



Ilustre Municipalidad de Dalcahue

**APRUEBA CONVENIO c/SERVICIO DE SALUD
"ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DE URGENCIA"
DECRETO ALCALDICIO N° 1.122.-
DALCAHUE, 14 de abril del 2025.-**

VISTOS: La Resolución Exenta N° 2032 del Servicio de Salud Chiloé, del 10 de febrero de 2025; la Resolución del Tribunal Electoral Regional de Los Lagos, Causa Rol 111-2024; los Artículos 1°, 2°, 8°, 56° y siguientes de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, texto refundido.

DECRETO:

APRUÉBASE: En todos sus puntos el Convenio denominado "**ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DE URGENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA**" suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, representada por su alcaldesa doña Alejandra Villegas Huichamán y el Servicio de Salud Chiloé, representado por su Director don Eric Gutiérrez Morales y mediante el cual el Servicio de Salud se compromete a transferir la suma anual y única de \$107.882.100.-(ciento siete millones ochocientos ochenta y dos mil cien pesos), en 12 cuotas, de \$8.990.175.-(ocho millones novecientos noventa mil ciento setenta y cinco pesos).

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.





MARÍA ALEJANDRA VILLEGAS HUICHAMÁN
ALCALDESA



CLARA INES VERA GONZALEZ
SECRETARIA MUNICIPAL

RESOLUCION EXENTA N° 2032

CASTRO, 28 FEB. 2025

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: El **Convenio**

Estrategias de intervención de urgencia en atención primaria, suscrito con fecha 10 de febrero de 2025 entre el **Servicio de Salud Chiloé** y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**; Resolución Exenta N° 1038 del 30 de diciembre de 2024, que aprueba el Programa **Estrategias de intervención de urgencia en atención primaria**, Resolución Exenta N° 98 del 29 de enero de 2025, y que aprueba los recursos 2024 para el Programa, ambas del Ministerio de Salud; lo dispuesto en el D.F.L. N° 29 de 2005 del Ministerio de Hacienda, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.834 sobre Estatuto Administrativo; DFL N° 1 de 2006 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 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 N° 140 de 2004 del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento de los Servicios de Salud; D.F.L. N° 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 Resolución N° 7 del 2019 y Resolución N° 14 del 2022, ambas de la Contraloría General de la República y D.E. N° 11 de fecha 14 de febrero de 2024, del Ministerio de Salud. **CONSIDERANDO:** 1.- Resolución Exenta N° 98 del 29 de enero de 2025 y que aprueba los recursos 2025 para el Programa. 2.- Que es necesario aprobar y transferir recursos en base al presupuesto 2025, para financiar el Programa de Reforzamiento Estrategias de intervención de urgencia en atención primaria 2024, cuyo propósito es otorgar acceso a las prestaciones de urgencia de baja complejidad, asegurando un actuar oportuno y de calidad, en la resolución de las situaciones de urgencia, siendo así la primera instancia de atención de la Red de Urgencia del Sistema Público de Salud. Esto implica no negar la atención de urgencia a usuarios que pertenezcan a otras comunas, áreas y/o seguro de salud a la que pertenezca el consultante. 4.- Dado lo anteriormente expuesto, es que a este Servicio de Salud le asiste la necesidad de aprobar el Convenio "**Estrategias de intervención de urgencia en atención primaria**" suscrito con fecha 10 de febrero de 2025 entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, ajustándose a la distribución de recursos establecidos en Resolución Exenta N° 98 del 29 de enero de 2025 del Ministerio de Salud 5.- Que, en base a lo razonado anteriormente se debe necesariamente dejar sin efecto la Resolución Exenta N° 5175 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 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DE URGENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA**" suscrito con fecha 10 de febrero de 2025, entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, en virtud del cual el Servicio de Salud Chiloé conviene en asignar recursos, los que han sido aprobados mediante

Resolución Exenta N° 98 del 29 de enero de 2025, del Ministerio de Salud, fondos presupuestarios que ascienden la suma anual y única de **\$107.882.100.- (Ciento siete millones ochocientos ochenta y dos mil cien pesos)** a fin de ejecutar las acciones que se detallan en el Convenio señalado.

2. **DEJESÉ SIN EFECTO**, Resolución Exenta N° 5175 del 29 de mayo de 2024 que aprueba convenio suscrito del 05 de abril de 2024, del Servicio de Salud Chiloé.
3. **TRANSFERASE**, el monto del convenio en modalidad de 12 (doce) cuotas de \$8.990.175.- las que se comienzan a transferir mensualmente contra la aprobación del convenio mediante resolución, 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.
4. **SÍRVESE**, el presente documento como suficiente oficio remisor.
5. **IMPÚTASE** el gasto que irrogue el cumplimiento de este al ítem 24-03-298 del año 2025.
6. **PUBLÍCASE**, en Portal de Transparencia Activa, del Servicio de Salud Chiloé

ANÓTESE Y COMUNIQUESE.



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. Claudia Arias Carrasco
- > Of. Partes, S.S. Chiloé



CONVENIO

PROGRAMA ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DE URGENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

ENTRE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE

Y

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

En Castro a 10 de febrero de 2024 entre el **Servicio de Salud Chiloé**, persona jurídica de derecho público, RUT N° 61.979.210-6, domiciliado en calle O'Higgins N° 504, en la ciudad de Castro, representado por su Directora **D. Eric Gutiérrez Morales**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**, corporación autónoma de derecho público RUT N° 69.230.300-8, domiciliada en Calle Pedro Montt N°105, de la comuna de Dalcahue, representada por su Alcaldesa **D. María Alejandra Villegas Huichamán**, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un Convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

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

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

Por último, se indica que, mediante la dictación de Resolución Exenta N°01858 de fecha 15 de septiembre de 2023, de la Contraloría General de la República de Chile, se instaure 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 Estrategias de intervención de urgencia en atención primaria aprobado por Resolución Exenta N° 1038 del 30 de diciembre de 2024, y sus recursos aprobados mediante Resolución Exenta N° 98 del 29 de enero de 2025, ambas del Ministerio de Salud.

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

El Programa Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), creado el año 1990, funcionó inicialmente estructurando una red de dispositivos de atención de urgencia de nivel básico, en barrios de comunas urbanas de mayor vulnerabilidad poblacional, con dificultades de acceso, dispersión o lejanía a centros de atención de mayor nivel resolutivo. El Programa de Salud (SAPU) Inició sus actividades con 10 centros de atención, ubicados todos en comunas urbanas de la Región Metropolitana, que tenían más de 30.000 habitantes.

Dada su inserción en barrios generalmente periféricos y de alto riesgo social podría calificarse esta iniciativa como una estrategia pionera y anticipatoria a otros dispositivos de protección social a la

población, más allá de su sólo rol como puerta de entrada al sistema de urgencia en salud desde la APS.

A lo largo de los años ha ido incrementando constantemente su participación en la atención de la urgencia - emergencia de salud. Esto se ha dado por el aumento constante de las solicitudes de atenciones demandadas por la población usuaria, así como por las solicitudes desde las entidades administradoras de salud municipal y los Servicios de Salud.

Estos centros se han ubicado preferentemente, pero no exclusivamente, en comunas urbanas que no cuentan en su territorio con un hospital de baja complejidad, lo que no significa que la atención es sólo a la población de dicha comuna y/o área.

Por otro lado, de acuerdo con la definición censal, la población rural total del país según censo del año 2017 alcanzó los 2.149.337 habitantes, representando un 12,2% de la población total en el país, cifras que se han mantenido estables en el tiempo. Esta población, dada sus condiciones de vida (determinantes sociales), es más vulnerable a los riesgos en salud y sus indicadores de salud son inferiores a los de las poblaciones urbanas; lo que en salud se evidencia a través de las tasas de AVPP y AVISA.

Dada las distancias a los centros urbanos, sumado a la dificultad de movilización, costos asociados y geografía, la población que allí reside tiene un menor acceso a las atenciones de salud, muy especialmente a las atenciones de urgencia. Lo anterior dificulta el acceso a prestaciones y/o procedimientos complejos, como son diagnósticos y tratamientos, los cuales, en algunas oportunidades suelen ser tiempo dependiente, o bien, requieren de una resolución oportuna, por lo cual, se da inicio al Programa denominado Servicios de Urgencia Rural (SUR), el cual, provee recursos destinados a financiar atenciones de médicos u otros profesionales, en horarios inhábiles en los establecimientos rurales para atender a las necesidades asistenciales de la población percibidas como urgencias.

2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

2.1. Problema principal que el programa intenta resolver: Personas no cuentan con servicios de atención sanitaria fuera del horario de funcionamiento de su establecimiento, cuando se percibe una situación de carácter urgente que afecta su bienestar.

2.2. Justificación de la necesidad del programa: Los dispositivos de urgencia denominados SAPU y SUR, respondiendo a sus definiciones dentro de modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario, se han concebido como una actividad complementaria a la atención regular de la APS, dispuesto para funcionar en horarios complementarios a los de su centro de salud. Se han instalado como una estrategia de respuesta rápida y de calidad a la necesidad expresada de la población de resolver de inmediato sus problemas de salud, que son percibidos como urgentes, y que por tanto no pueden ser diferidos (Urgencia).

Al resolver las consultas por patologías de menor gravedad de manera expedita, competente y cercana a la población, los SAPU y SUR se han ido validando en lo técnico y en lo social, de modo que actualmente son un servicio altamente valorado, tanto por la población usuaria como por los restantes niveles de la red de urgencia del país.

3. OBJETIVOS

Otorgar acceso a las prestaciones de urgencia de baja complejidad, asegurando un actuar oportuno y de calidad, en la resolución de las situaciones de urgencia, siendo así la primera instancia de atención de la Red de Urgencia del Sistema Público de Salud. Esto implica no negar la atención de urgencia a usuarios que pertenezcan a otras comunas, áreas y/o seguro de salud a la que pertenezca el consultante.

3.1. Objetivos específicos

3.1.1. Mejorar la accesibilidad y resolutivez de la atención de urgencia, otorgando una atención inmediata a la demanda de la población, en horarios complementarios a los del funcionamiento de los centros de salud de la APS.

3.1.2. Gestionar la demanda de la atención de urgencia que requiera de consultas y referencias a niveles de mayor complejidad, como las UEH y, a su vez, favorecer la continuidad de la atención de la población consultante en el dispositivo de urgencia.

- 3.1.3. Entregar tratamientos y realizar procedimientos que ayuden a recuperar, estabilizar o evitar el agravamiento de pacientes en situaciones de urgencia – emergencia.
- 3.1.4. Derivar y trasladar oportunamente, en condiciones de estabilización y seguridad a aquellos pacientes que, por la complejidad del caso o la necesidad de recursos requeridos para su manejo, deba ser atendido en un establecimiento de mayor complejidad de la red de urgencia correspondiente.
- 3.1.5. Brindar acceso y calidad de atención a la población mediante consultas de morbilidad odontológica y/o controles odontológicos en horario diferido

3.2. **Propósito:** facilitar el acceso a los usuarios del sistema público de salud a atenciones de urgencia de forma oportuna, equitativa y de calidad en horario inhábil, contribuyendo a otorgar una mayor protección y seguridad a la comunidad, especialmente en sectores rurales y más vulnerables.

4. POBLACIÓN

Personas consultantes que perciban su problema de salud como urgente, y que requieran asistencia de atención de urgencia, lo que significa no negar la atención de urgencia a usuarios que pertenezcan a otras comunas, áreas y/o seguro de salud.

Dado que los dispositivos SAPU y SUR realizan atención de urgencia, la cual se basa en la consulta espontánea, se debe considerar a la totalidad de usuarios inscritos validados, la cual corresponde a 14.532.555 habitantes (PIV 2023) directos, sin embargo, no existe restricción de población para quienes lo requieran, por corresponder a atenciones de urgencia, por lo tanto, la población beneficiada puede aumentar a todo el territorio nacional, 17.547.003, según Censo INE 2017.

Atenciones de urgencia realizadas en dispositivos SAPU y SUR

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Atenciones SAPU	7.133.105	7.055.059	3.907.619	4.561.616	6.478.184	6.295.148
Atenciones SUR	325.214	356.919	453.622	820.232	1.165.218	1.162.985

5. ESTRATEGIA

Programa de actividades propuesto para realizarse en los CESFAM u otros centros de salud debidamente habilitados, en comunas urbanas y/o rurales, para reforzar la atención habitual que se realiza en APS, a través de recursos financieros adicionales que permitan resguardar el acceso oportuno a atenciones de salud de urgencia de la población.

La Estrategia de Intervención de Urgencia en Atención Primaria considera 2 tipos de dispositivos que permiten dar respuesta a la demanda de urgencia de la población, de acuerdo a su localidad, territorialidad y población a cargo, siendo estos, dispositivos denominados SAPU y SUR.

Dichos dispositivos son parte de la Red de urgencia territorial, interactuando con los dispositivos de urgencia SAR, el SAMU y las UEH.

Servicio de Urgencia Rural (SUR)

Para la instalación de esta estrategia, se considerarán factores tales como: el número de población, la dispersión, tamaño, condiciones geográficas de cada comuna, siendo el número de habitantes quien determinará en primera instancia la modalidad de cada SUR.

Las tres modalidades SUR consideran lo siguiente:

- a. **Modalidad alta.** En centros de salud con población asignada superior a 15.000 habitantes.
 - Médico residente desde las 20.00 horas hasta las 23.00 horas de lunes a viernes.
 - Médico de llamada desde las 23.00 horas hasta las 08.00 horas de lunes a viernes; y sábados, domingos y festivos 24 horas.
 - Técnico en enfermería nivel superior residente desde las 20.00 horas hasta las 08.00 horas de lunes a viernes, y 24 horas sábados, domingos y festivos.
 - Chofer residente y camillero de llamada en horario desde las 20.00 horas hasta las 08.00 horas de lunes a viernes; y 24 horas sábados, domingos y festivos.

- b. **Modalidad media.** En centros de salud con población asignada de 10.000 a 15.000 habitantes.
- Médico de llamada desde las 20.00 horas hasta las 08.00 horas de lunes a viernes; y 24 horas sábados, domingos y festivos.
 - Técnico en enfermería nivel superior residente desde las 20.00 horas hasta las 08.00 horas de lunes a viernes; y 24 horas sábados, domingos y festivos.
 - Chofer residente y camillero de llamada desde las 20.00 horas hasta las 08.00 horas de lunes a viernes; y 24 horas sábados, domingos y festivos.
- c. **Modalidad baja.** En centros de salud con población asignada menor de 10.000 habitantes.
- Médico de llamada desde las 20.00 horas hasta las 08.00 horas de lunes a viernes; y 24 horas sábados, domingos y festivos.
 - Técnico en enfermería nivel superior residente desde las 20.00 horas hasta las 08.00 horas de lunes a viernes, y 24 horas sábados, domingos y festivos.
 - Chofer de llamada desde las 20.00 horas hasta las 08.00 horas de lunes a viernes; y 24 horas sábados, domingos y festivos.

En segundo lugar, y una vez utilizado el factor población indicado en el punto anterior, se podrá aplicar solo a los SUR de modalidad media y baja las condicionantes sociodemográficas y demás factores especiales que se encuentren debidamente justificados, y que se indican en la tabla a continuación. De esta manera los SUR de modalidad baja y media podrán cambiar a uno de modalidad media o alta, respectivamente, por aplicación de la siguiente tabla:

Tabla N° 1 Factores condicionantes para puntaje ajuste de modalidad.

Factor o condición	Puntaje asociado
Comuna con IPP* tramo I	3 puntos
Comuna con IPP* tramo II	2 puntos
Comuna con IPP* tramo III	1 punto
Distancia al establecimiento de derivación mayor a 10 kilómetros.	2 puntos
Dificultad de acceso por condiciones geográficas en los siguientes casos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruta a centro de derivación con cruce fluvial; 2. Establecimiento ubicado en una isla; 3. Establecimiento ubicado en camino de montaña que requiere porte de cadenas. 	2 puntos
Accidentabilidad por encontrarse en localidad contigua o cercana a autopista o carreteras (menos de 500 metros de distancia)	1 punto

*IPP: Índice de Privación Promedio elaborado por la SUBDERE a través del Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM), que mide la capacidad económica del municipio, mediante la mayor o menor dependencia del Fondo Común Municipal (FCM) y varía entre 0 y 1. Más cercano a 1 implica mayor dependencia del FCM y, por ende, mayor pobreza, o menor capacidad de generar recursos propios.

Con un puntaje calculado de 5 o más puntos para el establecimiento se podrá ajustar la modalidad, pasando al tramo siguiente según corresponda. Lo que estará sujeto a la disponibilidad presupuestaria del Programa de Salud SUR.

Nota: El horario considerado no hábil se inicia una vez finalizada la extensión horaria de los centros de APS, es decir después de las 20.00 horas, siempre y cuando el establecimiento cuente con extensión horaria. Ello determina la hora de inicio del turno de urgencia.

Considerando lo anterior, los dispositivos SUR en que su establecimiento cuente con extensión horaria, el servicio de urgencia debe considerar un total de 108 horas semanales, sin embargo, los establecimientos sin extensión horaria, el dispositivo SUR debe considerar un total de 123 horas de funcionamiento.

Telemedicina

El desarrollo y entrega de prestaciones a través de Telemedicina en el SUR comprende la estrategia de Teleconsulta relacionada con la atención médica, para aquellos dispositivos que presenten dificultad para la contratación de profesionales médicos de llamada, para las modalidades baja, media y alta (en los horarios posteriores al médico residente), la cual debe estar debidamente justificada e informada a nivel central.

La implementación y funcionamiento de la estrategia será gestionada a través del Servicio de Salud y la comuna, quienes serán responsables de los recursos adicionales que requiera la estrategia. Dicha implementación requiere de un protocolo, que incluya un procedimiento o protocolo de atención y gestión, el cual debe ser elaborado y compartido con la Red.

Nota: Se debe privilegiar y priorizar la atención presencial, por lo cual, la Telemedicina se podrá implementar solo en aquellos casos, que la presencialidad se vea comprometida.

COMPONENTES

5.1. Componentes

Nombre Componente	Descripción
Atenciones médicas de Urgencia en base a la demanda.	Otorgar atención de urgencia oportuna de acuerdo a las características clínicas de la patología de los consultantes, entregada por Médico, profesional de salud o TENS en dispositivos SUR.
Optimización de la red local y comunal de urgencias.	Diagnóstico realizado por equipo comunal y del Servicio de Salud, sobre causas que inciden en la sobredemanda de urgencia, definiendo las medidas y actividades a realizar para reducir la razón de consultas de urgencia o bien las consultas categorizadas como C5. Plan de trabajo para intervenir causas susceptibles de ser abordadas desde el nivel comunal.
Traslados a establecimientos de mayor complejidad.	Traslados a Unidades de Emergencia Hospitalaria, cuando la patología del consultante así lo requiera.

Los dispositivos de Urgencia SAPU y SUR forman parte de la red de urgencia en horario no hábil la cual debe contar con protocolos de derivación para proceder a:

- **Trasladar a UEH** aplicando criterios de gravedad/complejidad y cumpliendo condiciones previas de seguridad para proceder a traslado.
- **Solicitar apoyo diagnóstico a SAR**, en el contexto de una atención de urgencia, siempre coordinando en favor de mantener la continuidad de la atención del usuario.

Los establecimientos que den por finalizada su jornada hábil los días viernes a las 16:00 horas, se tiene que considerar el inicio de su dispositivo de urgencia de forma complementaria al horario hábil de funcionamiento.

Un eventual aumento de la dotación estimada desde el nivel central, debe ser de cargo financiero de la entidad administradora que así lo decida, por lo que, se debe tener presente que, su ampliación no puede ser financiada con fondos adicionales de parte del MINSAL. Se recomienda aumentar la dotación médica y de enfermería en los horarios de mayor demanda e incorporar un/a kinesiólogo/a por turno para las campañas de invierno¹ y en situación de pandemia.

Estrategia de enlace: Generar una estrategia de enlace que resuelva la continuidad de la atención de los usuarios que utilizan distintos dispositivos de la red, así como, pacientes con enfermedades crónicas descompensadas, usuarios con problemas de salud crónicos no diagnosticados,

¹ Existen recursos para apoyo en periodo de campaña de invierno, a solicitud y planificación de las comunas y Servicios de Salud, distribuidos a través de convenios.

policonsultantes, reingresos y ausentes en control con especialidad, para coordinar con equipos de cabecera a cargo, su ingreso o reintegro a su programa de Crónicos en su Establecimiento.

Los requisitos para poder desarrollar la implementación del modelo, es contar con información de calidad y en forma oportuna, con funciones concretas asignadas para este propósito. Cada red asistencial de acuerdo con su realidad local deberá establecer la mejor forma para realizar esta importante tarea, asignando un profesional.

La función de enlace pretende favorecer la continuidad asistencial, entendida como una visión continua y compartida del trabajo asistencial en el que intervienen múltiples profesionales, en centros de trabajo diferentes, que actúan en tiempos distintos, con un objetivo de resultado final común: la persona.

En este contexto esta función debe ser llevada a cabo desde la Subdirección de Gestión Asistencial de los Servicios de Salud.

6. INDICADORES

6.1. Indicadores de Propósito:

DISPOSITIVO	NOMBRE	FÓRMULA	META	MEDIO VERIFICACIÓN
SUR		Numerador: N° total de consultas realizadas por TENS en establecimientos SUR. Denominador: N° total de demanda de urgencia en establecimiento SUR.	Cubrir al menos el 95% de la demanda	Numerador: REM A08 Sección A5: Consultas en sistema de atención de urgencia en centros de salud rural (SUR) y postas rurales. Técnico Paramédico. Denominador: REM A08 Sección A5: Consultas en sistema de atención de urgencia en centros de salud rural (SUR) y postas rurales. Demanda de urgencia.

6.2. Indicadores Complementarios (por componente):

COMPONENTE	OBJETIVO ESPECIFICO	INDICADOR	FÓRMULA	META	MEDIO VERIFICACIÓN
Traslados a establecimientos de mayor complejidad	Derivar, trasladar oportunamente, en condiciones de compensación y seguridad, aquellos pacientes que, por la complejidad del caso o la necesidad de recursos requeridos para su manejo, deba ser atendido en un establecimiento de mayor complejidad de la red de urgencia correspondiente.	Derivaciones a centros de mayor resolutiveidad	$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}}$ Numerador N.º traslados a establecimientos de mayor resolutiveidad Denominador Nº Total de atenciones Médicas en SUR	No Aplica	Numerador REM A08, Sección M, Crítico, No crítico, vía terrestre, NO SAMU Denominador REM A08, Sección A5, Médico

MONITOREO Y EVALUACIÓN

1. MONITOREO Y EVALUACIÓN

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.

Adicionalmente, para el seguimiento se podrá solicitar el envío de informes al respectivo Servicio de Salud, por parte de la División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, conforme instrucciones Ministeriales.

En relación con los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales, entendido que el Programa de Salud no tiene reliquidación, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas, el cual debe considerar un tiempo no superior a 12 meses. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizadas y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar a MINSAL la no reliquidación y/o solicitud de redistribución de recursos dentro del mismo Programa de Salud, quién determinará en última instancia si procede o no a aceptar solicitudes de justificación de incumplimiento de metas e indicadores.

No obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del Programa al 31 de diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período.

Finalmente, el no cumplimiento de las actividades y metas anuales podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente Programa de Salud.

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, reglamentos, leyes complementarias y leyes de aplicación supletoria.

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	Cantidad de cuotas	Requisito transferencia
Convenio	\$107.882.100.- Ciento siete millones ochocientos ochenta y dos mil cien	12	\$8.990.175.-	12 cuotas, una por mes	Contra la aprobación del convenio mediante resolución
Fecha inicio Convenio / Addendum e Ingreso a SISREC	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 2025, fecha anterior a la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, considerando el artículo 52 de la Ley Nº 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. Este Convenio se ingresará a SISREC como Proyecto Nuevo por cada componente				

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 2025.

Detalle Financiero:

COMUNA	DEPENDENCIA	RECURSOS	CLASIFICACIÓN ACTUAL	PRESUPUESTO AÑO 2025	
				MESES	SUBT. 24 (\$)
Dalcahue	MUNICIPAL	CONTINUIDAD	SUR BAJA	12	\$107.882.100.-

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.

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.

La obligación de rendir cuenta, señalada en el inciso precedente, subsistirá aun cuando la Municipalidad ejecute las actividades, a través de su Corporación de Salud, en cuyo caso la "Municipalidad", deberá arbitrar las medidas administrativas que sean necesarias, para que dicha entidad también le rinda cuenta, tanto de los recursos como de las actividades realizadas.

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

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

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

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

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

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

a) De la prórroga automática.

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

b) De la vigencia y cómo se formaliza.

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

c) De la representación por parte del Municipio.

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

d) Constancia.

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

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

Para que exista acuerdo de voluntades respecto al Plan de Gastos y sus modificaciones, la Municipalidad y Servicio definirán su contenido y se entenderá aprobado por la comuna al ser enviado al Servicio por Oficio/Ordinario o correo electrónico por parte del Jefe(a) de Salud comunal y la aprobación del Servicio mediante medio de comunicación por escrito. De utilizar como medio de envío el correo electrónico se debe enviar al correo informado por oficio del 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.

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


 D. ERIC GUTIÉRREZ MORALES
 DIRECTOR (S)

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

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

ANEXO: "PLAN DE GASTOS"

El presente formato contiene la información mínima a utilizar y cada programa lo adaptará a las necesidades específicas de este.

PLAN DE GASTOS			
PROGRAMA			
N° RESOLUCIÓN ASOCIADO AL PLAN DE GASTOS			
COMUNA			
NOMBRE, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE REFERENTE COMUNAL			
NOMBRE, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE REFERENTE SERVICIO DE SALUD			
Gastos de Operación			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.
Gastos de Personal			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo
Gastos de Inversión			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.