



Ilustre Municipalidad de Dalcahue

APRUEBA CONVENIO “BIOPSIOSOCIAL EN LA RED

ASISTENCIAL

SUSCRITO c/SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

DECRETO ALCALDICIO N° 1.874.-

DALCAHUE, 27 de julio del 2026.-

VISTOS: La Resolución Exenta N° 4430 del 15 de abril de 2026 del Servicio de Salud Chiloé; la sentencia de proclamación en la causa rol N°111-2024 del Tribunal Electoral Regional de los Lagos de fecha 30 de Noviembre de 2024 y que declara electa Alcaldesa de Dalcahue a doña Alejandra Villegas Huichamán; los Artículos 2°, 56 y siguientes de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, texto refundido.

DECRETO:

APRUÉBASE: En todos sus puntos el **“APOYO AL DESARROLLO BIOPSIOSOCIAL EN LA RED ASISTENCIAL, CHILE CRECE CONTIGO”** suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, y el Servicio de Salud Chiloé representada por el Director don Eric Gutiérrez Morales y mediante el cual el Servicio de Salud se compromete a transferir a la Municipalidad de Dalcahue durante el año 2026 la suma total de \$24.336.024.- (veinticuatro millones trescientos treinta y seis mil veinticuatro pesos) , en 2 cuotas, siendo la primera cuota correspondiente al 50% del total y asciende a \$12.168.012.- (doce millones ciento sesenta y ocho mil doce pesos).

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



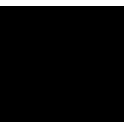
**SECRETARIA MUNICIPAL
DALCAHUE**



**ALCALDESA DE LA COMUNA
DALCAHUE**



CVG



Acceder al documento en línea



CLARA INES VERA GONZALEZ
SECRETARIA MUNICIPAL



MARÍA ALEJANDRA VILLEGAS HUICHAMÁN
ALCALDESA



RESOLUCION EXENTA Nº

4430

CASTRO, 15 ABR. 2026

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: El **Convenio** Apoyo al Desarrollo Bíopsicosocial en la Red Asistencial, Chile Crece Contigo, suscrito con fecha 9 de marzo de 2026 entre el **Servicio de Salud Chiloé** y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**; Resolución Exenta Nº 176 del 19 de febrero de 2025, que aprueba el Programa **Apoyo al Desarrollo Bíopsicosocial en la Red Asistencial, Chile Crece Contigo**, Resolución Exenta Nº 239 del 24 de febrero de 2026, y que aprueba los recursos 2026 para el Programa, ambas del Ministerio de Salud; lo dispuesto en el D.F.L. Nº 29 de 2005 del Ministerio de Hacienda, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.834 sobre Estatuto Administrativo; DFL Nº 1 de 2006 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. Nº 2.763 de 1979; Ley 19.378; Ley 20.229 de 2007 que otorga facultades para la creación del Servicio de Salud Chiloé; Ley 18.575 de Bases Generales de la Administración del Estado; Decreto Supremo Nº 140 de 2004 del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento de los Servicios de Salud; D.F.L. Nº 1 del 13 de febrero de 2008 del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial el 28 de junio de 2008, que crea el Servicio de Salud Chiloé; lo previsto en la lo previsto en la Resolución Nº 36 del 2024 de la Contraloría General de la República, y D.E Nº 44 del 07 de abril de 2026.

CONSIDERANDO: **1.-** Resolución Exenta Nº 239 del 24 de febrero de 2026 y que aprueba los recursos 2026 para el Programa de Apoyo al Desarrollo Bíopsicosocial en la Red Asistencial, Chile Crece Contigo 2026, cuyo propósito es Los niños y niñas menores de 5 años que se atienden en la red pública de salud, logran un desarrollo integral óptimo mediante la consolidación de un sistema de protección integral, de cobertura nacional y expresión comunal. **2.-** Que el Servicio ha modificado cláusulas del convenio para ajustarse a la legislación vigente, acoger alcances de la Contraloría Regional de los Lagos y perfeccionar el cumplimiento del mismo. **3.-** Dado lo anteriormente expuesto, es que a este Servicio de Salud le asiste la necesidad de aprobar el Convenio "Apoyo al Desarrollo Bíopsicosocial en la Red Asistencial, Chile Crece Contigo" suscrito con fecha 9 de marzo de 2026, ajustándose a la distribución de recursos establecido en Resolución Exenta Nº 239 del 24 de febrero de 2026 del Ministerio de Salud. **4.-** En mérito de los argumentos antes indicados, acogiendo razones de buen servicio, y a fin de que produzca todos sus efectos como en derecho corresponde, dicto lo siguiente:

RESOLUCIÓN

- 1. APRUEBASE, "CONVENIO APOYO AL DESARROLLO BÍOPSICOSOCIAL EN LA RED ASISTENCIAL, CHILE CRECE CONTIGO"** suscrito con fecha 9 de marzo de 2026, entre el

SERVICIO DE SALUD CHILOE y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, en virtud del cual el Servicio de Salud Chiloé conviene en asignar recursos, los que han sido aprobados mediante Resolución Exenta N° 239 del 24 de febrero de 2026, del Ministerio de Salud, fondos presupuestarios que ascienden la suma anual y única de **\$ 24.336.024.- (Veinticuatro millones trescientos treinta y seis mil veinticuatro pesos.)** a fin de ejecutar las acciones que se detallan en el Convenio señalado.

2. **TRANSFIÉRASE**, las cuotas correspondientes al 50% del total de los recursos del convenio, correspondiente a **\$ 12.168.012.-** previa verificación, por parte del Subdepartamento de Gestión Financiera del Servicio de Salud Chiloé, del cumplimiento por parte de la comuna de los requisitos definidos en la Resolución 30/2015 de la Contraloría General de la República, que hubiere cumplido con los reintegros y convenio de pago que se han hecho exigibles.
3. **SÍRVESE**, el presente documento como suficiente oficio remisor.
4. **IMPÚTASE** el gasto que irroque el cumplimiento de este al ítem 24-03-298 del año 2026
5. **PUBLÍCASE**, en Portal de Transparencia Activa, del Servicio de Salud Chiloé

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



D. FRANCISCO CAMILO DÍAZ
DIRECTOR (S)
SERVICIO DE SALUD CHILOÉ.

Dirección/Subdepartamento G.F./Jurídica/Dirección APS/S60/cmv

Distribución:

La que indica:

- Ilustre Municipalidad de Dalcahue
- Subdirección de Recursos Físicos y Financieros
- Subdepartamento Gestión Financiera, S.S. Chiloé.
- Departamento Jurídico, S.S. Chiloé.
- Dirección APS, S.S. Chiloé
- Subdepartamento de Cursos de Vida y Programas Transversales
- Subdepartamento Modelo de Salud Familiar y Gestión Territorial
- Subdepartamento de Gestión Operacional
- Subdepartamento de Programas y Procesos Estratégicos
- Referentes Técnicos del Programas. D. Daniela Elisa Águila Bustamante
- Of. Partes, S.S. Chiloé





CONVENIO
PROGRAMA APOYO AL DESARROLLO BIÓPSICOSOCIAL EN LA RED ASISTENCIAL, CHILE
CRECE CONTIGO

ENTRE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE

Y
SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

En Castro a 9 de marzo de 2026 entre el **Servicio de Salud Chiloé**, persona jurídica de derecho público, RUT N° 61.979.210-6, domiciliado en calle O'Higgins N° 504, en la ciudad de Castro, representado por su Directora **D. Eric Gutiérrez Morales**, del mismo domicilio, en adelante el "**Servicio**" y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**, corporación autónoma de derecho público RUT N° 69.230.300-8, domiciliada en Calle Pedro Montt N°105, de la comuna de Dalcahue, representada por su Alcaldesa **D. María Alejandra Villegas Huichamán**, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un Convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la "Municipalidad", su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 35 del 26 de diciembre de 2016, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

Por último, se indica que, mediante la dictación de Resolución Exenta N°01858 de fecha 15 de septiembre de 2023, de la Contraloría General de la República de Chile, se instaura el uso obligatorio del Sistema de Rendición electrónica de Cuentas (SISREC) por parte de los Servicios Públicos y Municipalidades que transfieren recursos públicos imputados a los subtítulos 24 y 33 del clasificador presupuestario.

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa:

Programa Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial, Chile Crece Contigo aprobado por Resolución Exenta N° 176 del 19 de febrero de 2025, del Ministerio de Salud, y sus recursos aprobados mediante Resolución Exenta N° 239 del 24 de febrero de 2026, ambas del Ministerio de Salud.

En el marco de la necesidad de actualizar ciertos aspectos normativos, y con el propósito de optimizar la implementación y eficiencia del Programa, se deja expresamente establecido que se mantienen vigentes las prórrogas automáticas otorgadas de los convenios vistos mediante Res Ex N° 15989 del 26 de diciembre de 2025 del Servicio de Salud Chiloé que prórroga convenios y aprueba transferencia de recursos de Programas de Reforzamiento en rediseño, en los términos señalados en el convenio original.

Además, si se disponen, se complementa con las Orientaciones Técnicas del Programa. El Programa y sus Orientaciones Técnicas, de estar disponibles, se entienden forma parte integrante del convenio, el que la "Municipalidad" se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento,



el que se encuentra disponible en la página WEB institucional del "Servicio" (<https://sschi.redsalud.gob.cl/>).

TERCERA: De las orientaciones técnicas. El Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar el cumplimiento Programa según lo siguiente:

1. ANTECEDENTES

Para avanzar hacia la igualdad de derechos y oportunidades, es imprescindible generar condiciones claves de desarrollo desde la primera infancia que permitan sentar las bases del desarrollo posterior. La etapa del desarrollo que va desde la gestación hasta los cuatro años es considerada desde la biología y las ciencias cognitivas, como el período más significativo en la formación del individuo, porque se estructuran las bases fundamentales de la salud física y mental, del lenguaje, de los hábitos y habilidades sociales, el control emocional y las capacidades cognitivas de los seres humanos. Estas bases acompañarán al individuo por el resto de su vida, y se consolidarán y perfeccionarán en sucesivas etapas del desarrollo. Todo este conocimiento sintetiza un sólido marco conceptual que fundamenta lo estratégico de la decisión política de invertir en la primera infancia.

Las ciencias del desarrollo han generado evidencia de cómo las variables del desarrollo humano (físico, cognitivo, social o emocional) son altamente sensibles a las influencias ambientales durante la primera infancia, comenzando en el útero y cuyos efectos repercutirán para toda la vida. Además, las condiciones adversas en los primeros años de vida han sido relacionadas con efectos negativos sobre el desarrollo cerebral; bajos rendimientos académicos y problemas conductuales a corto y largo plazo. Estas condiciones adversas tienen la capacidad de afectar la salud de las personas a lo largo de la vida, incluso en áreas tan diversas como el metabolismo de lípidos, la regulación de la presión arterial y/o el envejecimiento prematuro. Así, la pobreza y un ambiente adverso en los primeros años de vida pueden afectar el desarrollo en todas las áreas, limitando las posibilidades de alcanzar buenos rendimientos académicos, jugando un importante rol en la reproducción intergeneracional de la pobreza.

Por otro lado, se sabe que en los primeros mil días de vida del niño/a, su cerebro está en pleno desarrollo, alcanzando (en condiciones adecuadas de vida) un desarrollo del 80% a los 3 años y llegando a madurar al 100% a los 25 años.

De esta forma, invertir en la primera infancia y abordar la inequidad desde su origen por su importancia como determinante social de la salud y el bienestar de las personas, la comunidad y la sociedad, es consistente con la ética del desarrollo, el conocimiento científico y la discusión de políticas sociales, tanto a nivel nacional como internacional. Los economistas sostienen hoy, en base a la evidencia disponible, que la inversión en la primera infancia es una de las más potentes inversiones que un país puede realizar, con tasas de retorno varias veces mayor al costo de la inversión original (Carneiro y Heckman, 2003).

Por todas estas razones proteger y promover el desarrollo infantil en la primera infancia es imprescindible. No basta tener un niño/a sano, sino también, se debe velar para que además alcance todos los hitos esperados de su desarrollo y despliegue los talentos con que nace.

Desde el año 2007 se ha implementado el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP), que se constituye como eje del Subsistema de Protección Integral a la Infancia, destacándose por el refuerzo de la mirada promocional y preventiva en la atención regular de gestantes, niños y niñas menores de 5 años, tanto en la Atención Primaria de Salud como en el ámbito hospitalario, particularmente en los servicios de maternidad, neonatología y pediatría, con una cobertura nacional que alcanza a más del 98% de establecimientos de APS y hospitales de alta complejidad del país.

Actualmente, en el marco de la Ley N°21.430 sobre Garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia, el Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo de la Ley N°20.379 forma parte del Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia; cuya coordinación es liderada por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF) involucrando a todas las instituciones del Estado y múltiples actores de la sociedad, bajo el principio de intersectorialidad. Cabe destacar que Chile Crece Contigo inició el camino hacia la priorización en la gestión de políticas públicas integradas y multisectoriales dirigidas a niños y niñas en primera



infancia, priorizando la generación de condiciones de desarrollo que permitan el máximo despliegue de capacidades respetando la diversidad de familias y culturas, en ese orden de ideas, el componente de salud es esencial para acompañar a los equipos y las familias, ya que en la infancia se construyen las bases de aprendizaje, lenguaje, salud física, salud mental y desarrollo socio emocional.

2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

2.1. PROBLEMA PRINCIPAL QUE SE DESEA RESOLVER: Los niño/as presentan alteraciones en el desarrollo motor, cognitivo, social y emocional, que se acentúan por la disminución de ingresos, vulnerabilidad social de las familias y el escaso apoyo al ejercicio parental. En contextos de privación social y económica los niños/as viven experiencias adversas (EA) que generan estrés tóxico y afecta gravemente el desarrollo cerebral. La acumulación de EA genera mayor probabilidad de alteración al desarrollo infantil y una peor calidad de vida en la adolescencia y adultez.

2.2. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

El Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo (ChCC), se desarrolla en tres ámbitos:

- 1º Universal que entrega prestaciones a todos los niños y niñas del país, a través de los programas educativos masivos y propuestas legislativas, entre otras.
- 2º En el sector público de salud otorgando prestaciones a todos los niños y niñas que se atienden en el sector.
- 3º Otorgando prestaciones de manera diferenciada a niños y niñas que presentan alguna situación de vulnerabilidad.

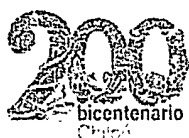
Por tanto, le corresponde al sector salud responder a las exigencias contenidas tanto en los convenios suscritos como a lo garantizado por el reglamento de la Ley 20.379 (D.S. N°14/2018 de MDSF), exigencias que se desarrollarán a través del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial (PADBP) que se aplica a niños y niñas usuarios del Sistema Público de Salud, desde su gestación hasta que cumplan cuatro años de edad. Para este efecto el Ministerio de Salud establecerá las condiciones técnicas básicas y orientaciones para la implementación de las prestaciones a través de un Catálogo de prestaciones, considerando, además, que el acceso al sistema integrado de intervenciones y servicios sociales que brinda ChCC, ocurre en el primer control de embarazo de las gestantes (Independiente del mes de gestación), que se atienden en la red pública de salud, prestación que se efectúa mayoritariamente en los centros de atención primaria, y que en términos generales, el eje de seguimiento al proceso de desarrollo de los niños/as se hace a través de la Red Asistencial de los Servicios de Salud del país (establecimientos de salud de atención primaria, maternidades y servicios de hospitalización pediátrica).

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL: Fortalecer el desarrollo de niños/as desde su primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar, a través de la promoción de factores protectores y prevención de alteraciones y/o riesgos psicosociales, con prestaciones complementarias al actual control prenatal, parto, puerperio, salud infantil y atención hospitalaria de niños/as; en los establecimientos públicos (CESFAM, maternidades, neonatología y pediatría).

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Fortalecer los cuidados prenatales enfatizando en la educación prenatal, detección del riesgo biopsicosocial y el desarrollo de planes de cuidado integral con enfoque familiar.
- 2) Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.
- 3) Fortalecer las intervenciones dirigidas a la población infantil en situación de vulnerabilidad y/o rezagos o déficit en su desarrollo integral.
- 4) Otorgar atención personalizada en el proceso de nacimiento.
- 5) Otorgar una atención integral al niño o niña hospitalizado(a), enfatizando los cuidados para el desarrollo integral.



- 6) Fortalecer la gestión del Componente Salud, a través de la Gerencia ChCC en los Servicios de Salud, mediante la integración programática, asesoría técnica y articulación sectorial e intersectorial.

3.3. PROPÓSITO: Los niños y niñas menores de 5 años que se atienden en la red pública de salud, logran un desarrollo integral óptimo mediante la consolidación de un sistema de protección integral, de cobertura nacional y expresión comunal.

4. POBLACIÓN

4.1. POBLACIÓN OBJETIVO: Niños y niñas desde la gestación hasta los 4 años 11 meses y 29 días de edad, inscritos en un establecimiento de Atención Primaria de Salud (APS) y validados por FONASA, que asisten a los controles regulares de salud en APS.

Cuantificación de la población objetivo: 639.483 niños y niñas distribuidos en establecimientos de APS municipales (612.967), dependientes de Servicios de Salud (20.490) y en ONG (6.026).

Fuente de información: Base datos de población inscrita validada por FONASA y disponible en MINSAL (PIV, 2024). Corresponde al resultado del proceso de certificación de la población inscrita en los establecimientos de atención primaria de salud, base para el cálculo del aporte fiscal a la APS del año 2024 del art. 49° de la Ley N°19.378. Se consideran las inscripciones validadas al 30.09.2023, conforme a lo indicado en el párrafo V de la Norma Técnica N°185, aprobada por Decreto N°45 del 29.01.2016.

4.2. COBERTURA DEL PROGRAMA

	2021	2022	2023
Población Objetivo (PIV)	792.622	769.909	710.388
Beneficiarios efectivos (PBC)	703.569	735.248	683.208
Cobertura	88,76%	95,49%	96,17%

Fuente: DIVAP, Reporte Programa Social MINSAL a MDSF.

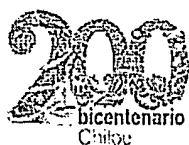
5. ESTRATEGIA DEL PROGRAMA

El Subsistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo, se ha definido como una red integrada de intervenciones y servicios sociales que apoyan al niño, niña y su familia desde la gestación, entregándoles las herramientas necesarias para que desarrollen el máximo de sus potencialidades y capacidades, considerando el rol que desempeñan los padres, la comunidad y las instituciones públicas en la provisión de oportunidades y apoyos. Esta red integra oportunamente una serie de prestaciones y servicios sociales relevantes, que actúan de manera simultánea y sincronizada sobre el conjunto de dimensiones del propio niño o niña en los períodos cruciales de su desarrollo y sobre las condiciones del entorno socio afectivo emocional y físico en el cual crecen.

El PADBP es el eje del Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo y se sustenta en la idea de que el seguimiento personalizado a la trayectoria del desarrollo de los niños y niñas desde su gestación hasta los 4 años 11 meses 29 días de edad, permitirá mejorar la calidad de vida de cada niño, niña y familia en función de sus necesidades particulares, ello implica la coordinación de los equipos de APS como del nivel secundarios, particularmente aquellos que trabajan en los servicios de maternidad, neonatología y pediatría para el seguimiento y continuidad del cuidado.

En el marco de este programa, se considerarán acciones complementarias al Plan de Salud Familiar, relacionadas con el fortalecimiento de los cuidados prenatales enfatizando la detección del riesgo psicosocial, el desarrollo de planes de cuidado integral con enfoque familiar, la atención personalizada del proceso de nacimiento, la atención integral al niño o niña hospitalizada que enfatiza los cuidados para el desarrollo, el fortalecimiento del control de salud del niño o niña con énfasis en el logro de un desarrollo integral y el fortalecimiento de las intervenciones en la población infantil en riesgo y/o rezagos en su desarrollo.

Por ello, el PADBP aumenta la cobertura de prestaciones promocionales y preventivas desde el período de gestación hasta los 4 años 11 meses 29 días de edad en el ámbito de salud integral y desarrollo



biopsicosocial; fortaleciendo prestaciones existentes e instalando otras nuevas, en diferentes niveles de promoción y la prevención:

- a) Promoción de acciones dirigidas al fortalecimiento de factores protectores del desarrollo integral
- b) Prevención primaria para la detección precoz de factores de riesgos durante el período de gestación hasta los 5 años
- c) Prevención secundaria para el diagnóstico precoz, primera respuesta y derivación oportuna a sector salud y/o red comunal.

Ello se traduce en otorgar al control de salud (prenatal o infantil), un rendimiento mayor que permita el acompañamiento al desarrollo psicosocial complementario, pero, además, complementa los exámenes biomédicos con la mirada psicosocial. De esta forma, aumentará la complementariedad y articulación entre el control de salud y otras prestaciones, tanto en el mismo sector salud como con otras prestaciones sociales del intersector según oferta local.

Por último, es importante señalar la importancia de resguardar el principio de la dignidad humana y el buen trato en los procesos de atención, ya que es esencial para crear un sistema de salud más humano y efectivo, particularmente en familias con niños y niñas. Este enfoque no solo mejora la experiencia del niño o niña (usuario/a) y su familia, sino que también promueve resultados clínicos más positivos y una mejor organización de los servicios dirigidos a esta población. La atención centrada en la persona debe ser una prioridad en todos los niveles del sistema de salud, garantizando que cada individuo sea tratado con el respeto y dignidad que merece.

5.1. **COMPONENTES**

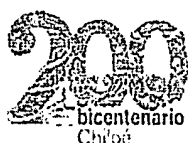
Los componentes del programa se vinculan al disponerse longitudinalmente para acompañar el desarrollo del niño/a con una mirada de curso de vida, fortaleciendo las prestaciones para la atención integral de la gestación, nacimiento y la vigilancia de la salud y del desarrollo durante la infancia, lo cual implica la coordinación y articulación de los equipos de APS y hospital de referencia (maternidad, neonatología y pediatría).

Nombre Componente	Descripción
1) Fortalecimiento del desarrollo prenatal	Atención integral, sistemática y periódica con un enfoque biopsicosocial que se otorga a la gestante con la participación de su pareja u otra persona significativa. Se inicia con el ingreso al control prenatal en el cual se consideran esenciales, tanto el establecimiento de una relación de ayuda entre la gestante y la matrona/matrón, como la evaluación del riesgo biopsicosocial. Luego, con estos antecedentes se diseña el plan de cuidado integral (PCI) y se priorizan las acciones según las necesidades y riesgos de cada gestante; focalizando en: • Fortalecimiento de los cuidados prenatales. • Atención integral a familias de gestantes en situación de vulnerabilidad. • Educación a la gestante y su pareja o acompañante significativo/a • Visita domiciliaria integral a gestantes con más de 3 riesgos psicosociales. • Gestión de alertas en Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM): Ingreso de gestantes, y de los riesgos detectados, así como el registro de la resolución de las acciones que competen al sector salud respecto del abordaje de los riesgos psicosociales pesquisados.



200
bicentenario
Chile

2) Atención personalizada del proceso de nacimiento	Atención integral y personalizada a la mujer gestante y la pareja o acompañante significativo/a en los diferentes momentos del proceso de nacimiento desde el parto, parto y posparto inmediato; atendiendo a sus necesidades emocionales y físicas durante el proceso, alternativas para el manejo oportuno del dolor y prácticas de salud con pertinencia cultural. El componente focaliza la atención: • Personalizada del parto, a través de la entrega de información necesaria para una toma de decisiones consensuada de la mujer gestante, favorecer la evolución fisiológica del proceso de parto (minimizando intervenciones innecesarias), respetar las decisiones de la mujer gestante en el proceso de nacimiento, entre otras. • Integral en el puerperio de la madre, padre, hijo/a; que incorpora elementos de atención y promoción de salud en los ámbitos de salud física y mental y detección de sintomatología depresiva y dificultades en el vínculo de apego.
3) Atención del al desarrollo integral del niño y niña hospitalizado/a	Atención que considera favorecer el desarrollo integral durante el periodo de hospitalización, con énfasis en la entrega de cuidados acordes a las necesidades de cada niño o niña y su familia, mediante la adecuación del ambiente físico, la detección de riesgo psicosocial, las intervenciones clínicas y de estimulación del desarrollo integral, a través de actividades educativas dirigidas a las familias. Este componente brinda atención integral a: • Recién nacido/a hospitalizado/a en neonatología. Niño y niña hospitalizado/a en pediatría.
4) Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y niña	Seguimiento a la trayectoria del desarrollo de los niños y niñas el cual se inicia con la atención integral proporcionada a la madre, al padre y a su hijo o hija en el control de la diada para evaluar el estado de salud, las condiciones familiares para el apoyo a la madre y cuidado del niño/a, el proceso de ajuste inicial y fomentar la lactancia materna. Se continua con los controles de salud infantil para evaluar el estado de salud integral, el logro de los hitos del desarrollo esperables para la edad, el contexto familiar del crecimiento, la calidad de relación vincular con la figura principal de cuidados, las intervenciones psicoeducativas que fomentan las habilidades parentales en la crianza y la promoción temprana del desarrollo del lenguaje y psicomotor. • Fortalecimiento del control de salud del niño y niña para el desarrollo integral. • Intervenciones educativas de apoyo a la crianza con énfasis en el fortalecimiento de las competencias parentales. • Gestión de alertas en Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM): Ingreso de los controles de salud del niño y niña, de los riesgos detectados, así como el registro de la resolución de las acciones que competen al sector salud respecto del abordaje de los riesgos psicosociales pesquisados.
5) Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad	Prestaciones diferenciadas establecidas para los niños y niñas que presentan alguna situación de vulnerabilidad en su desarrollo, con énfasis en los niños y niñas con diagnóstico de rezago o déficit (riesgos, retraso) en su desarrollo físico, emocional y/o cognitivo y también en aquellos con riesgos psicosociales. Por lo tanto, se despliegan acciones para el: • Fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago o déficit en su desarrollo integral, tales como, detección de riesgo psicosocial y/o alteración al desarrollo integral; derivación, ingreso y egreso de MADIS; visita domiciliaria integral, talleres promocionales y NEP, entre otras.



	• Gestión de alertas en Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM): Registro de los riesgos pesquisados, así como el registro de la resolución de las acciones que competen al sector salud respecto del abordaje de los riesgos psicosociales pesquisados.
--	---

6. INDICADORES

6.1. DE LAS PRESTACIONES OTORGADAS EN LA ATENCION PRIMARIA

A. Objetivo Específico Número 1: Fortalecer los cuidados prenatales enfatizando en la educación prenatal, detección del riesgo biopsicosocial y el desarrollo de planes de cuidado integral con enfoque familiar.

Indicador N° A1:

Indicador N° A1.1.: Promedio de visitas domiciliaria integrales (VDI) realizadas a familias con gestantes que presentan 3 o más riesgos psicosociales, según EPsA. OBLIGATORIO.

- **Numerador:** Número de visitas domiciliaria Integrales (VDI) realizadas a familias con gestantes que presentan 3 o más riesgos psicosociales según EPsA.
- **Denominador:** Número de gestantes que presentan 3 o más riesgos psicosociales según EPsA.
- **Medio de verificación:** Plataforma SRDM del Chile Crece Contigo.
- **Meta:** Promedio 4 visitas por gestante en riesgo al año. Agosto: 3 visitas (75%), Diciembre: 4 visitas (100%)
- **Lugar de registro:** Establecimientos APS.

Indicador N° A2: Porcentaje de gestantes que ingresan a educación grupal, presencial o remota en la atención primaria, en temáticas de autocuidado, preparación para el parto y apoyo a la crianza. OPTATIVO (de selección regional).

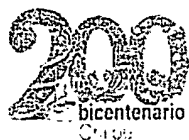
- **Numerador:** Número de gestantes que ingresan a educación grupal, presencial o remota: temáticas de autocuidado, preparación para el parto y apoyo a la crianza en la atención primaria.
- **Denominador:** Total de gestantes ingresadas a control prenatal.
- **Medio de verificación:** REM A27 Sección A - REM A05 Sección A - Plataforma SRDM del Chile Crece Contigo.
- **Meta:** 80% de las gestantes ingresan a taller prenatal en APS.
- **Lugar de registro:** Establecimientos APS.

B. Objetivo Específico Número 2: Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.

Indicador N° A6: Porcentaje de niños/as menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores/as ingresan a talleres Nadie es Perfecto, de forma presencial y remoto. OBLIGATORIO.

- **Numerador:** Número niños y niñas menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores/as ingresan a talleres Nadie es Perfecto presencial y remoto A.
- **Denominador:** Población bajo control de niños y niñas menores de 5 años.
- **Medio de verificación:** REM A27 Sección A + REM A31 SECCION L - REM P02 - Plataforma SRDM del Chile Crece Contigo.
- **Meta:** agosto 5%. Diciembre 10%.
- **Lugar de registro:** Establecimientos APS.

C. Objetivo Específico Número 3: Fortalecer las intervenciones dirigidas a la población infantil en situación de vulnerabilidad y/o rezagos o déficit en su desarrollo integral.



Indicador N° A9: Porcentaje de niños y niñas menores de 4 años con resultado de déficit (alteración de riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor (*) ingresados a modalidades de apoyo al desarrollo infantil (MADIS). OBLIGATORIO.

(*) Resultado de déficit en control de salud infantil con primera evaluación de EEDP y TEPSI.

- **Numerador:** Número de niños y niñas menores de 4 años con resultado de déficit en el desarrollo psicomotor Ingresados a MADIS.
- **Denominador:** Número de niños y niñas menores de 4 años con resultado de déficit en su desarrollo psicomotor.
- **Medio de verificación:** REM A03 Sección A2- REM A05 Sección F- Plataforma SRDM del Chile Crece Contigo.
- **Meta:** 80%.
- **Lugar de registro:** Establecimientos APS.

Indicador N° A11: Porcentaje de niños y niñas de 7 a 11 en categoría de déficit (riesgo y retraso) en el desarrollo psicomotor recuperados (categoría normal y/o normal con rezago). OBLIGATORIO.

- **Numerador:** Número de niños y niñas de 7 a 11 con resultado 'Normal' (sin rezago y excluyendo la categoría de origen de retraso) en la reevaluación y que en la primera aplicación obtuvieron resultado de "normal con rezago" o "riesgo".
- **Denominador:** Número de niños y niñas de 7 a 11 meses detectados con alteraciones del desarrollo psicomotor (excluyendo categoría retraso).
- **Medio de verificación:** REM A03 Sección A2- Plataforma SRDM del Chile Crece Contigo.
- **Meta:** 80%
- **Lugar de registro:** Establecimientos APS.

Indicador N° A12: Promedio de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias de niños y niñas de déficit en el desarrollo psicomotor según EEDP y TEPSI en la primera evaluación. OPTATIVO (de selección regional).

- **Numerador:** Número de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias de niños y niñas con déficit en el desarrollo psicomotor según EEDP y TEPSI en la primera evaluación, ingresados a MADIS.
- **Denominador:** Número de niños y niñas evaluados en categoría de déficit del desarrollo (en EEDP y TEPSI) en la primera evaluación, ingresados a MADIS
- **Medio de verificación:** REM A26 Sección A - REM A03 Sección A2- Plataforma SRDM del Chile Crece Contigo
- **Meta:** promedio 1,5 VDI por familia
- **Lugar de registro:** Establecimientos APS

7. PRODUCTOS ESPERADOS

7.1. EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Objetivo Específico N°1: Fortalecer los cuidados prenatales enfatizando en la educación prenatal, detección del riesgo biopsicosocial y el desarrollo de planes de cuidado integral con enfoque familiar.

Productos:

- 1) Ingreso precoz al primer control prenatal con énfasis en el establecimiento de una relación de ayuda y en la detección de factores de riesgo psicosocial, con énfasis en la detección de signos de embarazo no deseado que genera conflictos con la maternidad, consumo problemático de alcohol u otras drogas, antecedentes de riesgo psicosocial, sintomatología de salud mental perinatal como depresión u otros.
- 2) Entrega a las gestantes bajo control la guía de la Gestación "Empezando a Crecer" y de la "Agenda de Salud de la Mujer Gestante" y su respectivo registro en SRDM.
- 3) Plan de salud personalizado a las gestantes y su familia en situación de vulnerabilidad psicosocial = plan de cuidado integral realizado por equipo de cabecera.



- 4) Visita domiciliaria Integral (VDI) a las gestantes en situación de vulnerabilidad psicosocial, priorizando aquellas que presentan 3 o más riesgos y su respectivo registro en SRDM.
- 5) Registro de la información en el módulo de gestantes del SRDM: ingreso de las gestantes, entrega de materiales educativos en los controles prenatales, los riesgos biopsicosociales, participación en talleres prenatales u otras que están descritas en el Reglamento vigente, lo cual facilitará la activación de la red intersectorial local según vulnerabilidad psicosocial junto con el seguimiento y resolución de las alertas (Mesa de Articulación Interinstitucional comunal).
- 6) Educación grupal o individual a las gestantes, su pareja o acompañante significativo, incorporando el Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN) en las temáticas a tratar.

Objetivo Específico N°2: Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.

Productos:

- 1) Primer control de salud madre, padre o cuidador e hijo o hija de ingreso a la atención primaria (control de la diada).
- 2) Entrega y registro en SRDM del material "Acompañándote a Descubrir I, II y III" en los controles que corresponde según normativa vigente.
- 3) Control de salud Infantil.
- 4) Control de salud infantil con evaluación y seguimiento del desarrollo integral del niño y niña.
- 5) Intervención educativa grupal enfocada en el desarrollo de competencias parentales: uso de metodología de fomento de habilidades de crianza Nadie es Perfecto (TNEP).
- 6) Atención oportuna de niños y niñas de 0 a 12 meses en el taller de promoción temprana del desarrollo: motor y lenguaje.
- 7) Registro de la información de niños y niñas en el módulo de infancia del SRDM: ingreso, controles de salud infantil, entrega de materiales educativos en los controles de salud, los riesgos biopsicosociales, participación en talleres NEP u otras que están descritas en el Reglamento vigente, lo cual facilitará la activación de la red intersectorial local según vulnerabilidad psicosocial junto con el seguimiento y resolución de las alertas (Mesa de Articulación Interinstitucional comunal).

Objetivo Específico N°3: Fortalecer las intervenciones dirigidas a la población infantil en situación de vulnerabilidad, rezagos y/o déficit en su desarrollo integral.

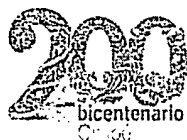
Productos:

- 1) Atención de salud al niño y niña con factores de riesgo biopsicosociales en MADIS y registro en SRDM.
- 2) Atención de salud al niño y niña con rezago en su desarrollo integral en MADIS y registro en SRDM.
- 3) Atención de salud al niño y niña con déficit en su desarrollo integral (riesgo o retraso) en MADIS y registro en SRDM.
- 4) Visita domiciliaria Integral (VDI) para familias de niños y niñas menores de cinco años en situación de alta vulnerabilidad para su desarrollo biopsicosocial y registro en SRDM.
- 5) Visita domiciliaria integral (VDI) para familias de niños y niñas menores de cinco años evaluadas/os con rezago o déficit (riesgo o retraso) en su desarrollo y registro en SRDM.
- 6) Registro de la información de niños y niñas en el módulo de infancia del SRDM: ingreso, controles de salud infantil, entrega de materiales educativos en los controles de salud, los riesgos biopsicosociales, participación en talleres NEP u otras que están descritas en el Reglamento vigente, lo cual facilitará la activación de la red intersectorial local según vulnerabilidad psicosocial junto con el seguimiento y resolución de las alertas (Mesa de Articulación Interinstitucional comunal).

8. MONITOREO Y EVALUACIÓN

8.1. MONITOREO

El monitoreo y evaluación se orienta a conocer la ejecución en el tiempo de este Programa, acotado al año presupuestario, con el propósito de mejorar su efectividad y eficiencia, realizando las mejoras



que sean necesarias. Dicho monitoreo y evaluación tendrá como primera instancia a los respectivos Servicios de Salud y, en segunda instancia, al Departamento de Control de Gestión y Calidad, junto al equipo Chile Crece Contigo del Departamento de Gestión de los Cuidados, ambos de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud.

El cumplimiento del programa se determinará a través de indicadores centinelas y del registro de la entrega de materiales en los controles de salud de la gestante y del niño/a, los cuales están contenidos en el Catálogo de Prestaciones vigente del Programa Eje.

En conformidad a lo establecido en el Reglamento de la Ley N°20.379, artículos, 10, 11 y 18 del Decreto Supremo N°14 de 2017, del MDSF, todas las acciones y prestaciones que en el marco del PADBP, se entreguen o implementen respecto de los niños, niñas y gestantes beneficiarias del subsistema, deberán ser registradas en el Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM).

Existen dos tipos de Indicadores:

- a. **Indicadores obligatorios** que serán comunes para todo el país, fijados por MINSAL, cuyo peso corresponde al 70% de la ponderación total.
- b. **Indicadores optativos**, los cuales serán comunes para la región y serán seleccionados por los Servicios de Salud que la integran en conjunto con la SEREMI de Salud, como representante de la mesa regional, cuyo peso corresponde al 30% de la ponderación total.

8.2. EVALUACIÓN

Se efectuarán dos evaluaciones durante el año:

- a. **Primera evaluación:** se realizará con el corte DEIS y SRDM al 31 de agosto; incluye las actividades acumuladas desde enero a agosto. MINSAL informará los resultados de este primer corte, durante el mes de octubre.

En el caso de indicadores que tengan como medio de verificación el REM P, se utilizarán los datos del año en curso y la meta mantiene su forma progresiva proporcional al periodo del año.

De acuerdo con los resultados obtenidos de DEIS y SRDM en esta evaluación, para los casos de incumplimiento de la meta, se efectuará la **reliquidación** de la segunda remesa del Programa.

- b. **Segunda evaluación:** se realizará con el corte DEIS y SDRM al 31 de diciembre; incluye las actividades acumuladas de enero a diciembre. Esta evaluación final tendrá implicancias en la asignación de recursos del año siguiente.

Los datos de ambas evaluaciones del programa serán recolectados por: el Departamento de Información y Estadística de Salud mediante los "Resúmenes Estadísticos Mensuales" (REM) y "Población bajo control" (REM P); Departamento de Control de Gestión y Calidad mediante la información disponible del Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SDRM) del MDSF y desde la plataforma de gestión del Componente de Salud del Chile Crece Contigo.

La fecha de extracción de datos queda supeditada a la entrega de las correspondientes bases por parte del DEIS y del MDSF. Dicha información reflejará las actividades realizadas por los equipos locales y servirá como respaldo para las evaluaciones, con los respectivos ajustes señalados por los Servicios de Salud. Tanto los referentes de los Servicios de Salud como los referentes ministeriales deberán velar por el oportuno envío de los datos REM y población bajo control, junto con la solicitud oportuna a MDSF de los datos del SRDM, considerados en la evaluación del programa.

8.3. METODOLOGÍA DE CÁLCULO DEL CUMPLIMIENTO

El cumplimiento del programa se determinará a través de los indicadores obligatorios, comunes para todo el país, que tienen un peso de 70% de la ponderación total y los indicadores optativos, comunes para la región que ponderan el 30% restante. Los indicadores regionales optativos, deberán ser informados en el primer corte evaluativo.



La ponderación de cada indicador está señalada en el anexo N°1 y no podrá ser modificada por los Servicios de Salud ni por las entidades administrativas, a menos que en el contexto de alerta sanitaria, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, previa resolución así lo determine.

Se medirán los siguientes indicadores:

- a) **Seis (6) Indicadores de Atención primaria (A):** Cuatro (4) serán obligatorios, es decir, comunes para todo el país, y dos (2) optativos que serán elegidos en cada región y comunes para los distintos Servicios de Salud que la conforman.

Los indicadores optativos deben responder a las necesidades particulares de los niños, niñas y gestantes de la región, ya sea para fortalecer estrategias y/o prestaciones de apoyo al desarrollo integral como para atender a aquellas poblaciones de mayor riesgo. Con ello, los convenios del programa efectuados entre las comunas y los Servicios de Salud, tendrán una mayor pertinencia regional, dando una respuesta más cercana a las necesidades sanitarias territoriales, en términos de prevalencia y/o incidencia de factores que impactan el desarrollo infantil, interculturalidad, dispersión geográfica, migración u otras variables.

La descripción de cada indicador está señalada y vinculada a los objetivos del programa en el anexo N°1 y han sido agrupados, según las prestaciones que otorga cada unidad administrativa:

- Para las que provean solo atención primaria de salud los indicadores A1 al A12.
- Las 'unidades administrativas' que implementen solo atención secundaria se medirán con los indicadores H1 al H8.
- Para las que proveen Atención Primaria y Secundaria se promediará su resultado.
- Para la Gestión del Servicio de Salud, se medirán los indicadores G1 al G3.

La fórmula de cálculo para cada indicadores será: $RP = ((N/D)/M) * P$, donde RP es el resultando ponderado, N el numerador, D el denominador, M la Meta, y P el ponderador. El detalle de los ponderadores se detalla en el anexo N°1.

Si una unidad administrativa no posee población beneficiaria o no provee la intervención en cuestión, el peso ponderado de ese indicador se distribuirá proporcionalmente para efectuar su evaluación.

Las unidades administrativas que no ingresen los datos de cumplimiento del Programa, según los plazos establecidos se consideraran con cumplimiento mínimo.

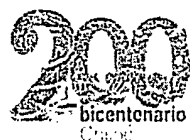
Este set de indicadores contempla como medios de verificación, en el caso de las prestaciones contenidas en el Catálogo los registros agregados e innominados provistos por el Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) a través de los Registros Estadísticos Mensuales y de Población Bajo Control, en sus series A y P respectivamente y como segunda fuente de información como medio de verificación los datos contenidos en el Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SDRM) del Ministerio de Desarrollo Social. Estos datos serán utilizados para calcular en detalle el resultado de los talleres de Competencias Parentales "Nadie es Perfecto", las Visitas Domiciliarias Integrales realizadas a gestantes y la entrega del set de Implementos del Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN).

La inclusión de este sistema de registro como medio de verificación de indicadores, se enmarca en el reglamento de la Ley 20.379, aprobado por Decreto Supremo N°14 de 2017, del Ministerio de Desarrollo Social, y en el Convenio de Transferencias con MIDESO y FONASA, Decreto Supremo N° 41 del año 2011 de MIDESO y sus modificaciones.

Para los indicadores de gestión se considerarán los registros incorporados en la Plataforma de Gestión del Componente de Salud del Chile Crece Contigo y en el formulario de carga de respaldo.

8.4. RELIQUIDACIÓN

Para recibir el total de recursos anuales señalados en el convenio respectivo, se deberá dar cumplimiento a las acciones y metas comprometidas a la fecha del corte, en caso contrario, se realizará la reliquidación del programa.



La **reliquidación**, se hará efectiva en el mes de octubre, si es que el resultado final de la ponderación de los Indicadores de la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de Salud **es inferior al 60% en el corte de agosto**, cumplimiento en relación al 100% de la meta anual. El descuento será proporcional al porcentaje de incumplimiento.

En relación a los recursos producto de la reliquidación que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, estos 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, en el mismo programa.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento de las metas, la comuna podrá solicitar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, la no reliquidación del Programa, adjuntando los antecedentes de respaldo y un Plan de Trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. El Servicio de Salud, una vez analizada y aprobada la solicitud, remitirá el consolidado de las comunas que apelan a la no reliquidación, mediante Oficio a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, adjuntando los antecedentes respectivos, que resolverá la petición.

Lo anterior, no obsta a que Servicio de Salud deba evaluar el Programa al 31 de diciembre y las unidades administrativas tengan la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período. Con todo, el 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.

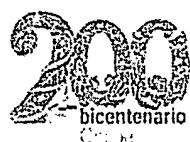
En circunstancias de fuerza mayor, las evaluaciones (agosto y diciembre) podrán ser modificadas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, previa resolución que así lo determine, pudiendo redefinirse el cumplimiento de metas y suspenderse la reliquidación de la segunda cuota del Programa durante el período en curso, manteniendo el monitoreo de su ejecución. En este contexto la evaluación no tendría implicancias en la asignación de recursos del año siguiente, sin embargo, conforme a las prioridades sanitarias y realidad territorial se podrán reasignar los recursos en el marco del mismo Programa. No obstante, el Servicio de Salud deberá velar por la adecuada ejecución y verificar la existencia de razones fundadas en caso de incumplimiento.

ANEXO 1: INDICADORES PADBP ATENCIÓN PRIMARIA: OBLIGATORIOS Y OPTATIVOS

INDICADORES OBLIGATORIOS ATENCIÓN PRIMARIA							
Id	Componente	Subcomponente	Indicador	Númerador / Denominador	Meta	Ponderación	Medio de verificación
A1.1	I. Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal	B. Atención Integral a familias en situación de vulnerabilidad psicosocial	Promedio de Visitas domiciliarias Integrales (VDI) realizadas a familias con gestantes en situación de riesgo psicosocial según EPSA que presentan al menos 3 riesgos psicosociales	Número de visitas domiciliarias Integrales (VDI) realizadas a familias con gestantes que presentan 3 o más riesgos psicosociales según EPSA	Ago: 3	7%	SRDM VDI
				Número de gestantes que presentan 3	Dic.: 4		



				o más riesgos psicosociales según EPsA			
A6	IV. Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y la niña	B. Intervenciones educativas de apoyo a la crianza	Porcentaje de niños(as) menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres Nadie es Perfecto de forma presencial o remoto	Número niños y niñas menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores/as ingresan a talleres Nadie es Perfecto presencial y remoto A	Ago: 5%	18%	REM A27 Sección A: Personas que ingresan a educación grupál según áreas temáticas y edad
				Población bajo control de niños y niñas menores de 5 años	Dic.: 10%		REM A32 Sección L: Educación Grupál Remota según áreas temáticas y edad
A9	V. Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad	A. Fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y/o déficit en su desarrollo integral	Porcentaje de niños y niñas menores de 4 años con resultado de déficit (alteración de riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor (*) ingresados a modalidades de apoyo al desarrollo infantil (MADIS)	Número de niños y niñas menores de 4 años con resultado de déficit en el desarrollo psicomotor ingresados a MADIS	80%	30%	REM A05 Sección F: Ingresos y egresos a sala de estimulación, servicio itinerante y atención domiciliaria
				Número de niños y niñas menores de 4 años con resultado de déficit en su desarrollo psicomotor			REM A03 Sección A.2 Resultados de la aplicación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor



				Número de niños y niñas de 7 a 11 con resultado 'Normal' (sin rezago y excluyendo la categoría de origen de retraso) en la reevaluación y que en la primera aplicación obtuvieron resultado de "normal con rezago" o "riesgo"			SRDM
A11	V. Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad	A. Fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral	Porcentaje de niños y niñas de 7 a 11 meses con alteraciones en el DSM recuperados (categoría normal y/o normal con rezago)	Número de niños y niñas de 7 a 11 meses detectados con alteraciones del desarrollo psicomotor (excluyendo categoría retraso)	80%	15%	REM A03 Sección A.2: Resultados de la aplicación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor
INDICADORES OPTATIVOS ATENCIÓN PRIMARIA							
Id	Componente	Subcomponente	Indicador	Numerador / Denominador	Meta	Ponderación	Medio de verificación
A1.2	I. Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal	B. Atención integral a familias en situación de vulnerabilidad psicosocial	Porcentaje de gestantes con 3 o más riesgos psicosociales pesquisados que cuenta con Plan de Cuidado Integral formulado	Número de gestantes con 3 o más riesgos psicosociales pesquisados que cuenta con Plan de Cuidado Integral Número de gestantes con 3 o más riesgos psicosociales pesquisados	80%	15%	REM A03 Sección B2



A12	V. Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad	A. Fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral	Promedio de Visitas Domiciliares Integrales realizadas a familias de niños(as) con resultado de déficit en el desarrollo psicomotor según EEDP y TEPSI en la primera evaluación	Número de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias de niños y niñas con déficit en el desarrollo psicomotor según EEDP y TEPSI en la primera evaluación, ingresados a MADIS Número de niños y niñas evaluados en categoría de déficit del desarrollo (en EEDP y TEPSI) en la primera evaluación, ingresados a MADIS	1,5	15%	REM A26 Sección A: Visitas domiciliarias integrales a familias REM A03 Sección A.2: Resultados de la aplicación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor
		(*) Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo de Chile Crece Contigo (SRDM)				30%	

Orientación Técnica de Programa: Se entienden parte integrante del presente convenio.

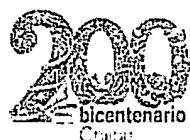
Plan de mejoras: El referente técnico podrá solicitar plan de mejora cuando estime conveniente, principalmente cuando detecte casos en que se observe incumplimiento de los indicadores del programa que afecten la correcta ejecución de este.

Evaluación: El servicio podrá realizar auditorías y solicitar informes complementarios si se requiere y utilizar otras fuentes de verificación de la información presentada por la comuna en el caso que fuera necesario para evaluar pertinencia técnica y proporcionalidad del gasto, lo anterior sustentado en el uso eficiente de los recursos del estado.

Registro REM para evaluar proporcionalidad: Se realizará en base a la programación de N° de actividades a acordar entre referente técnico del Servicio de Salud y encargados técnicos de las respectivas comunas. La programación de la cartera de prestaciones asociada al programa se elaborará en base a las orientaciones técnicas del programa, u otros instrumentos normativos de MINSAL según corresponda.

El acuerdo de las prestaciones a realizar deberá quedar escrito en acta de reunión entre los referentes técnicos del Servicio de Salud y los referentes técnicos de las comunas u a través de otro mecanismo formal de acuerdo. Sin embargo, al ser el proceso de programación operativa un proceso dinámico, éste podrá ser modificado si se requiere a solicitud de la comuna, para tal efecto se podrá solicitar por correo electrónico con la debida fundamentación, la que será revisada y sujeta a aprobación del Servicio de Salud y MINSAL.

Si los acuerdos de prestaciones mínimas a registrar en REM u otro medio de verificación de parte de la comuna no se cumplen se deberá rendir proporcionalmente de acuerdo a las horas o prestaciones efectivamente ejecutadas.



Modificaciones: se podrán solicitar Modificaciones de cláusulas técnicas, financieras y administrativas hasta los 5 primeros días hábiles de septiembre del año en curso, esto implica que la comuna deberá prever anticipadamente aquellas situaciones que pueden poner en riesgo el cumplimiento de uno o más componentes del convenio. Dichas modificaciones, en términos financieros, sólo aplican a la segunda y/o tercera cuota o duodécimos, pendientes de transferir.

La solicitud de la Municipalidad, debe ingresar al Servicio en el plazo ya definido, vía oficio al Servicio o correo electrónico por parte del Jefe(a) de Salud comunal indicado el programa y argumentos técnicos que respaldan la solicitud. De utilizar como medio de envío el correo electrónico se debe enviar al correo informado por oficio del Servicio de Salud. De no contar con la argumentación técnica se rechazará de plano la solicitud, considerándose como no presentada, lo que se informará a la comuna por escrito, mediante el medio de comunicación más expedito. La aprobación de una solicitud será mediante addendum al Convenio y dictación de la respectiva Resolución Aprobatoria.

No se aceptarán solicitudes de extensión de vigencia del convenio en materias financieras, ya que se entiende que prever situaciones problemáticas para el término de éste es una actividad acordada por las partes y se podrá establecer alternativas de solución en forma oportuna.

Del personal

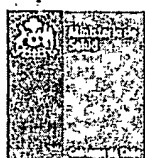
Los contratos del personal que se vayan a celebrar para el cumplimiento de los objetivos del convenio, así como su calidad jurídica, se ajustarán a las profesiones definidas en el programa de reforzamiento, orientaciones técnicas y el presente convenio, en el marco de la Ley 19.378 del Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal, esto es contratos a plazo fijo e indefinido, reglamentos, leyes complementarias, leyes de aplicación supletoria, esto es, honorarios bajo Ley N° 18.883.

De los plazos

Los plazos definidos en el presente instrumento, y que afecten a la Municipalidad, tendrán por regla general el carácter de fatales; salvo aquellas que se refieren a la presentación de planes de gastos o modificaciones, que podrán excepcionalmente ser considerados, cuando se fundamenten en circunstancias o consideraciones de caso fortuito o fuerza mayor lo que será evaluado y sancionado por la Dirección de Servicio (o Subdirección de APS), previo informe del Departamento Jurídico del Servicio de Salud.

CUARTA: De los recursos financieros. Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Servicio de Salud viene en asignar a la "Municipalidad" los siguientes recursos para el logro de lo señalado en los indicadores de gestión e impacto, los que serán transferidos de la siguiente manera

	Monto total	Cuotas	Monto cuota	Porcentaje cuota %	Requisito transferencia
Convenio	\$ 24.336.024.- Veinticuatro millones trescientos treinta y seis mil veinticuatro pesos.	Primera cuota	\$ 12.168.012.-	50	Contra la aprobación del convenio mediante resolución.
		Segunda cuota	\$ 12.168.012.-	50	Sujeta a los resultados de la evaluación señalada en el presente convenio.
Fecha inicio Convenio / Addendum	Tendrá vigencia a partir de la total tramitación del último acto administrativo que lo apruebe, no obstante, por razones de buen servicio, se entiende que éste se ha iniciado a partir del 1° de enero de 2026, fecha anterior a la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, considerando el artículo 52 de la Ley N° 19.880 que autoriza la retroactividad del acto administrativo en la medida en que produce efectos favorables para las partes y no lesiona derechos de terceros.				
Ingreso a SISREC	Este Convenio se ingresará a SISREC como Proyecto por el monto total en el caso de no ser definido por componentes, en cuyo caso, se ingresan tantos proyectos como componentes se definan.				



Detalle Financiero:

Componentes	FORTALECIMIENTO DEL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO Y NIÑA		FORTALECIMIENTO DEL DESARROLLO PRENATAL Y FORTALECIMIENTO DEL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO Y NIÑA		
Productos esperados	Fortalecer las intervenciones dirigidas a la población infantil en situación de vulnerabilidad y/o rezagos o déficit en su desarrollo integral. (Recurso Humano)		Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral. (Equipamiento, inversión, insumos de sala de estimulación)		
Indicadores	Porcentaje de niños(as) con resultado de déficit en el desarrollo psicomotor en la primera evaluación, ingresados a modalidad de estimulación	Porcentaje de niños(as) con resultado de rezago en EEDP y TEPSI en la primera evaluación ingresados a modalidad de estimulación	Porcentaje de niños(as) menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres. Nadie es Perfecto, de forma presencial o remoto	Porcentaje de niños(as) menores de 1 año cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres presenciales o remotos de Promoción del desarrollo: motor y lenguaje.	Marco presupuestario
Dalcáhue	\$22.895.866.-		\$1.440.158.-		\$24.336.024.-

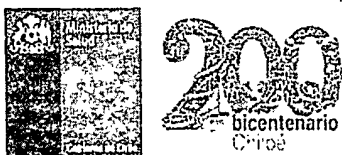
Toda transferencia de recursos está sujeta a la disponibilidad presupuestaria del Servicio y se hace presente que de conformidad al inciso 2 del artículo N°18 de la Resolución N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República, "En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido cuenta de la transferencia anterior,". En consecuencia, este Servicio de Salud, no transferirá nuevos recursos del programa, mientras la Municipalidad no haya resuelto el reintegro de los saldos no utilizados en el ejercicio anterior y que deben ser Ingresados a Rentas Generales de la Nación, instrucción impartida en el Artículo Nro.26 de la actual Ley de Presupuesto de la Nación Nro.21.722 del año 2026 o según defina la Ley de Presupuesto del año en ejecución teniendo en consideración que el presente convenio establece la posibilidad de prórroga automática.

QUINTA: El Servicio podrá requerir a la "Municipalidad" los datos e informes relativos a la ejecución del Programa y lo señalado en el presente convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso efectuando evaluación del mismo.

Sin perjuicio de lo anterior, la Municipalidad deberá rendir cuenta de las actividades efectuadas, con los respectivos respaldos documentales que correspondan, de acuerdo a lo establecido en la Resolución N° 30 del año 2015 de la Contraloría General de la República que "Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas". Al respecto dicha Resolución señala en su artículo N° 20 "Las referidas unidades deberán preparar mensualmente una rendición de cuentas de sus operaciones, dentro de los quince (15) días hábiles administrativos siguientes al mes que corresponda, o en las fechas que la ley contemple."

La Municipalidad, quedará obligada en su calidad de ejecutor, a lo siguiente:

- Utilizar el SISREC para la rendición de cuentas a que dé lugar el presente convenio, ocupando las funcionalidades que otorga el perfil ejecutor, dando cumplimiento al marco normativo aplicable, incluyendo la preceptiva de la resolución N° 30, de 2015, de la Contraloría General de la República. En relación a lo anterior, el "Servicio" sólo revisará rendiciones a través de SISREC.
- Designar a los funcionarios que tengan las calidades de analista ejecutor, encargado ejecutor y su subrogante y ministro de fe en el SISREC.
- Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas con documentación electrónica y digital a través del SISREC. Lo anterior incluye, por ejemplo, la habilitación de firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, y quién corresponda, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.



d) Custodiar adecuadamente los documentos originales de la rendición garantizando su autenticidad, integridad y disponibilidad para las revisiones de la Contraloría General de la República, en el marco de la normativa legal pertinente.

e) Rendir gastos en forma proporcional a la ejecución técnica del Convenio según define el artículo tercero de este convenio.

f) Quienes rindan gastos en una rendición de cuentas deberán ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo N°8 de la Ley N° 18.575 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE BASES GENERALES DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO y lo que disponga la LEY DE PRESUPUESTOS DEL SECTOR PÚBLICO correspondiente al año de los convenios suscritos.

Respecto a los plazos de rendición de cuentas, entrega de la rendición al Servicio, quienes rindan gastos, en una rendición de cuentas, se ajustarán a la Resolución Exenta N°30/2015 de la Contraloría General de la República en lo que respecta a la rendición mensual proporcional la que debe reflejar la ejecución técnica del convenio y la transferencia de recursos desde el Servicio de Salud; teniendo presente que la plataforma de rendiciones de Contraloría "SISREC" este operativa permanentemente durante la ejecución del convenio; en base a lo indicado, las partes acuerdan que ante un gasto observado por parte del Servicio, la Municipalidad podrá subsanarlo, sólo a través de la plataforma SISREC, además, quienes rindan gastos en una rendición de cuentas deberán ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo N°8 de la Ley N° 18.575 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE BASES.

Ante un gasto observado por parte del Servicio, la Municipalidad podrá subsanarlo, sólo a través de la plataforma SISREC, presentando los antecedentes requeridos. Presentados estos antecedentes, el Servicio de Salud procederá a su revisión y si aún existen gastos que resulten observados, se llevarán los antecedentes a una comisión integrada por el Jefe del departamento Salud o Desam de la Comuna respectiva, encargado del respectivo programa de la Comuna, la Directora (or) de APS, Jefe del Subdepartamento respectivo, el referente del programa y el Asesor jurídico del Servicio de Salud Chiloé, quienes resolverán su aprobación o eliminación.

El Servicio, quedará obligado en su calidad de otorgante, a lo siguiente:

a) Designar a los funcionarios para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado y analista otorgante.

b) Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas del proyecto con documentación electrónica y digital a través del SISREC durante el periodo de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para la ejecución del proyecto. Lo anterior incluye, por ejemplo, la habilitación de firma electrónica avanzada del encargado otorgante y su subrogante, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e Internet.

c) Quienes revisen gastos en una rendición de cuentas deberán ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo N°8 de la Ley N° 18.575 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE BASES GENERALES DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO y lo que disponga la LEY DE PRESUPUESTOS DEL SECTOR PÚBLICO correspondiente al año de los convenios suscritos.

Respecto a los plazos de revisión de gastos, quienes revisen gastos en una rendición de cuentas, ante un gasto observado por parte del Servicio y presentada por parte de la Municipalidad su corrección deberá ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo N°8 de la Ley N° 18.575 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE BASES GENERALES DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO y lo que disponga la LEY DE PRESUPUESTOS DEL SECTOR PÚBLICO correspondiente al año de los convenios suscritos.

La obligación de rendir cuenta, señalada en el inciso precedente, subsistirá aun cuando la Municipalidad ejecute las actividades, a través de su Corporación de Salud, en cuyo caso la



"Municipalidad", deberá arbitrar las medidas administrativas que sean necesarias, para que dicha entidad también le rinda cuenta, tanto de los recursos como de las actividades realizadas.

SEXTA: Será de responsabilidad de la "Municipalidad" velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en los diferentes establecimientos de salud. Lo anterior independiente de las atribuciones que le competen al Servicio, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de eventuales revisiones que pudiese efectuar.

SÉPTIMA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el valor correspondiente a la parte transferida y no ejecutada, observada o no rendida del programa objeto de este instrumento, deberá ser reintegrado por la "Municipalidad" a la Renta general de la Nacional dentro del mes de enero de 2026 o al cierre del proyecto en SISREC.

Los recursos transferidos a la "Municipalidad" sólo podrán ser destinados para el cumplimiento de las prestaciones mínimas establecidas en el convenio, sin embargo en el caso de que la "Municipalidad" cumpla con lo acordado y optimice el gasto de dichos recursos, los excedentes se podrán utilizar en la realización de las mismas prestaciones dentro de los parámetros establecidos en el programa, que no implique una modificación de cláusulas del convenio ni extensión de su vigencia, lo cual se realizará previa solicitud, vía oficio dirigido al Servicio de Salud, antes del término del año en curso y con la aprobación de éste el cual constará por cualquier medio de comunicación por escrito.

El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en el caso que la "Municipalidad" se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

OCTAVA: El presente convenio de transferencias de recursos incluidas las modificaciones que regulen las actividades, acciones y gastos del mismo, tendrá una vigencia hasta el 31 de diciembre del mismo año y extendiéndose la revisión de los gastos hasta la aprobación de la rendición de cuentas, o bien, hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados o rechazados.

El convenio se podrá prorrogar de manera automática en los siguientes términos

a) De la prórroga automática.

Las partes acuerdan que el presente convenio se prorrogará automática y sucesivamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuesto del Sector Público del año respectivo (siguiente), salvo que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.

b) De la vigencia y cómo se formaliza.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año. Esta prórroga se formalizará mediante Resolución Exenta o la toma de razón de Resolución Afecta del Servicio de Salud la que establecerá las metas y recursos asociados.

c) De la representación por parte del Municipio.

La Municipalidad podrá representar mediante oficio al Servicio la Resolución de prórroga automática dentro de un plazo de 10 día hábiles desde su notificación.

d) Constancia.

Se deja constancia que las metas y recursos financieros entregados en el año en curso, deben estar ejecutados al 31 de diciembre de dicho año. Se entiende que la prórroga automática se refiere a la continuidad del programa en relación de la ejecución técnica y financiera del marco presupuestario del año siguiente, con el fin de dar inicio las prestaciones o actividades que requieren continuidad a partir del 1 de enero del año siguiente.



NOVENA: El Servicio y la Municipalidad incorporarán al presente Convenio el Anexo: "Plan de Gastos", que se entiende forma parte integrante del convenio, y la información contenida en el será la utilizada para revisar la pertinencia sanitaria de los gastos. Por otra parte, la revisión financiera de los gastos está regulada por la Resolución N° 30/2015 de la Contraloría General de la República en el "TÍTULO I. NORMAS GENERALES".

Para que exista acuerdo de voluntades respecto del Plan de Gastos y sus eventuales modificaciones, la Municipalidad y el Servicio definirán su contenido conforme al procedimiento establecido por el Servicio de Salud para la elaboración, tramitación y aprobación de dicho instrumento. Dicho acuerdo se formalizará mediante resolución del Servicio de Salud, garantizando su validez, formalidad y aplicación transversal en todas las comunas.

El procedimiento señalado contendrá las etapas, medios de comunicación y mecanismos de validación correspondientes, y será aprobado mediante resolución del Servicio de Salud. Este podrá ser actualizado o modificado por dicho Servicio mediante el mismo acto administrativo, sin requerir la modificación del presente convenio, manteniendo su vigencia mientras se encuentre vigente la resolución que lo aprueba.

Las partes acuerdan que toda modificación al procedimiento o al proceso de elaboración del Plan de Gastos será igualmente formalizada mediante resolución del Servicio, asegurando la debida información y aplicación uniforme en todas las comunas.

Sin perjuicio de lo anterior, y con el objeto de resguardar la continuidad del servicio y la correcta tramitación administrativa del convenio, la Municipalidad podrá remitir el Plan de Gastos y/o sus modificaciones mediante oficio u ordinario, cuando no sea posible su tramitación a través de los medios establecidos en el procedimiento aprobado por el Servicio de Salud.

Se deja expresamente estipulado que la no presentación o acuerdo o aprobación de un plan de gastos faculta al "Servicio" a utilizar el Plan de Gastos elaborado por éste, el que se informará a la comuna por la vía escrita más expedita posible. El Plan de Gastos podrá ser modificado durante la vigencia del convenio por parte del Servicio de ser necesario ajustar aspectos sanitarios del mismo.

El plazo máximo para modificar un Plan de Gastos es hasta los 5 primeros días hábiles de septiembre del año en curso. Dichas modificaciones, en términos financieros, sólo aplican a la segunda y/o tercera cuota o duodécimos, pendientes de transferir.

DÉCIMA: En el evento de que el presente convenio se vea beneficiado, con mayores recursos de los indicados en el presente instrumento, se procederá a confeccionar el respectivo addendum y se mantendrán o fijarán nuevas fechas para modificaciones al convenio y/o plan de gasto, según sea el caso. Un addendum al Convenio y la respectiva Resolución Aprobatoria, de estar sujeto a control previo de legalidad, será enviado al Órgano de Control, Contraloría, para su examen de juridicidad.

DÉCIMA PRIMERA: El presente convenio se firma en 3 ejemplares, quedando dos en poder del Servicio y uno en la "Municipalidad".

DÉCIMA SEGUNDA: La personería de D. María Alejandra Villegas Huichamán por la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, en su calidad de Alcaldesa, consta en el Decreto Alcaldicio N° 2.894 del 06 de diciembre de 2024.

D. MARÍA ALEJANDRA VILLEGAS HUICHAMÁN

ALCALDESA

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE



CHILE GUTIERREZ MORALES

DIRECTOR (S)

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

Dirección/Jurídica/Dirección APS/Jefe Subdepto/Referente/SGO/cmv

Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial, Chile Crece Contigo - Dalcahue (24-03-298) -

