



Ilustre Municipalidad de Dalcahue

APRUEBA CONVENIO “SALUD RESPIRATORIA”

SUSCRITO c/SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

DECRETO ALCALDICIO N° 1.879.-

DALCAHUE, 27 de julio del 2026.-

VISTOS: La Resolución Exenta N° 3070 del 16 de marzo 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 convenio denominado “**SALUD RESPIRATORIA**” 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 \$6.251.303.- (seis millones doscientos cincuenta y un mil trescientos tres pesos).

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



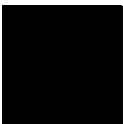
**SECRETARIA MUNICIPAL
DALCAHUE**



**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 3070

CASTRO, 16 MAR. 2026

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: El **Convenio Salud Respiratoria**, suscrito con fecha 9 de marzo de 2026 entre el **Servicio de Salud Chiloé y la Ilustre Municipalidad de Dalcahue**; Resolución Exenta Nº 33 del 14 de enero de 2025, que aprueba el Programa **Salud Respiratoria**, Resolución Exenta Nº 250 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 1 del 07 de enero de 2026. **CONSIDERANDO:** 1.- Resolución Exenta Nº 250 del 24 de febrero de 2026 y que aprueba los recursos 2026 para el Programa. 2.- Que es necesario aprobar y transferir recursos en base al presupuesto 2026, para financiar el Programa de Reforzamiento Salud Respiratoria, cuyo propósito es Contribuir a reducir la morbilidad, la carga de enfermedades y la hospitalización asociada a enfermedades respiratorias crónicas e infecciones respiratorias agudas. 3.- 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. 4.- Dado lo anteriormente expuesto, es que a este Servicio de Salud le asiste la necesidad de aprobar el Convenio "**Salud Respiratoria**" suscrito con fecha 9 de marzo de 2026 entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, ajustándose a la distribución de recursos establecidos en Resolución Exenta Nº 250 del 24 de febrero de 2026 del Ministerio de Salud 5.- 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. **presupuestarios que SALUD RESPIRATORIA** 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 Nº 250 del 24 de febrero de 2026, del Ministerio de Salud, fondos presupuestarios que ascienden la suma anual y única de **\$ 6.251.303.- (Seis millones doscientos cincuenta y un mil trescientos tres pesos.)** a fin de ejecutar las acciones que se detallan en el Convenio señalado.

2. **TRANSFIERASE**, cuota correspondiente al 100% del total de los recursos del convenio correspondiente a **\$ 6.251.303.-** previa verificación, por parte del Subdepartamento de Gestión Financiera del Servicio, 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 convenios de pago que se han hecho exigibles.
3. **SÍRVESE**, el presente documento como suficiente oficio remisor.
4. **IMPÚTASE** el gasto que irrogue 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. GERMÁN LOPEZ ALVAREZ
Director (S)
SERVICIO DE SALUD CHILOÉ.

Dirección/Subdepartamento G.F./Jurídica/Dirección APS/SGO/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. Claudia Arias Carrasco, Jorge Andrade Marquez, Felipe Cardenas
- Of. Partes, S.S. Chiloé





CONVENIO
PROGRAMA SALUD RESPIRATORIA
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 Director **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".

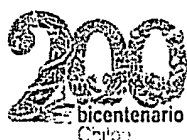
Por último, se indica que, mediante la dictación de Resolución Exenta N°01858 de fecha 15 de septiembre de 2023, de la Contraloría General de la República de Chile, se instaura el uso obligatorio del Sistema de Rendición electrónica de Cuentas (SISREC) por parte de los Servicios Públicos y Municipalidades 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 Salud Respiratoria aprobado por Resolución Exenta N° 33 del 14 de enero de 2025, del Ministerio de Salud, y sus recursos aprobados mediante Resolución Exenta N° 250 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. DIAGNÓSTICO

Según análisis de la Organización Mundial de la Salud, Chile registra dentro de las diez primeras causas de mortalidad a las enfermedades respiratorias, cuya tasa de mortalidad está por sobre la mayoría de los países de la OCDE. Uno de cada 10 pacientes que fallecen en Chile, lo hacen por causa respiratoria, manteniéndose estable en el último decenio, y situándose en el 3er lugar entre las causas generales de muerte en el año 2023, con 15.388 fallecidos, 12.6% del total (datos DEIS preliminares).

Las enfermedades respiratorias ocasionan morbilidad y mortalidad significativas en la población infantil y adulta en Chile y el mundo. Son causas importantes de ausentismo escolar y laboral especialmente durante los meses de invierno en relación con las bajas temperaturas, infecciones respiratorias virales y contaminación atmosférica.

A partir de la implementación de los Programas Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y el Programa Enfermedades Respiratorias en el Adulto (ERA), la mortalidad por infecciones respiratorias agudas ha ido en progresivo descenso producto de las intervenciones sanitarias diseñadas, las cuales deben mantenerse para lograr el control de ellas en forma ambulatoria de modo de evitar complicaciones que deriven en hospitalización.

En los servicios de atención primaria, se estima que el 15-20% de las consultas son por causas respiratorias, especialmente infecciones respiratorias agudas altas y bajas en niños y adultos jóvenes, ocasionando pérdidas significativas de productividad laboral y elevada demanda de recursos sanitarios especialmente durante los meses de invierno, y neumonías y enfermedades respiratorias crónicas descompensadas (asma y EPOC) en las personas mayores, determinando un elevado uso de recursos sanitarios, hospitalizaciones y mortalidad significativas, por lo que durante la época invernal se hace necesario reforzar el nivel de preparación, alerta y respuesta para identificar, gestionar y atender el aumento de casos de infecciones respiratorias agudas causada por Influenza, VRS, COVID-19 y otros virus respiratorios reconociendo la diversidad en la que se presentan los contagios en el territorio nacional.

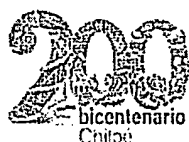
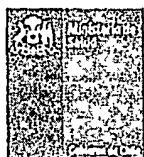
2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

2.1. Problema principal que el programa intenta resolver

Alta demanda de atención por enfermedades respiratorias agudas y crónicas que genera un aumento significativo en la morbimortalidad y hospitalizaciones, con foco en el período invernal de mayor circulación viral.

2.2. Justificación de la necesidad del programa

El año 2019, antes de la pandemia de SARS-CoV-2, la tasa de mortalidad por IRA en Chile había experimentado un aumento en comparación al ciclo de cinco años previos (19,2 vs 14,4 por 100.000 hab.), observándose la tasa más alta en los adultos mayores de 75 años (500 por 100.000 hab.) en la Región Metropolitana. En el grupo de las enfermedades respiratorias, la influenza y la neumonía representaron el 41% del total de muertes, seguidas por las enfermedades respiratorias crónicas con el 25%. El escenario epidemiológico actual señala que las enfermedades respiratorias se mantienen como una de las tres primeras causas de defunciones y de egresos hospitalarios en el país, concentrándose en las IRA la mayor carga de enfermedad. En atenciones de urgencia a nivel nacional es la principal causa de consultas.



Para enfrentar este problema, el Ministerio de Salud (MINSAL) ha impulsado, desde 1990, programas para la detección precoz y manejo oportuno de enfermedades respiratorias agudas y crónicas, como el Programa de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), el Programa de Enfermedades respiratorias del adulto (ERA) y desde 1994 la implementación de la Campaña de Invierno, que refuerza el sistema de salud en temporada invernal, enfatizando la prevención, el autocuidado y la detección temprana de síntomas en grupos específicos mediante comunicación de riesgo.

Además, el Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) ha incluido desde 1996 diversas vacunas como la anti-Haemophilus influenzae tipo b (en la vacuna hexavalente), la anti-Influenza (1997), la antineumocócica polisacárida (2007), la neumocócica conjugada (2011), la antimeningocócica (2014), la anti-COVID-19 (2020) y, recientemente (2024), el anticuerpo monoclonal Nirsevimab para la prevención del VRS en menores de 6 meses.

En el ámbito de vigilancia epidemiológica, el Decreto Supremo N°7 de 2019, del Ministerio de Salud, establece la notificación obligatoria de enfermedades transmisibles, asegurando información oportuna y transparente para la toma de decisiones en salud pública.

Por último, el plan de Garantías Explícitas en Salud (GES) desde 2005, garantiza acceso a diagnóstico y tratamiento para enfermedades respiratorias, incluyendo IRA en menores de 5 años, neumonía en mayores de 65 y diagnóstico y tratamiento de personas con asma y EPOC.

3. PROPÓSITO

Contribuir a reducir la morbilidad, la carga de enfermedad y la hospitalización asociada a enfermedades respiratorias crónicas e infecciones respiratorias agudas.

3.1. Objetivo

Desplegar y reforzar estrategias en atención primaria que apoyen la gestión en salud para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades respiratorias agudas y crónicas.

3.2. Objetivos Específicos

- Reducir el contagio y la transmisión de virus respiratorios mediante la implementación de medidas inmunización, vigilancia, y educación para la salud.
- Otorgar una atención oportuna y de calidad a los usuarios con infección respiratoria aguda o sus efectos, especialmente frente al aumento de la demanda durante la temporada de alta circulación viral en el contexto de campaña de invierno.
- Proporcionar atención integral a las personas con enfermedades respiratorias agudas y/o crónicas en Salas IRA y ERA, Salas mixtas y atención en Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU).

4. POBLACIÓN

- a. **Población objetivo:** Corresponde a todos los beneficiarios del sistema público de salud, incluyendo a quienes deben recibir inmunización por ser un bien público.

Cuantificación de la población objetivo:

- Población inscrita en los establecimientos de APS
- Población de grupos prioritarios sin importar condición previsional para el caso de la vacunación/inmunización.
- Fuente de información: RNI en el caso de la vacunación



b. Cobertura del programa

- Población beneficiaria de FONASA inscrita en los establecimientos de APS

	2022	2023	2024
Población Objetivo	14.245.679	14.532.555	14.983.566

- Población de grupos prioritarios sin importar condición previsional para el caso de la vacunación contra la influenza.

	2022	2023	2024*
Población Objetivo	8.090.662	8.884.701	9.468.122
Beneficiarios efectivos	7.396.731	7.229.089	8.051.869
Cobertura	91,4%	81,4%	85,0%

*Fuente: RNI/DEIS 04.11.2024

5. ESTRATEGIA

Transferencia de recursos financieros para reforzar diversas medidas administrativas, de gestión, así como también de acciones clínicas, tales como: vacunación anti influenza, SARSCov2 e Inoculación con anticuerpo monoclonal Nirsevimab, financiamiento Programas IRA y ERA de establecimientos dependientes de servicio de salud, refuerzo de recurso humano, insumos y equipamiento en establecimientos de atención primaria y dispositivos de urgencia para abordar el aumento de demanda durante la campaña de invierno, rehabilitación, vigilancia epidemiológica de la Enfermedad Tipo Influenza (ETI).

Cada Servicio, en base al diagnóstico de la situación epidemiológica de sus comunas o sus establecimientos dependientes, determinará la transferencia de recursos para el apoyo de las estrategias en base a un marco presupuestario definido según el tamaño relativo de la población y número de dispositivos de atención del nivel primario.

5.1. Componentes

Nombre Componente	Descripción
Vacunación contra la Influenza, VRS y SARS-Cov-2	Proporciona recursos orientados a implementar estrategias en los establecimientos de atención primaria municipal y dependiente de Servicios de Salud, en los ámbitos de vacunación e inmunización según condiciones epidemiológicas.
Refuerzo para vigilancia centinela Enfermedad Tipo Influenza	Los objetivos de esta vigilancia son el monitoreo de la tendencia de la circulación viral según territorio a nivel de los establecimientos centinelas de atención primaria. Se lleva a cabo en 43 centros de atención primaria del país.
Programas respiratorios IRA y ERA para establecimientos dependientes de SS. comunas costo fijo, ONG	Financiamiento de RRHH, insumos y equipamiento para atención de pacientes con patologías respiratorias agudas y crónicas en Salas IRA, ERA, y Salas Mixtas.



IRA en SAPU	Disponibilidad de 33 horas semanales de profesional kinesiólogo en SAPU o SUR según corresponda durante campaña de invierno
Refuerzo para la atención de establecimientos de atención primaria durante campaña de invierno	Estrategia que consiste en la contratación de recurso humano de refuerzo, insumos y equipamiento necesario para aumentar las consultas de morbilidad y atenciones en salas respiratorias durante el período de campaña de invierno, en horario habitual o durante la extensión horaria, para lo que se sugiere: 1. 22 horas médicas 2. 22 horas kinesiólogo 3. 11 horas de profesional enfermera 4. 11 horas TENS Esta distribución podrá ser modificada según requerimiento local y puede considerar actividades de capacitación al personal según necesidad.
Contratación de RRHH para reforzar registros SIGGES.	Refuerzo con RRHH para asegurar calidad, confiabilidad y oportunidad del registro en SIGGES.

5.2. Descripción de la estrategia

El programa financiará actividades según los componentes definidos, lo cual puede incluir, de acuerdo con los diagnósticos de necesidad local, la contratación de recursos humanos y personal de apoyo, la compra de insumos, equipamiento y movilización (incluido el combustible) para facilitar el cumplimiento de las actividades establecidas, tomando en cuenta las directrices específicas instruidas desde el nivel central cuando corresponda.

6. COMPLEMENTARIEDADES

Este programa se complementa con Programa Nacional de Inmunizaciones, Programa de Campaña de invierno, Programas SAR, SUR y SAPU para el refuerzo de equipo profesional, técnico y administrativo para contingencias sanitarias. También se complementa con las acciones de salud respiratoria contenidas en el plan de salud familiar y las garantías explícitas en salud (GES) para Asma, EPOC, NAC e IRA baja en menor de 5 años.

7. INDICADORES

7.1. Indicadores de Propósito

1. Porcentaje de derivaciones desde establecimientos de atención primaria a UEH por patologías respiratorias agudas o exacerbaciones de condiciones respiratorias crónicas. (excluye dispositivos de urgencia)

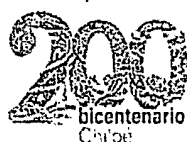
Forma de cálculo:

$$\left(\frac{\text{Nº de derivaciones desde establecimientos de APS a UEH en el año } t}{\text{Nº total de ingresos agudos sala IRA o ERA en el año } t} \right) \times 100$$

2. Porcentaje de reducción en la tasa de hospitalización por infecciones respiratorias por VRS en la población menor de un año en comparación con la tasa de hospitalización del año previo.

Forma de cálculo:

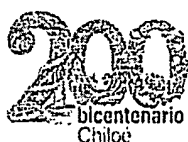
$$\left(\frac{\text{Tasa de Hospitalización 2025 menores de 1 año} - \text{Tasa de Hospitalización 2024 menores de 1 año}}{\text{Tasa de Hospitalización 2024 menores de 1 año}} \right) \times 100$$



Interpretación: Un valor negativo indica una reducción en la tasa de hospitalización, lo que sugiere un avance en la prevención y manejo de las infecciones respiratorias por VRS en la población objetivo.

7.2. Indicadores complementarios por componente

COMPONENTE	OBJETIVO ESPECÍFICO	INDICADOR	FÓRMULA	META	PESO RELATIVO	MEDIO VERIFICACIÓN
1. Campaña de vacunación influenza	Fortalecer estrategias de vacunación intra y extramurales	Cobertura de vacunación comunal	Porcentaje de población objetivo-vacunada por comuna	85%	15	RNI
2. Campaña de inmunización contra el VRS	Fortalecer estrategias de vacunación intra y extramurales	Cobertura de inmunización comunal	Porcentaje de población objetivo-vacunada por comuna	80%	15	RNI
3. Fortalecimiento de red de vigilancia ETI	Fortalecer la entrega de información oportuna por parte de los centinelas ETI	Reporte oportuno (primer día hábil de la semana al medio día) por parte de los centinelas ETI	Semanas con reporte oportuno del centinela ETI / total de semanas en evaluación) x100	100%	10	Informe Departamento de epidemiología
4. Salas IRA-ERA en establecimientos dependientes, comunas costo fijo, ONG	Contratación de RRHH e insumos para atención de pacientes con patologías respiratorias agudas y crónicas en establecimientos dependientes	Cobertura efectiva de tratamiento en enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC) en personas de 5 años y más	Nº de personas con EPOC de 40 años y más que logran nivel de control "adecuado" más el Nº de personas con asma de 5 años y más, que logran nivel de control "controlado" en el año t/ Nº Total de personas con EPOC de 40 años y más, más Nº de personas con asma de 5 años y más, esperadas según prevalencia	12%*	20	REM



			prevalencia nacional para año t			
5. IRA en SAPU	Continuidad de la atención kinesiológica en horarios nocturno, fines de semana y festivos durante la campaña de invierno	Porcentaje de SAPU que cuentan con atención kinesiológica durante la campaña de invierno	N° de SAPU por servicio de salud que cuentan con atención kinesiológica /N° total de SAPU del servicio de salud *100	80%	15	Registro local
6. Refuerzo de establecimientos de atención primaria por el aumento de demanda por patologías respiratorias	Fortalecer la oferta sanitaria de los centros de salud de atención primaria durante campaña de invierno.	Porcentaje de establecimientos con extensión horaria de salas respiratorias	N° de establecimientos APS por servicio de salud que cuentan con extensión horaria salas respiratorias /N° total de establecimientos APS del servicio de salud *100	80%	20	Registro local
7. Contratación de RRHH para reforzar registros SIGGES	Refuerzo para la oportunidad y cumplimiento de registros GES	Porcentaje de digitación de casos GES en fecha correspondiente	NA	"Digitación del 80% de los casos GES en la fecha correspondiente para dar cumplimiento a la garantía de oportunidad, cuando corresponda"	5	Registro local

*. Aquellos establecimientos cuyos resultados el año anterior sean superiores al 12% deberán aumentar al menos en un 5% en el total de personas con EPOC o Asma controlados en población mayor de 5 años.

8. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El proceso de monitoreo del programa contempla:

1. **Al 30 de abril** convenios totalmente tramitados.

2. **31 julio y 31 de diciembre.** Estado del total indicadores de componentes.

El resultado de los indicadores 5 y 6 correspondientes a medidas de refuerzo por campaña de invierno y del indicador 7, que forman parte de los informes correspondientes a los monitoreos de



julio y diciembre deberán ser enviados al Ministerio de Salud antes del 1 de septiembre del año en curso y del 20 de enero del año siguiente.

La evaluación del programa se efectuará al 31 de diciembre de cada año, y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligación de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período.

Este programa no está afecto a reliquidación, no obstante, 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.

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	Porcentaje cuota %	Requisito transferencia
Convenio	\$ 6.251.303.- (Seis millones doscientos cincuenta y un mil trescientos tres pesos.)	100%	Contra la aprobación del convenio mediante resolución.
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:

COMP	COMUNA	MONT	TOT
Salud Respiratoria - Vacunación anti - Influenza	DALCAHUE	\$ 1.800.000	\$ 6.251.303
Salud Respiratoria - Digitadores	DALCAHUE	\$ 4.451.303	

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 estable 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:

- a) 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.
- b) Designar a los funcionarios que tengan las calidades de analista ejecutor, encargado ejecutor y su subrogante y ministro de fe en el SISREC.
- c) 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 período 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.

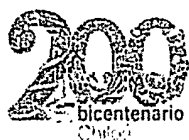
Los recursos transferidos a la "Municipalidad" sólo podrán ser destinados para el cumplimiento de las prestaciones mínimas establecidas en el convenio, sin embargo en el caso de que la "Municipalidad" cumpla con lo acordado y optimice el gasto de dichos recursos, los excedentes se podrán utilizar en 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 días 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.

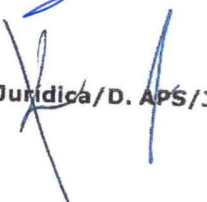
DÉCIMA PRIMERA: El presente convenio se firma en 3 ejemplares, quedando dos en poder del Servicio y uno en la "Municipalidad".

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


D. ERIC GUTIÉRREZ MORALES
DIRECTOR (S)
SERVICIO DE SALUD CHILOÉ



EGM/Juridica/D. APS/Jefa of Demanda/Jefe S./Ref Ira/Ref Vacunas/Ref Digit/SGO/cmv

