horas profesionales de Enfermera	Horas profesionales de Enfermera para realización de EMP, actividades de Promoción y pesquisa EMP y cumplimiento de Metas a través de controles Cardiovasculares y Evaluación del Pie en personas con diabetes.	12.000.000
	Horas para apoyo de TENS	Horas para apoyo de TENS en actividades de Promoción y pesquisa EMP, Orden de tarjetero, citación a Inasistentes, visitas de rescate	3.000.000
SUB TOTAL			37.200.000
HOSPITAL SALAMANCA TOTAL SUBTITULO 22:			55.200.000

Distribución Componente N° 3. Laboratorio Complementario GES – Programa apoyo a la Gestión en el Nivel Primario de salud- Hospital de Salamanca – Año 2021		
	Subt 21 - cargos ley N° 18.834 y 19.664	Subtítulo 22
HOSPITAL SALAMANCA	Laboratorio	financiar Examen Hemoglobina glicosilada
	\$ 9.083.000	\$ 2.757.018

CUARTA: El Hospital se compromete a utilizar los recursos entregados para implementar las estrategias mencionadas en la cláusula segunda con la finalidad mejorar la accesibilidad a la atención profesional del equipo de salud, médico y odontólogo entre otros, fortalecer las condiciones de trato digno a las personas; ofrecer mayor oportunidad en las prestaciones, avanzando hacia una atención de mayor resolutivez y accesibilidad.

QUINTA: Los recursos deberán ajustarse al presupuesto asignado en cláusula tercera de este protocolo de acuerdo, de la siguiente forma:

- a) Los recursos serán asignados por el Servicio de Salud 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 de Estado mediante la interoperación con el Sistema de Compras Públicas y el pago se realizará centralizadamente desde la Tesorería General de la República (TGR) vía transferencia a las cuentas corrientes de los proveedores del Estado.
- La ejecución del gasto del 30% restante del total de recursos, se realizará a contar del mes de Octubre del año 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 y según se indica en la cláusula séptima.
- 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, sea el establecimiento quien deba realizar dicho pago, deberán emitir un informe adjuntando todos los respaldos necesarios para la solicitud de recursos al Ministerio a través del Subdepartamento de Gestión Financiera del Servicio de Salud Coquimbo.



- b) En la situación del Subtítulo 21, la primera cuota correspondiente al 70% se transferirá a la total tramitación de la Resolución que asigna los recursos y la segunda cuota correspondiente al 30% restante del total de recursos se transferirá a contar del mes de Octubre del año en curso.

SEXTA: Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa:

COMPONENTE 1: MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN EL NIVEL PRIMARIO DE SALUD

ESTRATEGIA	PRODUCTO ESPERADO	ENUNCIADO INDICADOR	FÓRMULA INDICADOR	MEDIO VERIFICACIÓN	PESO RELATIVO INDICADOS	PESO RELATIVO COMPONENTE
ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN	100% Establecimientos funcionando desde 08.00 horas hasta 20.00 horas de lunes a viernes y sábados desde 09.00 horas hasta las 13.00 horas.	% de establecimiento funcionando desde 08.00 horas hasta 20.00 horas de lunes a viernes y sábados de 09.00 horas a 13.00 horas.	(N° de establecimientos funcionando desde 08.00 horas a 20.00 horas de lunes a viernes y sábados de 09 a 13 horas / N° total de establecimientos visitados) *100	Pauta de visita a establecimientos dependientes (a ser informado por MINSAL)	50%	20%
	98% de las rondas médicas de Salud Rural realizadas.	Porcentajes de cumplimiento de programación de Rondas Médicas en las Postas Salud Rural	(N° de Rondas Médicas realizadas / N° de Rondas Médicas programadas) * 100	Pauta de visita a establecimientos dependientes (a ser informado por MINSAL)	50%	
GESTIÓN DE LA DEMANDA	Cuenta con sistema de selección de demanda en funcionamiento para dación de horas en forma presencial.	Horas asignadas a Técnico Paramédico / TENS o profesional para selección de demanda.	Existencia de horas asignadas a Técnico Paramédico / TENS o profesional para selección de demanda.	Pauta de visita a establecimientos dependientes (a ser informado por MINSAL)	20%	20%
	Cuenta con sistema de priorización de grupos vulnerables en dación de horas telefónicas (u otra modalidad a distancia)	Porcentajes de cupos destinados a menores de 5 años y mayores de 65 años en sistema de dación de horas a distancia.	N° de Horas de consulta Médica de morbilidad otorgada a personas menores de 5 años y mayores de 65 años modalidad telefónica (o a distancia) / N° Total de Horas de consulta Médica de morbilidad otorgada por modalidad telefónica (o a distancia) programadas) * 100	Pauta de visita a establecimientos dependientes (a ser informado por MINSAL)	20%	
	El 20% de las horas Médicas son dadas por el sistema de dación de horas por teléfono en funcionamiento en establecimientos	Al menos 20% de dación de horas es realizada por teléfono.	(N° de horas de consulta Médica otorgadas telefónicamente / N° total de horas de consulta Médica de morbilidad otorgadas)*100	Pauta de visita a establecimientos dependientes (a ser informado por MINSAL)	20%	



dependientes del Servicio de Salud.					
Cuenta con agenda escalonada en los establecimientos que efectúen Atención Primaria.	Establecimiento dependiente de Servicio con gestión de agenda escalonada.	Existencia de agenda escalonada.			20%
Cuenta con sistema de agenda diferida para los establecimientos dependientes del Servicio de Salud.	Establecimiento con agenda de citación diferida.	Existencia de agenda creada y habilitada con 3 o más meses de anticipación para control de salud.	Pauta de visita a establecimientos dependientes (a ser informado por MINSAL)		20%

COMPONENTE 2: APOYO AL PROGRAMA CARDIOVASCULAR

ESTRATEGIA	PRODUCTO ESPERADO	ENUNCIADO INDICADOR	FÓRMULA INDICADOR	MEDIO VERIFICACIÓN	PESO RELATIVO INDICADOR	PESO RELATIVO COMPONENTE
AUMENTAR COBERTURA DE EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA EN POBLACIÓN CON FACTORES DE RIESGO	25 % de la población masculina entre 20-64 años con EMPA realizado.	Cobertura de examen de medicina preventivo en hombres de 20 a 64 años.	(N° de examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado a población masculina de 20 a 64 años, menos población bajo control en PSV) *100	REM A02/ Población beneficiaria - (PBC)	30%	20%
	25 % de la población masculina entre 45-64 años con EMPA realizado.	Cobertura de examen de medicina preventivo en hombres de 45 a 64 años.	(N° de examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado a población masculina de 45 a 64 años, menos población bajo control en PSV) *100	REM A02/ Población beneficiaria - (PBC)	30%	
	55% de la población entre 65 y más años con EMPA realizado.	Cobertura de examen de medicina preventivo en población de 65 y más años.	(N° de adultos de 65 y más años con EMPA realizado / Población inscrita de 65 y más años) *100	REM A02/ Población beneficiaria	40%	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS	43% de cobertura efectiva HTA en personas de 15 y más años.	Cobertura efectiva de HTA en personas de 15 y más años.	(N° de personas hipertensas de 15 a 79 años con PA < 140/90 mm Hg + N° de personas hipertensas de 80 y más con PA < 150/90 mm Hg según último control vigente / Total de personas de 15 años y más, hipertensas esperadas según prevalencia) *100	REM P04/ población beneficiaria según prevalencia	25%	30%



28% de cobertura efectiva de personas con HbA1c < 7	Cobertura efectiva de DM2 en personas de 15 y más años.	(N° de personas con Diabetes Mellitus2 de 15 a 79 años con Hb A1c bajo 7% + N° de personas con Diabestes Mellitus 2 de 80 y más con Hb A1c bajo 8% según último control vigente / Total de personas con DM2 de 15 y más años esperados según prevalencia) *100	REM P04/ población beneficiaria según prevalencia	25%
Alcanzar al menos el 90% de evaluación anual del pie en pacientes con DM2.	Evaluación anual del pie en personas con DM2 bajo control de 15 y más años.	(N° de personas de 15 y más años con DM2 bajo control clasificados según riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / N° total de personas con diabetes de 15 y más años bajo control) *100 *Se considera vigente: los últimos 12 meses	REM P04, sección C / REM P04, sección A	25%
100% de las personas con DM2 bajo control con úlceras activas que lo requieran reciben manejo avanzado de heridas.	Tratamiento úlceras activas del pie en personas con DM2 bajo control.	(N° de personas con DM2 bajo control con úlceras activas tratadas con manejo avanzado realizadas en APS / N° total personas con DM2 bajo control con curación de pie realizadas en APS)	REM P04 sección C	25%

COMPONENTE 3: APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS PREVALENTES

ESTRATEGIA	PRODUCTO ESPERADO	ENUNCIADO INDICADOR	FÓRMULA INDICADOR	MEDIO VERIFICACIÓN	PESO RELATIVO INDICADORES	PESO RELATIVO COMPONENTES
LABORATORIO GES	100% de las personas con problemas de salud GES que lo requieran con exámenes de laboratorio realizados.	100% personas con problemas de salud GES con exámenes realizados.	Exámenes disponibles y realizados para población objetivo-descrita en el Programa de Salud.	Pauta de visita a establecimientos dependientes (a ser informado por MINSAL)	50%	5%
FÁRMACOS	Fármacos comprados por el programa para patologías GES.	100% cumplimiento de fármacos comprados por el programa para patologías GES.	(Recursos comprometidos con órdenes de compra de medicamentos / Recursos Asignados para compra de medicamentos) * 100	Pauta de visita a establecimientos dependientes (a ser informado por MINSAL)	50%	5%



SÉPTIMA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento Protocolo de acuerdo Programa de Apoyo a la Gestión en el nivel primario de salud en establecimientos dependientes de los servicios de salud de acuerdo al siguiente detalle:

- a) La primera evaluación se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso, de acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje de cumplimiento	Porcentaje de Descuento de recursos 2° cuota
60,00% o más	0%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	100%
0 %	Rescindir protocolo

En relación a esto último, los establecimientos que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellos establecimientos que no cumplan con las prestaciones programadas.

- b) La segunda evaluación del Programa se efectuará con corte al 31 de diciembre del año en curso, fecha en que este deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

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

Los recursos asociados a este programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos, metas y prestaciones a los Hospitales comunitarios, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación.

NOVENA: El establecimiento se obliga a enviar al Servicio, mensualmente, a partir de esta fecha, un informe de la ejecución de las actividades asociadas al presente protocolo, que deberá ser enviado dentro de los primeros cinco días hábiles del mes siguiente al informado. Este informe deberá incluir, al menos: estado de avance en la ejecución de actividades y la rendición financiera de la ejecución de los fondos traspasados que señale los medios verificadores utilizados y cualquier otro antecedente que sea requerido por el Servicio.

El Servicio podrá solicitar al Hospital, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente protocolo, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

DÉCIMA: El Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría. Conjuntamente a ello, cada Hospital deberá utilizar y registrar los gastos efectuados en conformidad a lo estipulado 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.

DÉCIMA PRIMERA: El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Protocolo se señala. Por ello, en el caso que el establecimiento se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, asumirá el mayor gasto resultante.

DÉCIMA SEGUNDA: El presente protocolo tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2021.



Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes que dada la naturaleza del programa y en virtud de la necesidad de otorgar continuidad en la atención y prestación de salud, sólo para fines de la contratación del recurso humano, se dio inicio al presente programa a partir del 1 enero del 2021, atendido lo señalado en los dictámenes N°16.037/08 y N° 11.189/08, ambos de la Contraloría General de la República y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley N° 19.880.

Las partes acuerdan que el presente contrato se prorrogará automáticamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del Sector Publico 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 protocolo comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del año mismo. Prorrogado el protocolo, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo periodo.

Por otro lado, y mediante protocolos complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir al Hospital, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación.

DÉCIMA TERCERA: Finalizado el período de vigencia del presente protocolo y en caso que la evaluación final de cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, el Servicio reliquidará los montos traspasados, debiendo en estos casos el establecimiento reintegrar los recursos que no hayan sido ejecutados oportunamente.

DÉCIMA CUARTA: El presente protocolo se firma en 1 ejemplar, quedando en poder del Servicio de Salud.



D. GENARO PARRA ARANEDA
DIRECTOR
HOSPITAL SALAMANCA



D. MARIO EDGARDO GONZALEZ MIRANDA
DIRECTOR(S)
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

NAA / JVO / CCM / RAM / SHC / MCT / FGN / ACT

