



Ilustre Municipalidad de Dalcahue

APRUEBA CONVENIO “RESOLUTIVIDAD EN APS”

SUSCRITO c/SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

DECRETO ALCALDICIO N° 1.884

DALCAHUE, 27 de julio del 2026.-

VISTOS: La Resolución Exenta N° 3034 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 por el período comprendido entre 2024 y 2028; 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 “RESOLUTIVIDAD EN APS” suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, y el Servicio de Salud Chiloé representada por el sr. Eric Gutiérrez Morales, Director(S) y mediante el cual el Servicio de Salud se compromete a transferir a la Municipalidad de Dalcahue durante el año 2026 la suma única y total de \$29.530.000.- (veintinueve millones quinientos treinta mil pesos), en 2 cuotas, siendo la primera cuota correspondiente al 70% del total y asciende a \$20.671.000.- (veinte millones seiscientos setenta y un mil 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 3034

CASTRO, 16 MAR. 2026

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: El **Convenio**

Resolutividad en APS, suscrito con fecha 18 de febrero de 2026 entre el **Servicio de Salud Chiloé** y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**; Resolución Exenta Nº 1042 del 18 de diciembre de 2025, que aprueba el Programa **Resolutividad en APS**, Resolución Exenta Nº 148 del 09 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 148 del 09 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 Resolutividad en APS, cuyo propósito es Mejorar la capacidad de resolución y coordinación de la APS, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica en atenciones de especialidad en la atención primaria 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 "**Resolutividad en APS**" suscrito con fecha 18 de febrero 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 148 del 09 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. **APRUÉBASE, "CONVENIO RESOLUTIVIDAD EN APS"** suscrito con fecha 18 de febrero 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 148 del 09 de febrero de 2026, del Ministerio de Salud, fondos presupuestarios que ascienden la suma anual y única de \$

29.530.000.- (Veintinueve millones quinientos treinta mil pesos. pesos) a fin de ejecutar las acciones que se detallan en el Convenio señalado.

2. **TRANSFIERASE**, cuota correspondiente al 70% del total de los recursos del convenio, correspondiente a **\$ 20.671.000.-** 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 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. ERIC GUTIÉRREZ MORALES

Director (S)

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ.

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

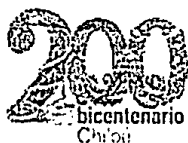
Distribución:

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. Sergio Robles Oñate
- Of. Partes, S.S. Chiloé

**Firma Por Poder en su calidad de
Director/a Subrogante según
Decreto Exento N° 1 / 2026 /
del Ministerio de Salud.**


V° B° Ministro de Fé



CONVENIO
PROGRAMA RESOLUTIVIDAD EN APS
ENTRE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE
Y
SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

En Castro a 18 de febrero 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. Germán Lopez Alvarez**, 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".

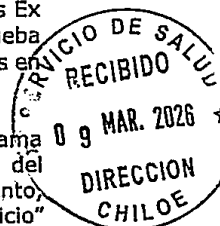
Por último, se indica que, mediante la dictación de Resolución Exenta N°01858 de fecha 15 de septiembre de 2023, de la Contraloría General de la República de Chile, se instauro el uso obligatorio del Sistema de Rendición electrónica de Cuentas (SISREC) por parte de los Servicios Públicos y Municipalidades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

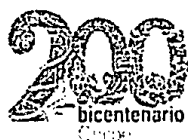
SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención 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 Resolutividad en APS aprobado por Resolución Exenta N° 1042 del 18 de diciembre de 2025, y sus recursos aprobados mediante Resolución Exenta N° 148 del 09 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 convenio y aprueba transferencia de recursos de Programa 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

El Modelo de Atención concebido para la Red de Salud plantea variados desafíos a los equipos de salud y a la gestión clínica, generando exigencias de adaptación, desarrollo de nuevas capacidades, manejo de tecnologías y traspaso de conocimiento y responsabilidad entre los distintos componentes de la Red, con el fin de incrementar de manera cualitativa y cuantitativa las respuestas a las demandas de atención de salud de las personas. Dentro de estas respuestas que debe entregar la red en su conjunto, se encuentra la capacidad de resolver de manera oportuna los problemas de salud de las personas.

La capacidad resolutive se concibe como la posibilidad de dar respuesta a los problemas de salud en Redes Integradas de Servicios de Salud, con un óptimo grado de calidad, y los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles. Esto implica, para la APS, la capacidad de resolver la mayor cantidad de problemas de salud sin necesidad de derivar a las personas a otros puntos de la Red, lo que supone resolver sus necesidades de salud cerca del lugar donde viven, trabajan y estudian, lo que permitirá crear vínculos con su población a cargo y aumentar la satisfacción usuaria.

Otro elemento de la capacidad resolutive se compone de la capacitación permanente de las personas que trabajan en la red asistencial. Esta es una tarea esencial para lograr el desarrollo y cumplimiento de cada uno de los componentes del Programa. Lo anterior, se traduce, entre otras cosas, en un aumento de las capacidades de la atención primaria para resolver problemas de salud localmente.

El desafío de proveer respuestas oportunas a las necesidades de las personas alcanza a toda la Red. Para dar coherencia, consistencia y continuidad a la provisión de servicios en el marco del modelo de atención con enfoque familiar y comunitario, la gestión de Redes debe dar una mirada de conjunto a las necesidades, de manera que éstas sean abordadas desde los distintos puntos de la Red, con un criterio común, optimizando el uso de recursos, evitando esperas innecesarias y el desplazamiento de las personas sin justificación.

2. FUNDAMENTACIÓN

La Reforma de Salud, estableció como uno de sus principales objetivos el fortalecimiento de la APS, a través de capacitación de sus equipos de salud y la mejora de la infraestructura e implementación. En virtud que la demanda supera a la oferta, es que se producen brechas que son factibles de abordar mediante estrategias complementarias que permiten ampliar la oferta y cobertura:

Utilización de cupos ofertados por la Red de Prestadores Públicos.

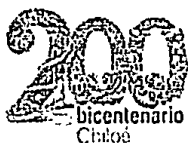
Capacitación Gestionada, consultorías y/o trabajo conjunto entre médicos(as) especialistas y médicos(as) de Atención Primaria.

Estrategia de equipos móviles.

Estrategia de Telemedicina.

Otros.

Este programa corresponde a una de estas estrategias, que no pretende por sí sola dar cuenta de la resolución de una brecha, sino más bien aportar junto a otras estrategias al aumento de oferta para prestaciones de salud en la APS. Para ello, es importante el trabajo en una red integrada y que quienes implementen el programa consideren que los profesionales que participen pertenezcan, en lo posible, a la Red local y que se integren con los equipos de salud del territorio.



3. PROPÓSITO

El programa tiene como propósito, que la población que se atiende en establecimientos de APS acceda con mayor oportunidad a una atención cercana, integral y de calidad a través de estrategias de fortalecimiento de la APS. Es fundamental que la atención se enfoque en la disminución de la lista de espera. Solo cuando se haya completado la atención de los casos pendientes del año anterior se podrá considerar la atención de la demanda correspondiente al año en curso. Este enfoque garantiza que las personas que ya están en espera reciban la atención necesaria antes de abordar nuevos casos, optimizando así el uso de los recursos disponibles y mejorando la eficiencia del sistema de salud.

Se deberá considerar el tiempo de espera de acuerdo con lo registrado en el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE), para en primera instancia atender los casos de mayor antigüedad. Se debe considerar la nómina de personas en espera, dado los cupos de atención una vez resuelta la lista de espera por alguna causal (Norma Técnica vigente), se puede abordar la atención de casos del año en curso.

4. DESCRIPCIÓN

El Programa de Resolutividad plantea tres componentes a desarrollar en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) u otros centros de salud debidamente habilitados. El primer componente es resolución de especialidades ambulatorias (presencial y remotas), el segundo componente corresponde a procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad (intervenciones quirúrgicas menores) el tercer componente corresponde a la estrategia de prevención de cánceres digestivos.

5. OBJETIVO GENERAL

5.1. Objetivo General

Mejorar la capacidad de resolución y coordinación de la APS, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica en atenciones de especialidad en la atención primaria.

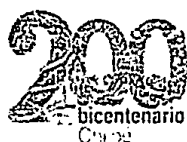
5.2. Objetivos específicos

Nº1: Otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad en la APS, favoreciendo el acceso en forma oportuna a especialidades de gran demanda y que presentan listas y tiempos de espera significativos, y que por otra parte pueden ser resueltas en este nivel, obteniendo impacto sanitario y satisfacción usuaria.

Nº2: Otorgar atención integral a personas que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica de baja complejidad y susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria.

Nº3: Contribuir a la reducción de la carga de enfermedad y mortalidad por cánceres digestivos, mediante la implementación de una estrategia de prevención secundaria, sustentada en criterios clínicos y epidemiológicos de priorización.

6. COMPONENTES



6.1. Componente 1: Resolución de especialidades ambulatorias modalidad presencial y telemedicina.

a) Modalidad presencial

Este componente considera la compra o entrega de prestaciones integrales en la APS, para resolver de manera ambulatoria, patologías específicas a través del financiamiento destinado para tal efecto.

6.1.1. Revisor Clínico de Interconsultas

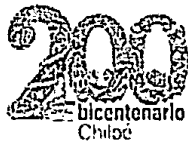
La capacidad de resolución en los establecimientos de salud se refiere a la habilidad de atender problemas de salud con calidad y recursos disponibles, sin necesidad de derivar usuarios(as) a otros niveles de la red, lo que facilita el acceso cercano y crea vínculos con la población. La capacitación continua del personal es esencial para desarrollar esta capacidad. La coordinación es fundamental en la Atención Primaria de Salud, implicando la armonización de acciones y el manejo de Información relevante para las necesidades actuales de cuidado. Un rol clave es el de revisor clínico de interconsultas, quien mejora la atención integral y la integración de las redes asistenciales, optimizando el uso de recursos y asegurando la referencia y contrarreferencia eficaz. Este profesional debe tener oportunidades para fomentar consultorías, reuniones clínicas y participar en comités, mejorando así la capacidad diagnóstica y la calidad de atención en el sistema de salud.

Este componente corresponde a la destinación de horas de trabajo que deben ser preferentemente ejecutadas por un(a) médico(a) de familia u otro médico(a) que tenga un conocimiento vasto del territorio a cargo y de la red asistencial y de los protocolos de referencia y contrarreferencia. Entendiendo la gestión de la demanda como una responsabilidad de todos los nodos de la red asistencial y de los equipos de salud en su conjunto, el profesional o el equipo que realice estas acciones deberá liderar los procesos que aumenten la capacidad de resolución y coordinación de la APS.

Las principales actividades del revisor clínico de interconsultas son:

- Manejar y difundir en la red local protocolos y flujogramas de derivación para que las Solicitudes de Interconsultas (SIC) generadas se adhieran a estos protocolos.
- Tomar conocimiento y validar la pertinencia de las SIC originadas en el establecimiento, derivando al nivel de especialidad solo las que tengan pertinencia, y gestionando aquellas susceptibles de resolver en atención primaria.
- Colaborar en la reformulación de SIC mal emitidas de su establecimiento, y orientar en su correcta emisión antes de ser derivadas al nivel secundario.
- Recoger y gestionar contra referencias (Informes Proceso Diagnóstico) para su seguimiento.
- Trabajar en conjunto con el triagista de la estrategia de Telesalud.
- Recoger necesidades de capacitación del equipo de salud para potenciar las capacidades de los equipos de cabecera.

Este rol requiere de un perfil de liderazgo dentro del establecimiento, que tenga validación técnica por parte del equipo de salud y desarrollo de habilidades blandas. Para esta labor es primordial garantizar horas para el desarrollo de esta coordinación en el establecimiento; pudiendo ser realizada por uno o varios profesionales de la salud. Por lo tanto, los establecimientos de APS deben considerar todas las horas indirectas necesarias para potenciar el rol de este profesional o grupo de profesionales. El número de horas financiadas por el programa para estas funciones varían entre 5 a 11 horas semanales y su definición dependerá de las necesidades de salud del territorio y del nivel de demanda que tenga el centro de salud en directa relación con su población a cargo.



El detalle de sus roles, funciones, y tareas se especificará en las Orientaciones Técnico-Administrativas vigentes de este programa.

6.1.2. Especialidad Oftalmología

Está orientado al diagnóstico y tratamiento de los siguientes problemas de salud oftalmológicos:

- Vicios de Refracción no GES.
- Calificación de urgencia oftalmológica.
- Ojo rojo
- Glaucoma.
- Diagnóstico de cataratas.
- Procedimientos quirúrgicos menores.
- Evaluación de pterigión.
- Tamizaje de retinopatía diabética a través de fondo de ojo o retinografía en personas con diabetes mellitus 2.

La entrega de las prestaciones oftalmológicas se realiza mediante dos modalidades:

- La **Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)**, con un equipo de salud especializado en oftalmología (Oftalmólogo y Tecnólogo Médico con mención en Oftalmología) y apoyo de técnico en enfermería de nivel superior junto con el equipamiento necesario para dar resolución integral a problemas de salud oftalmológicos, con cartera de prestaciones definidas y flujo de atención específicos.
- La **canasta integral**, programada en comunas o centros que no cuentan con el equipo de la especialidad de oftalmología dentro de su cartera de prestaciones. Incluye: consulta médica, consulta de tecnólogo(a) médico(a) y evaluación integral (examen de agudeza visual, tonometría ocular, optometría, etc.), entrega de medicamentos y la entrega de 1,2 pares de lentes (como referencia) de cualquier dioptría. La cartera de servicios para la canasta integral está orientada básicamente para la resolución de vicio de refracción en personas de 15 a 64 años, y otras patologías agudas según requerimiento local que lo amerite y se encuentren identificadas en SIGTE.

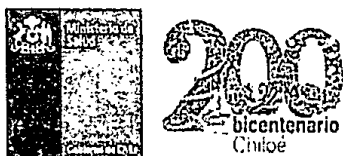
6.1.3. Especialidad Otorrinolaringología

Está orientado al diagnóstico y tratamiento de los siguientes problemas de salud auditivos:

- Hipoacusias no incluidas en GES.
- Síndrome Vertiginoso población de 15 y más años.
- Obstrucción del Conducto Auditivo Externo por Cerumen, (solo a pacientes que no han tenido respuesta a tratamiento inicial o presenten contraindicaciones a irrigación de conducto auditivo).
- Otitis Media con Efusión. Población 15 y más años.

La entrega de las prestaciones otorrinolaringológica se realiza mediante dos modalidades:

- La **Unidad de Atención Primaria Otorrinolaringológica (UAPORRINO)**, que cuenta con un equipo de salud especialista en otorrinolaringología junto con el equipamiento necesario para dar resolución integral a problemas de salud de la especialidad. Cuenta con orientaciones técnicas específicas que definen sus objetivos, cartera de servicio, infraestructura, recurso humano y flujo de atención.
- La **canasta integral**, programada en comunas o establecimientos que no cuentan con UAPORRINO. Incluye:



Consulta médica, audiometría y entrega de audífono cuando corresponda y a lo menos 1 control de seguimiento a las personas beneficiarias de audífonos. En el caso de síndrome vertiginoso y otitis, se entregarán fármacos específicos orales y tópicos respectivamente, según indicación del otorrinolaringólogo y se considerarán impedanciometría y octavo par.

Nota1: Tanto en la **UAPO** como en **UAPORRINO** las actividades deberán ser programadas de acuerdo con las Orientaciones Técnico Administrativas vigentes del programa en donde se describe su funcionamiento. Estas estrategias están orientadas a la resolución de casos **No GES**, no obstante, se podrá incorporar usuarios con patologías **GES**, una vez cumplidas las actividades programadas con previa autorización del Referente Programa MINSAL.

Nota 2: La atención de patologías **GES** deberá ser respaldada mediante la generación de un **convenio de compra de servicio u otro** (por ejemplo, de colaboración), entre la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de Salud, que asegure el **financiamiento o la colaboración en el funcionamiento**, así como los **registros requeridos y el cumplimiento de garantías de salud** para la patología a atender, acorde a la normativa.

b) Modalidad telemedicina

Definición telemedicina: corresponde a la provisión de servicios de salud a distancia mediante el uso de las tecnologías de la Información y comunicación y permite realizar diagnósticos, tratamiento, promoción, prevención, rehabilitación y cuidados de fin de la vida. Es realizada por profesionales de la salud, permitiendo intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y oportunidad, asegurando la calidad y continuidad de la atención.

6.1.4. Teleoftalmología

El Departamento de Salud Digital pone a disposición la estrategia de Teleoftalmología a través del uso de herramientas de telemedicina con apoyo de Inteligencia Artificial (IA) para el análisis automático de imágenes digitales para la detección precoz de Retinopatía Diabética. Aquellos casos identificados con retinografías sospechosas de RD son derivados posteriormente desde la plataforma digital a un oftalmólogo para la confirmación diagnóstica.

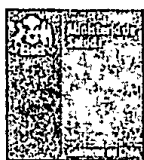
La estrategia está dirigida a Usuarios/as beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA), que pertenezcan al Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) en APS, que no cuenten con diagnóstico ni tratamiento de Retinopatía Diabética previa y que requieran su evaluación periódica de retinografía en las Unidades Oftalmológicas de Atención Primaria (UAPO) u otro establecimiento de la red.

Asimismo, la estrategia de Teleoftalmología contempla la evaluación de casos de pterigión mediante Teleinterconsulta asincrónica, lo que permite a los equipos de salud derivar a los usuarios para que un especialista determine si corresponde indicar tratamiento quirúrgico en el nivel secundario o manejo conservador dentro del nivel primario.

6.1.5. Teledermatología

El Departamento de Salud Digital pone a disposición la estrategia de Tele Dermatología a través de su plataforma de telemedicina asincrónica para establecer diagnósticos y resolver patologías de la piel. Las prestaciones de esta especialidad están orientadas a la evaluación y tratamiento de personas de toda edad con patología dermatológica.

Para ello, los establecimientos de atención primaria u hospitales de familia y comunidad contarán con una programación de atenciones y una **canasta de fármacos** establecida por la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, para el tratamiento de las personas, de acuerdo con la indicación entregada por el médico(a) especialista.



La estrategia de Tele Dermatología deberá funcionar de acuerdo con las Orientaciones Técnico Administrativas vigentes que complementan el presente programa de salud.

Nota1: En caso de que el establecimiento desarrolle estrategias de resolución en función de su capacidad técnica local, podrá solicitar fármacos de la cartera disponible en este programa, para ser prescritos por sus profesionales médicos, con autorización previa del Referente del Programa MINSAL

Esta canasta de fármacos debe estar disponible en todos los establecimientos de APS que utilizan la estrategia:

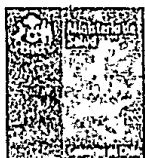
Tabla N°1. Formulación farmacológica propuesta según problema de salud dermatológico

DIAGNÓSTICO	FORMULACIÓN PROPUESTA
Verrugas y moluscos	Ácido salicílico 18% + ácido láctico 17% en colodión flexible, csp 10 ml
Acné Inflamatorio	Adapaleno 0,1% +peróxido de benzoilo 2,5% + alfa bisabolol 1% en gel base, csp 30 grs.
Acné inflamatorio /Hidrosadenitis	Clindamicina 1% en crema base no comedogénica, csp 20 grs.
Alopecia Areata	Clobetasol 0,05% en loción capilar base, csp 50 ml.
Psoriasis	Clobetasol 0,05% + ácido salicílico 3% + urea 5% + clotrimazol 1% en crema base, csp 150 grs.
Psoriasis / Dermatitis agudas, crónicas y seborreicas	Clobetasol 0,05% + ácido salicílico 3% en loción capilar base, csp 60 ml
Psoriasis	Clobetasol 8% en laca ungueal base, csp 15 ml
Xerosis o dermatitis	Crema base, csp 200 grs
Rosácea	Ivermectina 1% + alfa bisabolol 1% en crema base no comedogénica, csp 30grs
Hidrosadenitis	Gluconato de zinc 90 mg, en capsula, csp 60 capsula
Alopecia Androgénica	Minoxidil 3 mg, en capsula, csp 30 capsulas.
Alopecia Areata / Alopecia Androgénica	Minoxidil 5% en loción capilar, csp 60 ml.
Pediculosis	Permetrina 1% en loción capilar, csp 120 ml.
Acné Inflamatorio	Peróxido benzoilo 3% en gel base, csp 30 grs.
Hidrosadenitis	Resorcina 15% en gel base, csp 30 grs.
Vitiligo / Alopecia Areata	Tacrolimus 0,03%+ alfa bisabolol 1% en crema base, csp 30 grs.
Vitiligo / Dermatitis agudas, crónicas y seborreicas / Alopecia Areata	Tacrolimus 0,1%+ alfa bisabolol 1% en crema base, csp 30 grs.
Hemangiomas de la Infancia	Timolol 1% en gel base, csp 30 grs
Onicomycosis / Distrofia ungueal	Urea 30% + bifonazol 1% en ungüento base, cps 30 grs
Psoriasis	Urea al 10% en crema base, csp 200 grs.
Xerosis o dermatitis	Urea al 5% en crema base, csp 200 grs.



Tabla N°2. Recetario magistral según problema de salud dermatológico

CANASTA DE FARMACOS DERMATOLOGÍA			
DIAGNÓSTICOS	MEDICAMENTO	DOSIS	FORMA FARMACÉUTICA
VITILIGO	Clobetasol	0,05%	Crema y/o ungüento
	Hidrocortisona	1%	Crema y/o loción
	Tacrolimus 0,1%	0,1%	Ungüento
	Tacrolimus 0,03%	0,03%	Ungüento
PSORIASIS	Clobetasol	0,05%	Crema y/o ungüento
	Hidroxicina	20 mg	Comprimido
	Levocetirizina	5 mg	Comprimido
	Levocetirizina	5mg/ml	Gotas
	Levocetirizina	2,5mg/5ml	Jarabe
	Crema líquida humectante	200ml	Crema
	Vaselina salicilada	5%	Crema
ACNE INFLAMATORIO	Doxiciclina	100 mg	Comprimido
	Adapaleno	0,30%	Gel tópico
	Adapaleno 0,1%+Peroxido de Benzolilo 2,5%	0,1%/2,5%	Gel tópico
	Adapaleno	0,10%	Gel tópico
ACNE NO INFLAMATORIO	Adapaleno	0,30%	Gel tópico
	Adapaleno	0,10%	Gel tópico
ONICOMICOSIS	Fluconazol	150 mg	Comprimido
	Terbinafina	250 mg	Comprimido
MICOSIS PIEL LAMPIÑA Y RESTO DEL CUERPO	Ketoconazol	2%	Champú
	Ciclopiroxolamina	1%	Crema
	Terbinafina	1%	Crema
	Terbinafina	250 mg	Comprimido
ROSACEA	Metronidazol	0,75%	Crema y/o gel
	Ivermectina 1%	1%	Crema
	Doxiciclina	100 mg	Comprimido
DERMATITIS AGUDAS, CRONICAS Y SEBORREICAS	Clobetasol	0,05%	Crema y/o ungüento
	Hidrocortisona	1%	Crema
	Hidrocortisona	1%	Loción
	Hidroxicina	20 mg	Comprimido
	Hidroxicina	10 mg/5 mL	Jarabe
	ketoconazol	2%	Champú
	Levocetirizina	5 mg	Comprimido
	Crema líquida humectante	200ml	Crema



	Hidroxicina	20 mg	Comprimido
	Hidroxicina	10 mg/5 mL	Jarabe
	Levocetirizina	5 mg	Comprimido
	Levocetirizina	5mg/ml	Gotas
	Levocetirizina	2,5mg/5ml	Jarabe
	Tacrolimus 0,1%	0,1%	Ungüento
	Tacrolimus 0,03%	0,03%	Ungüento
VERRUGAS Y MOLUSCOS	Ácido salicílico 16,7% + Ácido Láctico 15%	16,7% y 15%	Solución
PEDICULOSIS	Permetrina 1%	1%	Loción capilar
ESCABIOSIS	Permetrina 5%	5%	Loción corporal
CBC, CEC, MELANOMA, QUERATOSIS ACTINICAS, DAÑO SOLAR CRONICO, ALTO RIESGO DE EXPOSICIÓN SOLAR, DERMATITIS FOTOAGRAVADAS, ALBINISMO, ENTRE OTRAS	Filtro solar 50+	50+	Gel
	Filtro solar 50+	50+	Crema
DERMATITIS, PSORIASIS, XEROSIS, PRURIGOS Y LIQUENES	Crema hidratante	urea 5%	Crema
	Crema hidratante	urea 10%	Crema
	Crema hidratante líquida	variable	Loción

6.2. Componente 2: Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad

Incorpora procedimientos sobre tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles a través de técnica aséptica, de baja complejidad en la Atención Primaria. Considera la implementación de salas de procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y capacitación de los médicos(as) de APS, por parte de los médicos(as) especialistas de la Red de Salud local, con protocolos y guías clínicas consensuadas, conocidas y compartidas, logrando un trabajo conjunto y colaborativo con una distribución del trabajo según complejidad, garantizando un acceso oportuno de las personas que presenten patologías benignas. Asimismo, la estrategia considera todos los insumos necesarios para realizar la actividad.

En general, pueden abordarse en APS **lesiones cutáneas benignas superficiales de tamaño menor o igual a 5 cm de diámetro**, descartando aquellas que, por su urgencia, posible riesgo o complicación, ameriten ser resueltas en un Servicio de Urgencia o en un Policlínico de Especialidades Quirúrgicas. **No se recomienda la extirpación de lesiones sospechosas de malignidad**, estas personas deberán ser derivados al especialista cumpliendo los criterios clínicos y protocolos locales de referencia y contrarreferencia del respectivo Servicio de Salud.

De resolución ambulatoria y electiva se consideran los siguientes tipos de intervenciones, las que tienen código SIGTE:



*	16-02-201	Biopsia de piel y/o mucosa por curetaje o sección tangencial c/s electro por 1 lesión
	16-02-203	Extirpación de, reparación o biopsia total o parcial, de lesiones benignas cutáneas por escisión resto de cuerpo hasta 3 lesiones
*	16-02-205	Extirpación de, reparación o biopsia total o parcial, de lesiones benignas cutáneas por escisión resto de cuerpo desde 4 hasta 6 lesiones
	16-02-206	Extirpación de lesiones benignas por sec tangencial ,curetaje, y/o fulguración hasta 15 lesiones
*	16-02-222	Herida cortante o contusa no complicada, reparación y sutura (una o múltiple hasta 5 cm. de largo total que comprometa solo la piel)
*	16-02-223	Cabeza, cuello, genitales: extirpación de lesión benigna subepidérmica, incluye tumor sólido, quiste epidérmico y lipoma por lesión
	16-02-224	Resto del cuerpo (que no sea cabeza, cuello, genitales) menores a 5 cm de diámetro: extirpación de lesión benigna subepidérmica, incluye tumor sólido, quiste epidérmico y lipoma por lesión
	16-02-225	Vaciamiento y curetaje quirúrgico de lesiones quísticas o abscesos
	16-02-231	Onicectomía total o parcial simple
	16-02-232	Cirugía reparadora ungueal por proceso inflamatorio

(*) De acuerdo con capacidad resolutive de cada sala de CX Menor o capacidad técnica de profesional médico. (previa autorización del Referente Programa MINSAL).

Las lesiones extirpadas (exceptuando las onicectomías) serán enviadas a análisis histopatológico de acuerdo con criterio clínico.

Las especificaciones técnicas y administrativas para estos procedimientos estarán debidamente especificadas en las Orientaciones Técnicas del Programa.

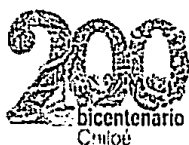
6.3. Componente 3: Prevención de Cánceres Digestivos

Se refiere a la prevención, en particular, de cáncer gástrico y colorrectal mediante la creación de una regla predictiva en ambos componentes que combine variables clínico-demográficas con biomarcadores biológicos, consiguiendo priorizar a la población de la lista de espera endoscópica por riesgo individual de presentar cáncer y condiciones premalignas digestivas, junto con financiar endoscopías digestivas altas (EDA) de calidad.

Además, referente a cáncer gástrico, se incorpora la prevención primaria mediante la detección oportuna de *Helicobacter pylori* por medio de métodos no invasivos (test de alre espirado o de antígeno de *H. pylori* en deposiciones).

El biomarcador biológico, en el caso de prevención secundaria de cáncer gástrico, corresponde al panel serológico gástrico (PSG) y, en cáncer colorrectal, al test inmunológico fecal cuantitativo (FIT).

La entrega de prestaciones de este componente se realiza mediante dos modalidades:



- La participación de los Servicios de Salud en la **Estrategia de Prevención de Cánceres Digestivos**: Incluye para prevención de cáncer gástrico el uso de panel serológico gástrico que mide necesariamente Pepsinógeno I y II, Gastrina-17 e IgG de *Helicobacter pylori*, pruebas diagnósticas no invasivas para detectar *Helicobacter pylori*, como el test de antígeno de *H. pylori* en deposiciones o la prueba de aire espirado (definido de acuerdo a la factibilidad y eficiencia económica) y las horas de tecnólogo/a médico/a para el procesamiento de los exámenes de laboratorio. En prevención (secundaria) de cáncer colorrectal, se incluye el test inmunoquímico fecal **cuantitativo**, además de horas de tecnólogo(a) médico(a).

En caso de disponer a nivel local de recurso tecnólogo(a) médico(a), y a través de solicitud fundada, se podrá contratar recurso humano profesional, técnico o administrativo, según sea el caso, alternativo para el correcto funcionamiento de la estrategia.

- La **canasta integral** que incluye: endoscopia digestiva alta con test de ureasa y biopsia gástrica, realizada con Protocolo de Sydney. Se focalizará en personas priorizadas de acuerdo con la regla predictiva. En caso de no disponerla, se deberá priorizar de acuerdo con criterios definidos localmente.

Cabe destacar que la población objetivo es diferenciada para cada componente y tipo de prevención; en prevención secundaria de cáncer gástrico son personas de 40 años o más en la lista de espera para endoscopia digestiva alta. Para prevención secundaria de cáncer colorrectal, población de 18 años y más con **síntomas gastrointestinales o sistémicos** en la lista de espera para colonoscopia. En cuanto a pesquisa de *H. pylori* (prevención primaria) son personas de 15 años y más, igual que para la canasta de endoscopia digestiva alta.

Nota1: La Estrategia de Prevención de Cánceres Digestivos está orientada a la población en lista de espera endoscópica digestiva, no obstante, se podrá incorporar a usuarios(as) anexos a la lista de espera o con edades distintas a las indicadas, una vez cubierta la población objetivo y con previa autorización del Referente Programa MINSAL.

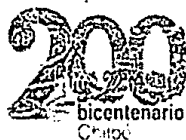
Indicadores y ponderación sobre la resolución de Especialidades Ambulatorias y Canastas Integrales:

Las canastas integrales del componente resolución de especialidades ambulatorias constituyen una referencia y asegura el acceso a prestaciones requeridas, ya que la frecuencia de los requerimientos asociados a los problemas de salud descritos es referencial.

En el caso de las canastas farmacológicas para Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología (incluye Tele Dermatología), éstas podrán ser actualizadas por cada Servicio de Salud considerando su realidad local, disponibilidad del medicamento y registro vigente del medicamento ante el Instituto de Salud Pública. Estas modificaciones deben ser excepcionales y trabajadas interdisciplinariamente por el equipo técnico correspondiente, manteniendo los grupos farmacológicos definidos y actualizando el arsenal farmacológico del respectivo Servicio de Salud. Se requiere que toda modificación sea informada a MINSAL para su validación. El Servicio de Salud deberá asegurar como parte integrante de los convenios la nómina de personas en lista de espera para cada especialidad y que se constituirá en el universo a resolver para cumplimiento de la meta, de acuerdo con la programación.

7. CONSIDERACIONES ESPECIALES

El proceso de programación de actividades y distribución de los recursos por comuna (subtítulo 24) y establecimientos dependientes (subtítulos 21 y 22), se debe enviar a más tardar el mes de febrero,



mediante planillas diseñadas por MINSAL las que deberán ser validadas por Referente MINSAL, máximo 10 días tras la recepción de estas.

Los Servicios de Salud podrán incorporar otras prestaciones no mencionadas anteriormente, en el componente de especialidades ambulatorias, siempre y cuando cumplan los siguientes criterios:

- Que correspondan a prestaciones que cuenten con gran demanda asistencial (lista de espera) y se encuentren en el SIGTE.
- Que correspondan a atenciones integrales, es decir, que aseguren la resolución del problema de salud de la persona atendida.
- Haber cumplido las acciones comprometidas en el programa, por parte de los establecimientos objeto del convenio del programa o haber cumplido con la totalidad de un componente. Esto facilita la incorporación de otras estrategias puntuales aprovechando la incorporación de Especialistas en APS.

El programa de salud considera todos los insumos y recursos humanos necesarios para realizar las actividades, no obstante, el establecimiento podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la adquisición de otros medicamentos e insumos relacionados con los componentes y estrategias del programa de salud, que vaya en directa relación con la atención de los usuarios(as) asegurando siempre el cumplimiento de las metas programadas y en concordancia con la cartera de prestaciones otorgada por la APS.

Será de responsabilidad de cada Servicio de Salud determinar si los gastos asociados al programa se ajustan a los lineamientos de este y de acuerdo con las necesidades locales.

En caso de cumplir las metas comprometidas, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud la autorización para la mantención y reposición de equipos y/o equipamientos utilizados en las estrategias UAPO, UAPORRINO y cirugía menor cutánea de baja complejidad, además de insumos, habilitantes tecnológicos y gastos de operación, que favorezcan la implementación local y la continuidad de la atención, asegurando el cumplimiento de las metas comprometidas anuales, para lo cual se debe solicitar visación al Servicio de Salud correspondiente, adjuntando todos los antecedentes necesarios que avalen esta solicitud, siempre que vaya en directa relación con los objetivos del programa.

El Servicio de Salud determinará la pertinencia del gasto, el cual debe guardar directa relación con la ejecución de las prestaciones y conforme a la normativa vigente, manteniendo proporcionalidad respecto a las metas anuales comprometidas y el presupuesto asignado a cada prestación. Para el mismo efecto, excepcionalmente, se puede financiar movilización de las personas, en aquellos establecimientos que no posean prestadores en su comuna ni en comunas aledañas, a fin de asegurar la asistencia a la prestación, principalmente de los exámenes de tamizaje.

Los Servicios de Salud, podrán a su vez determinar otros criterios de distribución de los recursos destinados a los establecimientos o comunas de su territorio, que desarrollan las prestaciones del programa, atendiendo a criterios de equidad y de acortamiento de brechas en el otorgamiento de las prestaciones, así como de eficiencia en el uso de los recursos, sin sobrepasar los recursos totales asignados al Servicio de Salud y sin perjuicio de los objetivos del programa.

8. PRODUCTOS ESPERADOS

Componente 1: Resolución de especialidades ambulatorias.

Productos:

- Atención resolutoria y cercana al territorio geográfico de los beneficiarios.
- Disminución de listas y tiempos de espera para atenciones de especialidad y realización de procedimientos diagnósticos.



- Continuidad de atención en la Red de Salud local.

Componente 2: Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad.

Productos:

- Incremento absoluto del número de procedimientos resolutivos a nivel local.
- Disminución de listas y tiempos de espera para procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad (Intervenciones quirúrgicas menores).

Componente 3: Prevención de cánceres digestivos.

Productos:

- Realizar el 100% de la compra de los insumos contemplados en la estrategia para la implementación de las pruebas no invasivas: panel serológico gástrico, test diagnóstico para pesquisar *Helicobacter Pylori* y FIT.
- Realizar al menos el 75% de las pruebas diagnósticas no invasivas financiadas por el programa y aplicadas en la población objetivo, señalada por este mismo.

9. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Se realizarán dos evaluaciones durante la ejecución del Programa de Salud, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación, sin perjuicio de que desde la División de Atención Primaria se pueda solicitar información sobre los estados de los convenios y ejecución de los componentes cuando sea necesario.

- **La primera evaluación**, se efectuará con corte a la producción al **31 de julio** de cada año. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre del año en curso, si es que su cumplimiento es inferior al 50%.

Tabla N°4. Descuento según cumplimiento del Programa de Resolutividad en APS

Porcentaje Cumplimiento (Corte julio)	Porcentaje de Descuento Recursos siguientes Cuotas
50,00% y más	0%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
29,99% o menos	100%
0%	Rescindir convenio

Los recursos financieros para equipamiento y/o implementación no serán sujeto de reliquidación, en el caso que se presente algún grado de ejecución de metas asociadas a estos recursos.

- **La segunda evaluación y final**, se efectuará con corte al **31 de diciembre** de cada año, fecha en que el programa de salud deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

Se requiere que los Servicios de Salud realicen el seguimiento y monitoreo sistemático de la ejecución del presente programa de salud, estableciendo los compromisos para mejorar las áreas



necesarias; todo ello independientemente de acciones específicas que corresponde a los departamentos de auditoría.

El incumplimiento de acciones y metas requeridos para recibir el total de recursos anuales resulta en la reliquidación del programa de salud, excepto cuando existan razones fundadas que justifiquen dicho incumplimiento. Para este propósito, la comuna podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un plan de trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas.

A su vez el Servicio de Salud, una vez analizadas y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar a MINSAL la no reliquidación del programa de salud, quién determinará en última instancia si procede o no a aceptar solicitudes de no reliquidación. No obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del programa al **31 de diciembre** y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período.

El no cumplimiento de las actividades y metas anuales, así como el comportamiento financiero en cuanto a la correcta ejecución y la rendición de los recursos a través del Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas (SISREC) y Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE), según corresponda, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Aquellas comunas o establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas a la fecha de corte para la evaluación del programa, estarán afectas a reliquidación de los recursos asignados.

Cada Servicio de Salud deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas correctamente en el REM, SIGTE y plataformas Web por parte de los establecimientos. Para efectos del Componente 3, el Ministerio de Salud pondrá a disposición de los Servicios de Salud participantes una plataforma para el registro y monitoreo de sus acciones.

10. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Tabla N°3. Indicadores y ponderación del Programa de Resolutividad en APS

Componente	Indicador	Fórmula de Cálculo	Peso	Fuente N°1	Fuente N°2
1. Especialidades	1.1. Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas oftalmología	Numerador: N° consultas oftalmología realizadas por el Programa de Salud.	25%	REM A29	Disminución de LE Abierta destino APS
		Denominador: N° de consultas de oftalmología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
	1.2. Cumplimiento de	Numerador: N° consultas	20%	REM A29	Disminución de LE



	la actividad proyectada en consultas de otorrinolaringología	otorrinolaringología realizadas por el Programa de Salud.			Abierta destino APS
		Denominador: N° de consultas de otorrinolaringología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
	1.3. Cumplimiento de la actividad de Tele oftalmología	Numerador: N° de Informes de consultas realizadas e informadas de Tele oftalmología.	5%	REM A29	
		Denominador: N° de Informes y consultas de Tele oftalmología programadas.		Programación acordada entre SS y HD MINSAL	
	1.4. Cumplimiento de la actividad de Tele dermatología	Numerador: N° de Informes de consultas realizadas e informadas de Tele dermatología.	5%	REM A29	Disminución de LE Abierta destino APS
		Denominador: N° de Informes y consultas de tele dermatología programadas		Programación acordada entre SS y HD MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
2. Procedimientos Quirúrgicos de Baja Complejidad	2.1. Cumplimiento de la actividad programada	Numerador: N° de procedimientos quirúrgicos de baja complejidad realizados.	25%	REM A29	Disminución de LE Abierta destino APS
		Denominador: N° de procedimientos quirúrgicos de baja complejidad programados.		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
3. Prevención de Cánceres Digestivos	3.1. Cumplimiento de la actividad programada prevención primaria de cáncer gástrico	Numerador: N° de pruebas diagnósticas no invasivas para <i>H. Pylori</i> realizadas.	2%	Plataforma REDCap	
		Denominador: N° de pruebas diagnósticas no invasivas para <i>H. Pylori</i> programadas.		Programación acordada entre SS y MINSAL	
	3.2. Cumplimiento de la actividad programada	Numerador: N° de pruebas de panel serológico gástrico realizadas.	3%	Plataforma REDCap	



	prevención secundaria de cáncer gástrico	Denominador: N° pruebas de panel serológico gástrico programadas.		Programación acordada entre SS y MINSAL
	3.3. Cumplimiento de la actividad programada prevención secundaria de cáncer colorrectal	Numerador: N° de pruebas realizadas. Denominador: N° de pruebas FIT programadas.	5%	Plataforma REDCap Programación acordada entre SS y MINSAL
	3.4. Cumplimiento de la actividad proyectada en procedimientos endoscópicos digestivos	Numerador: N° procedimientos endoscópicos digestivos realizados por el Programa de Salud. Denominador: N° de consultas y procedimientos endoscópicos digestivos comprometidos en el Programa de Salud.	10%	REM A29 Programación acordada entre SS y MINSAL

Nota Pesos Relativos: En caso de no tener comprometido un componente los pesos relativos se modificarán de la siguiente forma: Se distribuye el porcentaje aumentando los componentes especialidades presenciales oftalmología y otorrinolaringología.

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

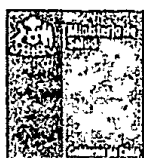
Plan de mejoras: El referente técnico podrá solicitar plan de mejora cuando estime conveniente, principalmente cuando detecte casos en que se observe incumplimiento de los indicadores del programa que afecten la correcta ejecución de este.

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

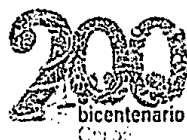
Los contratos del personal que se vayan a celebrar para el cumplimiento de los objetivos del convenio, así como su calidad jurídica, se ajustarán a las profesiones definidas en el programa de reforzamiento, orientaciones técnicas y el presente convenio, en el marco de la Ley 19.378 del Estatuto de la 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 transparencia
Convenio	\$ 29.530.000.- Veintinueve millones quinientos treinta mil pesos. pesos.	Primera cuota	\$ 20.671.000.-	70%	Contra la aprobación del convenio mediante resolución
		Segunda cuota	\$ 8.859.000.-	30%	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 1º 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:

Nº	NOMBRE COMPONENTE	ESTRATEGIA	Nº DE ACTIVIDADES O METAS	Distribución 2026
1	COMPONENTE 1.1	LENTES UAPO	500	\$ 10.000.000
	COMPONENTE 1.3	GASTROENTEROLOGÍA	150	\$ 18.000.000
	COMPONENTE 1.4	DERMATOLOGÍA FÁRMACOS	15	\$ 540.000
2	COMPONENTE Nº 2.1	P. CUTÁNEOS	30	\$ 990.000
TOTAL PROGRAMA				\$ 29.530.000

Toda transferencia de recursos está sujeta a la disponibilidad presupuestaria del Servicio y se hace presente que de conformidad al inciso 2 del artículo Nº18 de la Resolución Nº 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 Nº 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 Nº 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 Nº 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.
- 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:

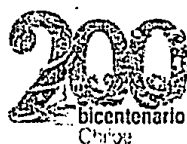
a) Designar a los funcionarios para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado y analista otorgante.

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. MARIA ALEJANDRA VILLEGAS HUICHAMÁN

ALCALDESA

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE



D. GERMÁN LÓPEZ ALVAREZ

DIRECTOR (S)

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

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



Resolutividad en APS - Dalcahue (24-03-298) -

