



MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD  
VIÑA DEL MAR - QUILLOTA  
DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA  
Int. N° 289 de fecha 23.03.2021

## RESOLUCIÓN EXENTA N° ( E )

VIÑA DEL MAR,

### VISTOS:

- Lo dispuesto en la Ley N° 18.575 sobre Bases Generales de la Administración del estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N° 1/19.653, publicado con fecha 17 de noviembre del 2001.
- Lo establecido en la Ley N° 18.880, que Establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de la Administración del Estado.
- Lo dispuesto en la Ley N° 18.884, sobre Estatuto Administrativo, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N° 29, publicado con fecha 16 marzo de 2005.
- La Resolución N° 7 y 8 de 2019, ambas de Contraloría General de la República.
- Las facultades que al suscrito otorgan el decreto con Fuerza Ley N°1/2005 del Ministerio de Salud, Publicado con fecha 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, Coordinado y Sistematizado del decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N° 18.983 y N°18.469, conjuntamente con los Decretos Supremos N° 140/2004 y N° 26/2020, ambos del Ministerio de Salud.

### CONSIDERANDO:

- Que, al Ministerio de Salud le corresponde formular y fijar las políticas de salud que se desarrollan dentro del territorio nacional.
- 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° letra a) del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005 del Ministerio de Salud.
- 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.
- 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.

- Que, en este contexto, el presente programa denominado Atención Integral para el Abordaje de las Demencias en establecimientos de Atención primaria de Salud dependientes de Servicios de Salud tiene por propósito mejorar el nivel de salud mental de personas apertura caso GES Alzheimer y otras demencias, asegurando el acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental.
- Los objetivos fijados para esta estrategia apuntan a la provisión de servicios para usuarios GES Alzheimer y otras demencias en establecimientos de Atención Primaria de Salud dependientes de Servicios de Salud. En este contexto, su creación apunta a favorecer la implementación de acciones contempladas para personas beneficiarias GES Demencia, favoreciendo la atención de salud mental integral tanto en etapa de diagnóstico, como en tratamiento.
- El Decreto N° 22 que aprueba modificatoria a garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud, del 07 de septiembre de 2019.
- La Resolución Exenta N° 89 del 02 de febrero de 2021 que aprueba el **“Programa de Atención Integral para el Abordaje de las Demencias en establecimientos de Atención primaria de Salud dependientes de Servicios de Salud”**.
- El Ordinario MINSAL C73 N° 531 del 12 de febrero de 2021 que distribuye recursos para el abordaje de las Demencias en establecimientos de Atención primaria de Salud dependientes de Servicios de Salud.
- Que el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, en cumplimiento de los acápite anteriores, ha dispuesto ejecutar el referido programa en la Red de Establecimientos Hospitalarios de su dependencia que cuentan con atención primaria de salud.
- Los montos asignados al programa, así como su distribución financiera y la asignación a cada uno de los Hospitales, se dicta la siguiente:

## RESOLUCIÓN

- 1.- **APRUÉBASE**, la asignación de recursos al **“Programa de Atención Integral para el Abordaje de las Demencias en establecimientos de Atención primaria de Salud dependientes de Servicios de Salud”** en adelante, el Programa de Salud. cuyo texto es el que se inserta a continuación:

### **PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA EL ABORDAJE DE LAS DEMENCIAS EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DEPENDIENTES DE SERVICIOS DE SALUD**

#### **1. ANTECEDENTES**

Las demencias, son hoy una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles, adquiriendo relevancia a nivel mundial y nacional. Se define como una condición adquirida y crónica, caracterizada por un deterioro de diversas funciones cerebrales, sin distinción de sexo, que se acompaña de síntomas cognitivos, psicológicos y cambios conductuales. Estos síntomas repercuten en la capacidad de las personas para llevar a cabo sus actividades habituales, pudiendo requerir apoyo de terceros e incluso comprometer su autonomía y participación familiar y social. Como se señala en el Plan Nacional de

Demencia 2017 de Ministerio de Salud de Chile, las demencias más frecuentes son demencia tipo Alzheimer y demencias cerebro vasculares. Las demencias son más habituales en las personas mayores, pero pueden afectar a personas más jóvenes. No es una consecuencia normal del proceso de envejecimiento.

Con respecto a los antecedentes sociodemográficos, se estima que alrededor de 50 millones de personas en el mundo tienen algún tipo de demencia, cifra que se triplicará a 152 millones para el año 2050 (Alzheimer's Disease International, 2015). De acuerdo a cifras de la OCDE (OCDE, 2014) se espera que la prevalencia de esta condición aumente en alrededor del 50% en los países de altos ingresos para el año 2030, y casi el 80% en países de medianos y bajos ingresos. Estudios nacionales dan cuenta que la prevalencia de esta enfermedad es de 7,1% en población de 60 años y más (SENAMA, 2010), mientras que el porcentaje de personas menores a este tramo etario, que presenta esta problemática es inferior al 0.054% (Rossor et al., 2010).

Chile es hoy un país envejecido. El CENSO de 2017 dio cuenta que el 16,2% de las personas en el país tiene 60 y más años. La esperanza de vida actual se estima en 80 años para los hombres y 85 años para las mujeres (OPS, 2017). La Encuesta CASEN 2017 mostró que las poblaciones de 60 y más años y de niños entre 0 y 14 están igualadas. Esto implica variados y complejos desafíos para el sector público de salud, considerando que un 12,2% del total de inscritos validados en establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS) corresponde a personas de 65 años y más. Al comparar la población adulta mayor inscrita en los centros de salud de atención primaria con la proyección de adultos mayores del país, según CASEN del año 2015, el 85.2% de los adultos mayores del país corresponden a población inscrita y validada en los establecimientos de atención primaria del sistema público de salud.

En Marzo del 2015, se realizó la Primera Conferencia Ministerial de la OMS sobre la acción mundial contra la demencia desarrollada en Ginebra, Chile suscribe al llamado de establecer la demencia como tema prioritario de la Salud Pública. Anterior a ello, el año 2014 se constituyó una comisión con participación de profesionales del área de la salud, del área social, sociedades científicas y agrupaciones de familiares que viven con personas con demencia. Dicha comisión realizó un trabajo sistemático y participativo plasmado en el borrador socializado por medio de una consulta pública nacional, con dichos aportes de la sociedad civil, se construyó el Plan Nacional de Demencias para Chile en su versión final.

En este contexto, el Ministerio de Salud como partícipe de la política pública, se incorpora al Plan Nacional de Demencia, buscando por medio de sus redes propender al bienestar de las personas, tanto a nivel individual, como colectivo. En este aspecto, los dispositivos de la red deben garantizar tanto el diagnóstico como el tratamiento oportuno y entregar acompañamiento adecuado a las necesidades y potencialidades de las personas con demencia y su contexto.

El Ministerio de Salud (MINSAL) ha definido una serie de objetivos estratégicos para la década 2010- 2020. El Plan de Demencia se articula con el Objetivo Estratégico N°2, que propone reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos; con el objetivo estratégico N° 3, dada la intencionalidad de aportar a la reducción de factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables y finalmente se asocia al Objetivo estratégico N° 4, que busca reducir la mortalidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital.

El Plan Nacional de Demencia también incluye aspectos éticos, las personas con demencia son sujetos de derechos, lo que involucra principios básicos como Dignidad, Igualdad, Autonomía, Participación y Solidaridad.

El año 2019 se promulga un nuevo decreto GES, que incorpora como problema de salud n° 85 la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Este nuevo decreto incorpora garantías de acceso y oportunidad, incluyendo cuatro grupos de prestaciones principales (GPP):

- Diagnóstico y tratamiento de mediana complejidad, que se desarrollan en Atención Primaria de Salud.
- Diagnóstico diferencial y tratamiento de alta complejidad en nivel de especialidad.

## **2. FUNDAMENTACIÓN**

Actualmente la atención primaria provee servicios integrales con enfoque socio-sanitario y biopsicosocial, desde una perspectiva de ciclo vital. Con la implementación de GES enfermedad de Alzheimer y otras demencias (AOD), se estructura la intervención con personas con demencia, desarrollando intervenciones sanitarias en establecimientos con dependencia municipal que cuentan con financiamiento per cápita como vía de soporte de capital. Sin embargo, en establecimientos dependientes de Servicios de Salud se requiere un mecanismo financiero distinto.

Se necesita fortalecer el rol y las capacidades de respuesta de la Atención primaria en establecimientos dependientes de Servicios de Salud, para que puedan responder a las necesidades de atención de usuarios con demencia en el marco del decreto GES AOD.

Con el desarrollo del GES AOD y sus Orientaciones Técnicas (OOTT), se espera que la persona con demencia, reciba el acompañamiento adecuado y oportuno, durante el curso de la enfermedad, desde un enfoque familiar y comunitario en los establecimientos de salud próximos a su domicilio, a través de su equipo de sector, incentivando acciones que resguarden la salud de las personas mayores, en pro de recuperar, mantener y/o mejorar su desempeño cotidiano.

El rol de la atención primaria en el decreto GES AOD enmarcado en el Plan Nacional de Demencia, es realizar acciones de diagnóstico y tratamiento de mediana complejidad, así como educar a quien tiene la condición y su familia respecto a que existen posibilidades de tratamiento y de mejoramiento de la calidad de vida. En este sentido, la intervención considera aquellos aspectos que puedan contribuir a vivir mejor con la enfermedad y facilitar los cuidados cotidianos, la disminución de los trastornos conductuales y de los efectos secundarios asociados a esta enfermedad.

La atención y acompañamiento al usuario se realiza a través del equipo de sector, que incluye distintos profesionales y técnicos, todos los cuales deben intencionar la implementación de los principios básicos del modelo Integral de salud familiar y comunitaria. En este sentido, los equipos de cabecera deberán resguardar la continuidad de la atención, su integralidad y el cuidado centrado en la persona, su familia y comunidad.

En la atención primaria de salud se busca establecer sistemas operativos de optimización y conexión de recursos, tanto institucionales como no institucionales, que favorezcan la calidad de vida del usuario y su familia.

Para complementar la estrategia de intervención de Atención Primaria, se plantea en el flujograma de GES AOD que en aquellos casos en que la persona con demencia requiera un diagnóstico diferencial, el usuario debe ser derivado al dispositivo de especialidad establecido en la definición de la red sanitaria local. De igual manera, en aquellas personas con demencia que presenten necesidades de intervenciones de carácter más intensivo debido a las dificultades en el cumplimiento del Plan de cuidados Integrales (PCI) (Lo que se podría asociar a desregulación en síntomas psicológicos-conductuales, requerimiento de ajuste farmacológico y/o refractariedad de tratamiento), estas deben ser derivadas a los centros de especialidad abierta de referencia establecidos en su red local.

Los establecimientos de APS deberán generar estrategias de coordinación con los diferentes actores vinculados a la temática de dependencia, especialmente con el nivel secundario de salud y los equipos más especializados en la temática de demencia, para así generar espacios de consultoría y resolución de aquellos casos de mayor complejidad.

## **3. PROPÓSITO**

Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas que viven con demencia, a través de una atención integral y oportuna orientada a prolongar su participación y favorecer su integración en la comunidad.

#### **4. DESCRIPCIÓN**

El Programa tiene dos componentes principales. El primer componente contiene acciones asociadas a la Atención socio-sanitaria de personas con demencia en el nivel primario de salud en establecimientos dependientes de Servicio de Salud.

El segundo componente tiene acciones orientadas al incremento de resolutivez de nivel de Atención primaria de salud, asociadas a la coordinación permanente con el nivel de especialidad para gestionar derivaciones y para la asesoría (consultorías) y apoyo de dichos equipos.

##### **Población objetivo**

La población beneficiaria corresponde a personas afiliadas al sistema público salud, inscritas o adscritas, validadas en el Centro de Salud de Atención Primaria dependientes de Servicio de Salud, con confirmación de sospecha diagnóstica de Demencia y apertura caso GES.

##### **Funciones asociadas al desarrollo del programa**

###### Del establecimiento de salud y el equipo de Atención Primaria.

El establecimiento que desarrolla el programa deberá realizar las acciones necesarias para una adecuada implementación en el contexto de la sectorización del modelo de atención de salud integral familiar y comunitaria.

Estas condiciones mínimas se refieren a aspectos técnicos, administrativos y de infraestructura necesarios.

Los profesionales contratados se deberán incorporar como parte del equipo de sector para favorecer y asegurar la continuidad de la atención de cada uno de las personas.

###### Del Referente del Programa en el Servicio de Salud

El referente del Servicio de Salud velará por el adecuado desarrollo del programa en los establecimientos correspondientes a su servicio, entregando la información disponible en forma oportuna a las comunas, establecimientos y equipos.

Deberá monitorear en forma permanente el desarrollo del programa, mediante la solicitud de avances en el desarrollo de éste a los directivos de las comunas y a los equipos del programa de los establecimientos incorporados.

Deberá favorecer desarrollo de la red local del programa, mediante reuniones de trabajo que consideren actividades participativas, de capacitación y fortalecimiento del desarrollo del programa y velar por una coordinación eficiente con la red de atención secundaria y terciaria existente en su servicio de salud.

#### **5. OBJETIVO GENERAL**

Apoyar a la implementación del programa de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias en establecimientos de Atención Primaria de Salud, dependientes de los Servicios de Salud en el marco de decreto GES N° 22 año 2019.

#### **6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

a) Implementar los protocolos existentes en documento de Orientaciones Técnicas GES enfermedad de Alzheimer y otras demencias para la detección, diagnóstico y tratamiento de la demencia en establecimientos de atención primaria dependientes de Servicios de Salud.

b) Asegurar la continuidad y oportunidad de atención en la red asistencial, realizando las coordinaciones y seguimiento pertinente en caso de referencia y contra referencia con otros niveles de atención de salud y con la red intersectorial.

c) Desarrollar habilidades y competencias en los equipos de salud para la atención pertinente y adecuada de las personas con demencia y de los actores sociales.

## 7. COMPONENTES DEL PROGRAMA

**Componente 1:** Atención socio sanitaria de personas con demencia en el nivel primario de salud.

Este componente se relaciona directamente con la atención de salud de la persona con demencia, basado en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria y en el documento de Orientaciones Técnicas GES Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, asociado a los ámbitos de diagnóstico y tratamiento.

Para la ejecución de este componente, se considera fortalecer con horas profesionales al equipo existente de APS, potenciando la pesquisa y articulación de la atención en salud centrada en la persona a lo largo del curso de vida, con el fin de mantener la calidad de vida de usuario. Se debe contar con Terapeuta ocupacional y si dicho recurso humano no existiera en el establecimiento, se procederá a su contratación. Este profesional deberá integrarse a los equipos de sector correspondientes.

**Componente 2:** Incremento de resolutivez de nivel de Atención primaria de salud.

Este componente se relaciona directamente con los procesos de optimización de referencia y contrarreferencia a nivel de especialidad, tanto para diagnóstico diferencial como para tratamiento de alta complejidad, a nivel de especialidad en los casos que corresponda. Este proceso se ajustará a los protocolos establecidos en flujograma de derivación definido por red local y/o en documento de Orientaciones Técnicas GES Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Para la ejecución de este componente se requiere que equipo APS mantenga una coordinación permanente con el nivel de especialidad para gestionar derivaciones y para la asesoría (consultorías) y apoyo de dichos equipos.

### **Acciones recomendadas para el desarrollo de los componentes 1 y 2**

1. Consulta o control médico
2. Consulta o control psicólogo
3. Consulta o control con otro profesional
4. Batería de exámenes para el diagnóstico.
5. Atención integral con terapeuta ocupacional
6. Consulta psicoeducativa por profesional
7. Visita a domicilio por enfermera, matrona, nutricionista, Terapeuta Ocupacional, trabajador social y/o kinesiólogo según necesidad, para acondicionar el entorno en el que vive la persona y entregar prestaciones socio sanitarias.
8. Tratamiento farmacológico
9. Intervenciones grupales
10. Aplicación de instrumentos de evaluación
11. Consultorías de salud mental.

## 8. PRODUCTOS ESPERADOS

Productos esperados del desarrollo del Componente 1: Atención socio sanitaria de personas con demencia en el nivel primario de salud.

- a) Plan de cuidado Integral para personas con demencia al 100% de la población objetivo, de acuerdo a población FONASA inscrita y validada e ingresada en plataforma SIGGES con GPP de tratamiento.
- b) Entregar una atención acorde a la realidad sociocultural de la persona con demencia, fomentando su autonomía, participación en la vida civil, social y económica, resguardando el ejercicio de sus derechos.

Productos esperados del desarrollo del Componente 2: Incremento de resolutivez de nivel de Atención primaria de salud.

- a) Presentación en consultoría de Salud Mental de casos de usuarios con sospecha fundada de demencia, con dificultades diagnósticas o de implementación de PCI en casos GES AOD. 12% de los casos presentados en consultorías corresponden a usuarios con

sospecha fundada de demencia, con dificultades diagnósticas en GES AOD o de implementación de PCI en casos GES AOD.

## 9. MONITOREO Y EVALUACIÓN

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.

Desde la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, se realizará el monitoreo del desarrollo del Programa en los meses de junio, agosto y diciembre. En estas evaluaciones se solicitará la información del desarrollo de los componentes y se evaluará además en función de los indicadores y sus medios de verificación, los que se especifican en tabla N°2.

### Primera Evaluación: Mes de Abril

Se efectuará con corte al 30 de abril. La información deberá ser enviada desde las comunas a los Servicios de Salud, con fecha tope de 5 días hábiles a contar de la fecha de corte, con el fin de pesquisar dificultades y corregirlas oportunamente, dando cuenta de:

1. Informe de recursos asignados para la contratación de:
  - a. Recursos humanos para el desarrollo del programa.
  - b. Servicios o adquisición de implementos, materiales o bienes, afines al desarrollo del Programa, previa autorización del Servicio de Salud correspondiente, de acuerdo a la normativa vigente.

El Servicio de Salud deberá enviar Informe de cumplimiento de cada comuna, en el formato que será elaborado por la División de Atención Primaria del MINSAL, con fecha tope de 10 días hábiles a contar de la fecha de corte del 30 de abril.

### Segunda Evaluación: Mes de Julio

Se efectuará con corte al 31 de Julio del año en curso. Conforme a los resultados obtenidos se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si el cumplimiento de las metas del programa es inferior al 50%, de acuerdo al siguiente cuadro: **Tabla N°1.**

Porcentaje de cumplimiento de metas del Programa	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
≥50%	0%
Entre 40% y 49%	25%
Entre 30% y 39%	50%
Entre 20% y 29%	75%
Menos del 20%	100%

En relación a 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 analizada y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar a la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud 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. El no cumplimiento de las actividades y metas anuales podrá incidir en la

menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

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

### Tercera Evaluación: Mes de Diciembre

Se realizará con corte al 31 de diciembre, fecha en que los establecimientos y comunas deberán tener el 100% de las prestaciones comprometidas por componente ejecutadas.

Los establecimientos y municipios deberán informar del cierre anual del programa y del desarrollo final obtenido en el informe final del programa.

Adicionalmente de las evaluaciones descritas, se podrá requerir el envío de informes de avances mensuales a los respectivos Servicios de Salud, y de éste, a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, del Ministerio de Salud, conforme instrucciones Ministeriales.

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, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

## 10. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN.

Nº	Objetivo	indicador	Fórmula de Cálculo	Medio de verificación	Meta	Ponderador
1	Entregar Atención socio sanitaria de personas con demencia en el nivel primario de salud en establecimientos dependientes de Servicios de Salud (componente 1).	Porcentaje de personas con apertura caso GES enfermedad de Alzheimer y otras Demencias atendidas por programa	Nº de personas atendidas por programa/ Nº de personas con apertura caso GES enfermedad de Alzheimer y otras Demencias en establecimiento	Estadística local SIGGES	70%	35%
2	Entregar Atención socio sanitaria de personas con demencia en el nivel primario de salud en establecimientos dependientes de Servicios de Salud (componente 1).	Porcentaje de personas con apertura caso GES enfermedad de Alzheimer y otras Demencias en tratamiento	Nº de personas atendidas por programa con Plan de Cuidado Integral (PCI) / Nº de personas con apertura caso GES enfermedad de Alzheimer y otras	Estadística local	70%	35%



		de mediana complejidad con Plan de cuidado integral (PCI)	Demencias Tratamiento mediana Complejidad en establecimiento			
3	Incremento de resolutivead de nivel de Atención primaria de salud. (componente 2)	Porcentaje de casos de enfermedad de Alzheimer y otras demencias presentados en consultorías de salud mental	N° de casos de enfermedad de Alzheimer y otras demencias presentados en consultorías de salud mental/ Total de casos presentados en consultorías de Salud mental.	Estadística local	70%	30%

## 11. FINANCIAMIENTO.

El Programa se financiará en Establecimientos de dependencia del Servicio de Salud 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 02, lo que 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 y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación.

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 70% contra convenio y el 30% restante, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en el ítem VI de este Programa, el cual se aplicará a los recursos asociados a los Subtítulos de gasto 22 "Bienes y Servicios de Consumo".

Los recursos serán asignados por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 70% a la total tramitación del acto aprobatorio, y el 30% restante en el mes de octubre, de acuerdo con los resultados de la evaluación con corte al 31 de julio, la cual se aplicará a los recursos asociados.

El gasto que irrogue el Programa deberá ser imputado al ítem 22, del presupuesto del Servicio de Salud, según corresponda.

2. **TRANSFIÉRASE**, con cargo al presupuesto Subtítulo 22 del Servicio de Salud y de los respectivos establecimientos, de un total de **\$64.810.140.-** (sesenta y cuatro millones ochocientos diez mil ciento cuarenta pesos), el siguiente detalle asociado a su respectiva meta.

<b>Establecimiento</b>	<b>Subt. 22</b>	<b>Meta &gt; 70% (cobertura 30% prevalencia demencia)</b>
<b>H. Adriana Cousiño de Quintero</b>	\$16,135,305	35
<b>H. Santo Tomás de Limache</b>	\$32,001,687	70
<b>H. Dr. Möll de cabildo</b>	\$13,446,087	29
<b>H. Petorca</b>	\$3,227,061	7
<b>Total SSVQ</b>	<b>\$64,810,140</b>	<b>141</b>

3. **ESTABLÉCESE**, que los fondos asignados 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.
4. **ESTABLÉCESE**, que los recursos asignados por el Servicio, en representación del Ministerio de Salud, serán transferidos en 2 cuotas: 70% a la total tramitación del acto aprobatorio, y el 30% restante en el mes de octubre, de acuerdo con los resultados de la evaluación con corte al 31 de julio, la cual se aplicará a los recursos asociados.
5. **DESÍGNESE** en este acto, como administrador y coordinador de la ejecución del programa a **PS. Juan Esteban Tirado Silva**, correo electrónico: [juan.tirado@redsalud.gob.cl](mailto:juan.tirado@redsalud.gob.cl), quien tendrá como función principal actuar como referente técnico de este servicio respecto del establecimiento y del Ministerio de Salud además de velar por la correcta ejecución y adecuado cumplimiento de las obligaciones asumidas por las partes.
- El establecimiento notificará al Servicio de Salud de la persona que actuará como referente técnico dentro del plazo de cinco días hábiles desde la fecha de la presente resolución.
6. **ESTABLÉCESE**, el cumplimiento expreso del propósito establecido en la presente resolución como una obligación en el ejercicio del cargo del Director de Establecimiento. Lo anterior, sin perjuicio de la facultad del Servicio de requerir la restitución de los recursos no ejecutados.

7. **ESTABLÉCESE**, la obligación de la Subdirección de Recursos Físicos y Financieros del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota de mantener debidamente actualizados y requerir los datos e informes relativos a la ejecución de los recursos financieros establecidos en la presente resolución, con los detalles y especificaciones que estime del caso, debiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo, en los términos dispuestos y conforme a lo establecido en la Resolución N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República.
8. **DISPÓNGASE**, la supervisión y control por parte del Referente Técnico del Programa, para velar por la ejecución de los recursos asignados a cada uno de los establecimientos de la Red Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.
9. **VERIFÍQUESE**, la correcta utilización de los fondos traspasados, por el Departamento de Auditoría del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, de acuerdo al programa anual aprobado por la Dirección del Servicio.
10. **IMPÚTESE**, el gasto que genere el cumplimiento de la presente Resolución al Subtítulo 22, del presupuesto vigente del Servicio de Salud.
11. **INSTRÚYASE**, el cumplimiento de la presente resolución a los establecimientos hospitalarios con atención primaria de salud de la red asistencial dependiente del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.

**ANÓTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE,**

**D. ALFREDO MOLINA NAVES  
DIRECTOR  
S. S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA**

EU.CHB/CA.GFT/aeg.

**DISTRIBUCION:**

- Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
- Director Hospital: Adriana Cousiño de Quintero, Santo Tomás de Limache, Dr. Möll de Cabildo, Petorca.
- Subdirección de Gestión Asistencial S.S.V.Q.
- Subdirección de Recursos Físicos y Financieros S.S.V.Q.
- Dirección de Atención Primaria S.S.V.Q.
- Unidad de Salud Mental S.S.V.Q.
- Of. de Partes S.S.V.Q.
- Archivo.

# Resolucion Hospitalaria GES Alzheimer Int.289

Correlativo: 1925 / 31-03-2021

Documento firmado por:

Nombre	Establecimiento	Cargo
Alfredo Andrés Molina Naves	DIRECCIÓN SSVQ	Director Servicio Salud

Documento visado por:

Nombre	Establecimiento	Cargo
Graciela Del Carmen Fuentes Torres	DIRECCIÓN SSVQ	Profesional Y Técnico Universitario
Maria Constanza Harbin Barahona	DIRECCIÓN SSVQ	Enfermera



Verificar: <https://verificar.ssvq.cl/>

Folio: 1F2-4PE-C56

Código de verificación: E1H-K3R-1IP