MUNICIPALIDAD DE REQUÍNOA

N°: 1628

VIERNES 12 JUNIO DE 2026

APRUEBA CIERRE CONVENIO DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS QUE INDICA.

Esta Alcaldía decretó hoy lo siguiente:

V I S T O S:

Las facultades que me confiere la Ley Nº 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades, Texto Refundido coordinado y sistematizado, fijado por el D.F.L. Nº 1 del Ministerio del Interior año 2006.

Lo dispuesto en la Ley N° 19.880 sobre Procedimientos Administrativos.

CONSIDERANDO:

La resolución Exenta N° 1676 de fecha 30.04.2025 del Servicio de Salud de la Región O´Higgins, que aprueba convenio denominado "**PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD**", de fecha 18.02.2025 suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Requínoa y el Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O´Higgins.

D E C R E T O:

APRUÉBASE, cierre de Convenio denominado "**PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD**", por un monto de $10.610.550.- debido a su término en la ejecución administrativa, técnica y financiera del año 2025.

REINTÉGRESE, a la Tesorería General de la República, la suma de **$0.-** (cero pesos), por concepto de saldos no utilizados en el convenio "**PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD**", código de proyecto en plataforma SISREC **14263-2025.**

PUBLIQUESE, el presente decreto en el portal de la Ilustre Municipalidad de Requínoa www.requinoa.cl, en cumplimiento de lo establecido en la Ley N° 20.285 sobre "Transparencia y Acceso a la información Pública".

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.

WVM/LGE/MMN/MSB/cvtm

DISTRIBUCION:

Secretaria Municipal (1)
Dpto. Finanzas Salud (1)
Archivo (1)

MSB

MMMN

Firmado electrónicamente
WALDO VALDIVIA MONTECINOS
Alcalde

Firmado electrónicamente
LEYLA GONZÁLEZ ESPINOZA
Secretario Municipal

URL Verificación: https://intranet.requinoa.cl/verificarDocumento/glkgCSK2ccl96ZE
Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la Ley Nº 19.799.

DEPARTAMENTO DE SALUD REQUINOA

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
JGB/CSG/CSP/CGM/EFG

RESOLUCIÓN EXENTA N° 1676

RANCAGUA, 30 ABR 2025

VISTOS:

Estos antecedentes; Convenios suscritos con fecha 30 de enero de 2025, 18 de febrero de 2025, entre este Servicio de Salud O" Higgins y las I. Municipalidades que se indican, para la ejecución del denominado ***"Programa de Resolutividad en Atención Primaria de Salud",*** aprobado mediante Resolución Exenta N°1030 de fecha 30 de diciembre de 2024, y su marco presupuestario a través de la Resolución Exenta N°167 del 18 de febrero de 2025, ambas del Ministerio de Salud, Ley de Presupuesto del sector público, N° 21.722; Convenio ***"Programa de Resolutividad en Atención Primara de Salud",*** y teniendo presente lo dispuesto en la Resolución 36 de 2025, de la Contraloría General de la República, y en uso de las facultades legales y reglamentarias que me concede el D.L. N°2763 de 1979, texto refundido, coordinado y sistematizado por el D.F.L. N°1/05; modificaciones introducidas por la Ley N°19.937; artículo 9°, del D.S. N°140/04, en relación con el Decreto Afecto N°5, de fecha 02 de marzo de 2023, ambos del Ministerio de Salud, dicto lo siguiente:

RESOLUCION:

1.-APRUÉBASE, Convenios **"Programa de Resolutividad en Atención Primaria de Salud",** de fechas 18 de febrero de 2025, suscritos entre el Servicio de Salud O´Higgins y las Ilustres Municipalidades de la Región, a saber:

MUNICIPALIDAD	RUT	REPRESENTANTE
Ilustre Municipalidad de Requínoa	69.081.300-9	Waldo Antonio Valdivia Montencinos
Ilustre Municipalidad de Rengo	69.091.300-3	Enrique del Barrio Hernández

2.- DEJASE ESTABLECIDO que los convenios ya aprobados en el numeral anterior, pasan a formar parte integrante de esta Resolución para todos los fines que fueren pertinentes

3.- IMPUTESE el gasto que representen los convenios referidos, al Ítem Presupuestario N°24-03-298-002, del presupuesto asignado al Servicio de Salud O´Higgins, **"Programa de Resolutividad en Atención Primaria de Salud"**

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE,

JAIME GUTIÉRREZ BOCAZ
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD O´HIGGINS

DISTRIBUCIÓN:

- Mun. Indicadas.
- MINSAL APS.
- Subsecretaría Redes Asist. MINSAL
- Dirección APS Nelson Muñoz
- Depto. Auditoría
- Depto. Jurídico.
- Partes y Archivo.

SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS MINISTRO DE FE

Transcrito Fielmente

Ministro de Fe

DIRECCION ATENCION PRIMARIA
JGB/GCS/CSP/CPG/EFG/

CONVENIO "PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD"

SERVICIO DE SALUD O´HIGGINS

E

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE REQUÍNOA

En Rancagua, a 18 de febrero de 2025, entre el **Servicio de Salud O´Higgins**, persona jurídica de derecho público, RUT N°61.606.800-8, representado por su Director don **Jaime Gutiérrez Bocaz**, ambos con domicilio en Alameda N°609 Rancagua, en adelante **"El Servicio";** y la **Ilustre Municipalidad de Requínoa**, persona jurídica de derecho público, RUT N°69.081.300-9, representada por su Alcalde don **Waldo Antonio Valdivia Montecinos**, ambos domiciliados en Calle Comercio N°121, Requínoa, quien en adelante se denominará **"La Municipalidad",** se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERO: 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 articulo 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 dictara la correspondiente resolución.

Por último, se indica, mediante la dictación de Resolución Exenta N° 1858, de fecha 15 de septiembre de 2023, de la Contraloría General de la República de Chile, se instaura el uso obligatorio del Sistema de Rendición electrónica de Cuentas (SISREC) por parte de los Servicios Públicos y Municipalidades que transfieren recursos públicos imputados a los subtítulos 24 y 33 del clasificador presupuestario.

SEGUNDO: 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 denominado ***"Programa de Resolutividad en Atención Primaria de Salud".***

Dicho Programa ha sido aprobado mediante Resolución Exenta N°1030, de fecha 30 de diciembre de 2024 y cuyos recursos han sido distribuidos, por medio de la Resolución Exenta N°167 de fecha 18 de febrero de 2025, ambas resoluciones emanadas del Ministerio de Salud, y que en este acto se entienden conocidas por ambas partes, y que **"La Municipalidad"** se compromete a ejecutar.

TERCERO: De las orientaciones técnicas. El Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar el cumplimiento del 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 resolutiva 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 resolutiva 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 los 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 oferta y cobertura:

- Utilización de cupos ofertados por la Red de Prestadores Públicos
- Capacitación Gestionada, consultorías y/o trabajo conjunto entre Médicos Especialistas y Médicos 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 los 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 plantea cuatro 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, el segundo componente corresponde a procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad (intervenciones quirúrgicas menores) el tercer componente es la atención de mujeres en etapa de climaterio y el cuarto componente corresponde a la estrategia de prevención del cáncer gástrico y colorrectal.

5. 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.

5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **N°1:** Otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad, favoreciendo el acceso en forma oportuna a especialidades de gran demanda en la APS 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.

- **N°2:** Otorgar atención integral a pacientes que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica de baja complejidad y susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria.

- **N°3:** Otorgar atención integral y resolutiva por médico especialista en ginecología para diagnóstico y tratamiento de sintomatología climatérica en mujeres derivadas, aliviando sintomatología somática, psicológica, genitourinaria y sexual asociada a esta etapa.

- **N°4:** Implementar estrategias de prevención secundaria de cáncer gástrico y colorrectal que permitan optimizar la gestión de demanda de procedimientos endoscópicos en usuarios con sintomatología digestiva.

6. COMPONENTES

COMPONENTE 1: RESOLUCIÓN DE ESPECIALIDADES AMBULATORIAS.

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.

Estrategias

1.1 Médico Gestor de la Demanda[1]

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 pacientes 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, implicando la armonización de acciones y el manejo de información relevante para las necesidades actuales de cuidado. Un rol clave es el del gestor de la demanda, 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.

---

[1] Orientaciones para la planificación y programación en red 2024. Subsecretaría de redes asistenciales. Ministerio de salud.

Este componente corresponde a la destinación de 5 a 11 horas semanales de trabajo que deben ser preferentemente ejecutadas por un médico de familia u otro médico 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 médico o médica que realice estas acciones deberá liderar los procesos que aumenten la capacidad de resolución y coordinación de la APS.

Las principales actividades del profesional gestor de la demanda son:

- Manejar y difundir en la red local protocolos y flujogramas de derivación para que las 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 destinadas a sus funciones dependerá, en mayor o menor medida, de las necesidades de salud del territorio y del nivel de demanda que tenga el centro de salud. En centros con una alta población a cargo, será necesario destinar una mayor cantidad de horas para que este profesional desarrolle adecuadamente sus funciones.

Se recomienda como mínimo de acuerdo con su población a cargo lo siguiente:

Tabla N°1: Sugerencia de horas destinadas para médico contralor según población a cargo

Población	**N° de horas semanales destinadas**
0 a 10.000 hbtes	2 horas
10.000 a 20.000 hbtes	4 horas
Más de 20.000 hbtes	8 horas

El detalle de sus roles, funciones, y tareas se especificará en la Orientación Técnica de este programa.

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
- Sospecha de cataratas,
- Procedimientos quirúrgicos menores
- Evaluación o 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 la siguiente modalidad

La **Unidad de Atención Primaria Oftalmológica** (UAPO), que cuenta con un equipo profesional especialista junto con el equipamiento necesario para dar resolución integral a problemas de salud oftalmológicos. Cuenta con, cartera de prestaciones, infraestructura, recurso humano y flujo de atención específicos.

La comuna derivará a sus usuarios a la **UAPO de la comuna de Rengo**, circunscrita en su microárea de influencia, mediante solicitudes de interconsultas (SIC), ordenes de atención (OA) o derivaciones de urgencia.

1.3 Especialidad Otorrinolaringología

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

- Hipoacusias no incluidas en Ges.
- Rinitis crónica
- 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 presente contraindicaciones a irrigación de conducto auditivo.).
- Otitis Media con Efusión. Población 15 y más años

La entrega de las prestaciones otorrinolaringológica se realiza mediante la siguiente modalidad:

La **canasta integral**, programada en comunas o establecimientos que no cuentan con la especialidad de otorrinolaringología dentro de su cartera de prestaciones. 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 VIII par

IMPORTANTE:

- **El rol de la comuna receptora** de SIC y OA, se establece mediante el protocolo de referencia y contrarreferencia validado por este Servicio de Salud, cuyas funciones principales son:
  - Revisión de pertinencia técnica de las SIC y OA recibidas.
  - Priorización en la asignación de horas por orden de antigüedad de las SIC y OA.
  - Devolver aquellas SIC y OA que requieran complementar información.
  - Mantener una comunicación fluida con su microárea.

- Así mismo, **la comuna derivadora se compromete** a cumplir con sus funciones dentro del proceso de referencia y contrarreferencia:

  - Derivar con pertinencia técnica a aquellos usuarios que lo requieran mediante la emisión correspondiente de una SIC u OA.
  - Velar por el correcto ingreso de datos
  - Mantener actualizados los datos de contactos de los usuarios.
  - Realizar el proceso de contactabilidad de usuarios.
  - Registrar toda actividad de contacto, rechazo o postergación en la traza local de la SIC, con sus documentos correspondientes.
  - Respetar la antigüedad de los cupos asignados por las unidades de especialidad (UAPO y UAPORRINO)

- Tanto en la **UAPO** como en **UAPORRINO** las actividades deberán ser programadas de acuerdo con la orientación técnica vigente 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 de referente programa MINSAL.

- 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.

1.4 Especialidad Gastroenterología

Busca promover la erradicación la infección por *Helicobacter pylori* cuando se asocie a esofagitis, úlcera duodenal, úlcera gástrica, gastritis linfonodular, gastritis atrófica en personas de 15 y más años, como método de prevención y/o detección precoz del cáncer gástrico.

La **canasta incluye**: examen endoscópico digestivo alto (EDA) con test de ureasa y biopsia. Adicionalmente, MINSAL podrá determinar la utilización de otras estrategias con respaldo clínico comprobado, que contribuyan a mejorar la detección y erradicación de *Helicobacter pylori*, como factor precursor de cáncer gástrico, y/o a priorizar la demanda de endoscopía en aquellas personas con mayor riesgo de desarrollar cáncer gástrico. Para ello MINSAL definirá protocolos de implementación, y el financiamiento y metas asociadas definidas para cada Servicio de Salud.

1.5 Especialidad Dermatología

Las prestaciones de esta especialidad están orientadas a la evaluación y tratamiento de pacientes de toda edad con patología dermatológica, a través de la estrategia de **Teledermatología.** 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 MINSAL, para el tratamiento de las personas, de acuerdo con la indicación entregada por el especialista.

- La estrategia de Tele-dermatología deberá funcionar de acuerdo con las orientaciones técnicas vigentes que complementan el presente programa de salud.

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°2: Recetario Magistral sugerido:

DIAGNÓSTICO	FORMULACIÒN PROPUESTA
Verrugas y moluscos	Ácido salicílico 18% + ácido láctico 17% en colodión flexible, csp 10 ml
Acné inflamatorio	Adapaleno 0,1% +peróxido de benzoílo 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 benzoílo 3% en gel base, csp 30 grs.
Hidrosadenitis	Resorcina 15% en gel base, csp 30 grs.
Vitíligo / Alopecia Areata	Tacrolimus 0,03%+ alfa bisabolol 1% en crema base, csp 30 grs.
Vitíligo / 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
Onicomicosis / 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°3: Canasta de fármacos dermatología:

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 liquida humectante	200ml	Crema
	Vaselina salicilada	5%	Crema
ACNE INFLAMATORIO	Doxiciclina	100 mg	Comprimido
	Adapaleno	0,30%	Gel tópico
	Adapaleno 0,1%+Peróxido de Benzoilo 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 liquida 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 liquida	variable	Loción

COMPONENTE 2: PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD.

Incorpora procedimientos mínimamente invasivos de baja complejidad en la atención primaria. Considera la implementación de salas de procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y capacitación de los médicos de APS, por parte de los médicos 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 benignas menores de 5 cm**. de diámetro en la piel y tejidos subcutáneos, 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.

Tabla N°4: Procedimientos quirúrgicos cutáneos de baja complejidad.

*	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 excision resto de cuerpo hasta 3 lesiones**
*	16-02-205	Extirpación de, reparación o biopsia total o parcial, de lesiones benignas cutáneas por excision resto de cuerpo desde 4 hasta 6 lesiones
	16-02-206	**Extirpación de lesiones benignas por sec tangencial ,curetaje,y/o fulguracion hasta 15 lesiones**
*	16-02-222	Herida cortante o contusa no complicada, reparación y sutura (una o múltiple hasta 5 cms. 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 diametro: 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 resolutiva de cada sala de CX Menor o capacidad técnica de profesional médico. (previa autorización de 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.

COMPONENTE 3: ATENCIÓN DE MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO.

Este componente busca fortalecer los procesos de soporte para mejorar la atención integral a personas en etapa de climaterio, para mejorar su calidad de vida y, complementariamente, colaborar en la prevención de patologías crónicas de alta morbimortalidad.

Considera la compra o entrega de la prestación de canasta integral ginecológica, por médico especialista ginecólogo a mujeres entre 40 y 64 años que estén en etapa de climaterio, de acuerdo con los criterios de derivación a especialidad vigentes en Programas de Salud y/o protocolos de referencia y contrarreferencia locales de los respectivos Servicios de Salud.

La **canasta integral ginecológica** contempla: consulta médica, examen de laboratorio de hormona folículo estimulante (FSH), exámenes de apoyo diagnóstico (ecotomografía transvaginal o

transrectal) y prescripción de medicamentos a entregar por la APS por otra vía de financiamiento (Programa de adquisición y gestión de medicamentos, dispositivos médicos e insumos GES y no GES).

COMPONENTE 4: PREVENCIÓN SECUNDARIA DE CÁNCER GÁSTRICO (CG) Y COLORRECTAL (CCR)

El cáncer gástrico (CG) es la principal causa de muerte por cáncer en Chile, con una tasa de mortalidad que llegó a 22,8 por 100.000 habitantes en hombres entre 2009-2018. La principal causa del CG es la infección por *Helicobacter pylori*, lo que ha llevado a la estrategia de erradicar esta infección para reducir nuevos casos.

El cáncer colorrectal (CCR) corresponde, según cifras de la OMS, al segundo cáncer más frecuente en mujeres (10% del total) y el tercero en hombres (9,2% de total). Su incidencia es variable a nivel mundial, siendo predominantemente más alta en países desarrollados, con una mortalidad estable (8,5% del total) a nivel mundial, pero mayor en regiones menos desarrolladas. La tasa de mortalidad del CCR en Chile se ha duplicado en las últimas décadas, constituyendo un problema de salud pública, siendo incluido su tratamiento y seguimiento en las garantías explícitas de salud (GES) a partir del 2014.

Los servicios elegidos para implementar la estrategia se basaron en la tasa de mortalidad ajustada específica para estos dos tipos de cáncer y la factibilidad de implementación a nivel local. Esta elección se alinea con el objetivo principal de la estrategia, que es la detección temprana y la disminución de este indicador de mortalidad en el futuro. La población objetivo para la implementación corresponde a aquellos individuos que actualmente se encuentran en lista de espera para procedimientos endoscópicos. Específicamente, en lo que respecta a la estrategia de prevención del cáncer gástrico, se enfoca en la población de 40 años y más. Por otro lado, la estrategia destinada a la prevención del cáncer colorrectal está dirigida a un rango de edad más amplio, abarcando a individuos de 18 años y más.

Estrategias

4.1 Prevención Secundaria de Cáncer Gástrico y Priorización de Endoscopía Digestiva Alta (EDA)

Recientemente, se ha incrementado la disponibilidad de estudios no invasivos que ayudan a estimar el riesgo individual de CG y permiten ajustar las intervenciones a grupos de riesgo específicos. Dentro de estos exámenes existe, por ejemplo, el test de antígeno de *Helicobacter pylori* en deposiciones y el test de aire espirado. Un método diagnóstico no invasivo alternativo es un panel de diagnóstico que mide biomarcadores específicos en la sangre (Pepsinógeno I y II, Gastrina-17 e IgG de *H. pylori*), lo que permite calcular el perfil de riesgo individual para lesiones premalignas y CG. Esto lo convierte en un instrumento útil para priorizar a aquellos individuos que requieren una endoscopía en menor tiempo, con el potencial de mejorar la pesquisa precoz de esta patología.

La estrategia de priorización endoscópica se centra en la población de 40 años y más que se encuentre en lista de espera por presentar síntomas digestivos altos. En este grupo, se propone llevar a cabo una categorización de riesgo individual basada en información clínica y pruebas no invasivas, lo que permitirá priorizar la realización de una endoscopia digestiva alta (EDA).

4.2 Prevención Secundaria de Cáncer Colorrectal y Priorización de Endoscopía Digestiva Baja (Colonoscopía)

El CCR presenta algunas características que lo hacen particularmente susceptible de ser diagnosticado en etapas iniciales o mejor aún, ser susceptible de prevención secundaria. La gran mayoría de los CCR presenta un desarrollo progresivo desde la etapa de pólipo adenomatoso, el cual luego de un período variable entre 6 y 10 años se podría transformar en cáncer, éste se desarrolla a través de etapas definidas que van desde lesiones en la cripta del colon, a través de adenomas, hasta manifestar el cáncer. Incorporando el test de hemorragias ocultas en deposiciones inmunológicas y, de acuerdo con la experiencia internacional y con datos epidemiológicos, se estima que esta estrategia permitirá priorizar oportunamente a aquellas personas con mayor riesgo.

La **canasta para ambos componentes incluye** para cada Servicio de Salud:

- Pruebas de panel gástrico que incluya Pepsinógeno I y II, Gastrina-17 e IgG de *Helicobacter pylori*.
- Pruebas diagnósticas para detectar *Helicobacter pylori:* de acuerdo a factibilidad y eficiencia económica podrá ser test de antígeno en deposiciones o test de aire espirado.
- Pruebas de examen de sangre oculta en deposiciones inmunológico cuantitativo.
- Horas de tecnólogo/a médico/a para el procesamiento de los exámenes de laboratorio y apoyo en funciones de gestión clínica para la ejecución de las actividades de este componente. En caso de disponer de recurso de tecnólogo/a médico/a, y a través de solicitud fundada, se podrá contratar recurso humano profesional, técnico o administrativo, según sea el caso, para el correcto funcionamiento de la estrategia.

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 Teledermatología), 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.

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.
- 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, entre los que se encuentran los elementos de protección personal para su ejecución, así como la movilización de los usuarios en aquellas comunas que sólo disponen de canastas integrales o no poseen especialistas en su territorio cercano.

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 equipamiento utilizados en las estrategias UAPO, UAPORRINO y cirugía cutánea de baja complejidad, adjuntando todos los antecedentes necesarios que avalan esta solicitud, siempre que vaya en directa relación con los objetivos del programa, asegurando siempre el cumplimiento de las metas programadas y la continuidad de la atención.

7. PRODUCTOS ESPERADOS

1) ***Componente 1: Resolución de especialidades ambulatorias.***

Productos:

- Atención resolutiva 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.

2) ***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).

3) ***Componente 3: Atención de mujeres en etapa de climaterio.***

Productos:

- Atención integral, cercana y resolutiva por médico especialista en ginecología para diagnóstico y tratamiento de sintomatología climatérica en mujeres derivadas.
- Disminución progresiva de listas y tiempos de espera para atenciones de ginecología y realización de procedimientos diagnósticos.

4) ***Componente 4: Prevención Secundaria de Cáncer Gástrico y Colorrectal.***

Productos:

- Aprobación de un protocolo en red con participación de la atención primaria y especializada para la categorización del riesgo y seguimiento de los usuarios que serán sujetos de las pruebas no invasivas.
- Realizar el 100% de la compra de los insumos contemplados en la canasta necesarios para la implementación de las pruebas no invasivas: panel gástrico, test diagnóstico para pesquisar *Helicobacter Pylori* y sangre oculta en deposiciones.
- Realizar pruebas no invasivas en al menos el 75% de los usuarios que corresponden a la población objetivo del programa.

8. 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. Las evaluaciones son:

- **La primera evaluación,** se efectuará con corte al **31 de agosto** 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 septiembre del año en curso, si es que su cumplimiento es inferior al 60%.
- **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.

Los recursos 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.

En relación con los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del programa de salud, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un plan de trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas.

A su vez el Servicio de Salud, una vez analizada y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar a 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.

Finalmente, el no cumplimiento de las actividades y metas anuales (o al corte de **agosto**), podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa de salud.

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Para aquellas comunas que administren salud municipal o establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de septiembre hacia a aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al **31 de agosto** del año correspondiente.

En el caso de comunas o establecimientos dependientes, que reciben recursos adicionales, como parte de la redistribución que se realice en octubre, tendrán plazo hasta el **31 de diciembre** de cada año, para finalizar su ejecución.

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 4 MINSAL pondrá a disposición de los Servicios de Salud participantes una plataforma para el registro y monitoreo de sus acciones.

9. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Los indicadores y su ponderación son los siguientes:

Tabla N° 5: Indicadores y Ponderación del Programa Resolutividad, la producción debe estar relacionada con **nomina SIGTE (año t-1) enviada por el nivel central.**

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Peso	Fuente	Fuente N°2
1. Resolución Especialidades Ambulatorias	1.1 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas oftalmología	**Numerador:** N° consultas oftalmología realizadas por el Programa de Salud.	19%	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 la actividad proyectada en consultas de otorrinolaringología	**Numerador:** N° consultas otorrinolaringología realizadas por el Programa de Salud.	10%	REM A29	Disminución de LE 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 proyectada en procedimientos gastroenterología.	**Numerador:** N° procedimientos gastroenterología realizadas por el Programa de Salud.	10%	REM A29	
		Denominador: N° de consultas y procedimientos gastroenterología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación acordada entre SS y MINSAL	
	1.4 Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología	**Numerador:** N° informes de consultas realizadas e informadas de Teleoftalmología.	10%	REM A29	
		Denominador: N° de informes y consultas de Teleoftalmología programadas.		Programación acordada entre SS y MINSAL	
	1.5 Cumplimiento de la actividad de tele dermatología.	**Numerador:** N° informes de consultas realizadas e informadas de teledermatología.	10%	REM A29	Disminución de LE Abierta destino APS
		Denominador: N° de informes y consultas de tele dermatología programadas		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
	1.6 cumplimento actividad de reforzamiento estrategias Gestión demanda	**Numerador:** N° de actividades realizadas en la red temática Gestión Demanda, en el primer semestre	1%	Informe local al primer corte.	
		Denominador: N° de actividades programadas en la red, temática Gestión Demanda primer semestre			
2. Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad	2.1 Cumplimiento de la actividad programada.	**Numerador:** N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados.	20%	REM A29	Disminución de LE Abierta destino APS
		Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados.		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
3. Climaterio	3.1 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas y procedimientos ginecología.	**Numerador:** N° casos de climaterio resueltos por consulta ginecológica realizadas por el Programa de Salud.	10%	REM A29	Disminución de LE Abierta destino APS
		Denominador: N° de casos de climaterio a resolver por consulta ginecológica programados en el Programa de Salud.		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
4. Prevención Secundaria de Cáncer Gástrico y Colorrectal	4.1 Cumplimiento de la actividad programada prevención de Cáncer Gástrico	**Numerador:** N° de pruebas de panel gástrico y pruebas diagnósticas para H. Pylori realizadas. .	5%	Plataforma Registro	
		Denominador: N° pruebas de panel gástrico y pruebas diagnósticas para H. Pylori programadas.		Programación acordada entre SS y MINSAL	
	4.2 Cumplimiento de la actividad programada prevención de Cáncer Colorrectal	**Numerador:** N° de pruebas de sangre oculta en deposiciones realizadas.	5%	Plataforma Registro	
		Denominador: N° de pruebas de sangre oculta en deposiciones programadas.		Programación acordada entre SS y MINSAL	

**En caso de no aplicar una o más metas por componente, el peso relativo se ponderará proporcionalmente de acuerdo con la estrategia o componente correspondiente. Junto con el referente de programa se validará la ponderación.*

10. FINANCIAMIENTO

Se establecerá un acuerdo con cada servicio para la distribución de recursos por subtítulos, con el objetivo de maximizar la eficiencia en la compra de servicios. En el caso que a fecha 15 de mayo existiera recursos sin suscripción de convenios, el servicio podrá solicita mediante oficio fundado cambiar redistribución, sin que esto implique una alteración del marco presupuestario asignado.

El servicio de salud debe validar la producción asociada al cumplimiento de los compromisos suscritos por sus comunas y establecimientos, mediante la revisión del universo a intervenir (nomina SIGTE) con su egreso efectivo de LE.

Establecimientos de Dependencia Municipal:

El programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, glosa 02 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este programa entre los meses de enero a diciembre de cada año, de acuerdo con el marco presupuestario asignado.

Los recursos asociados a este programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos, metas y prestaciones a los establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación.
El programa de salud considera todos los insumos 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 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.
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.

Se deja constancia que la glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público antes citada, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la ley N° 19.378, la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal conforme la normativa establecida en esa misma ley o bien a honorarios acorde con lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los Municipios mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este programa de salud.

Sin perjuicio de lo anterior, con el propósito de lograr mejores precios, equidad de acceso y calidad de las prestaciones en el territorio, los municipios podrán utilizar mecanismos como compra coordinada o mandatar al Servicio de Salud para realizar compra de servicios, insumos, fármacos y procedimientos que sean necesarios para otorgar las prestaciones de los componentes del programa.
Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en dos cuotas: 70% a la total tramitación del acto aprobatorio del convenio y el 30% restante en octubre del año respectivo, de acuerdo con los resultados de la evaluación señalada en el ítem 9 de este programa.

El descuento se realizará de acuerdo con la siguiente tabla

Tabla N° 4: Descuento según Cumplimiento del Programa Resolutividad

Porcentaje Cumplimiento Programa Resolutividad (Corte Agosto)	Porcentaje de Descuento (30%) Recursos 2° Cuota Subtítulo 24
60,00% y más	0%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	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.

Estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N.° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio de Salud respectivo.

Este Programa de Salud se financiará con recursos contemplados en la ley de presupuestos del sector público del año respectivo.

CUARTO: Consecuente con lo expuesto anteriormente El Ministerio de Salud, mediante **"El Servicio"**, conviene en asignar a **"La Municipalidad"**, la suma **$10.610.550 (Diez millones, seiscientos diez mil, quinientos cincuenta pesos),** para la ejecución del Programa antes aludido y específicamente para alcanzar el propósito de los componentes y sus respectivas estrategias, señaladas en las cláusulas anteriores.

Por su parte, **"La Municipalidad"** se obliga a cumplir todos y cada uno de los objetivos del Programa, procediendo a la ejecución de sus acciones para los beneficiarios del sector público de salud, beneficiarios de la Atención Primaria, de acuerdo al desglose del monto aludido de traspaso, de la siguiente forma, a saber:

Tabla N°7: Detalle Financiero:

COMPONENTE	ESTRATEGIA	SUBCOMPONENTE	MONTO ASIGNADO	INDICADOR	META
1- Resolución de Especialidades Ambulatorias	Otorrinolaringología	Canastas Integrales	$4.110.550	N° de Canastas integrales	25
2.- Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja complejidad	Cirugías de baja complejidad		$6.500.000	Procedimientos quirúrgicos de baja complejidad a realizar	200
TOTAL			**$10.610.550**		

El servicio de salud debe validar la producción asociada al cumplimiento de los compromisos suscritos por sus comunas y establecimientos, mediante la revisión del universo a intervenir (nomina SIGTE) con su egreso efectivo de LE.

QUINTO: Los recursos financieros aludidos en la cláusula precedente, serán transferidos por **"El Servicio"**, en dos 2 (dos) cuotas, la primera, equivalente a un 70% del total de los recursos, una vez afinada la Resolución aprobatoria del presente convenio y se encuentren recepcionados los recursos desde el Ministerio de Salud. La segunda cuota, equivalente al 30% restante del total de los recursos y será transferida en el mes de octubre del presente año 2025, contra los resultados de la primera evaluación, de acuerdo con los indicadores definidos en el Programa y al esquema que se indicará en cláusulas siguientes y se encuentren rendidos los recursos de la primera cuota por **"La Municipalidad".**

Cabe hacer presente que, de acuerdo con lo señalado precedentemente, los comparecientes dejan expresamente establecido que, conforme a lo regulado en el inciso segundo del artículo 18 de la Resolución 30 de 2015 y en el Dictamen N°51.246 de 2016, ambos instrumentos de la Contraloría General de la República, ***"En 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, **"El Servicio"** no otorgará nuevos recursos mientras **"La Municipalidad"** no haya rendido cuenta de la transferencia anterior mediante la emisión de un certificado de rendición de cuentas.

SEXTO: **"El Servicio"** podrá requerir a **"La Municipalidad",** los datos e informes relativos a la ejecución del Programa, de sus componentes específicos y del presente convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, en atención a sus prerrogativas y a lo establecido en el artículo 8° de la Ley N°18.575, efectuando una evaluación del mismo con la debida diligencia, oportunidad, simplificación y rapidez, de manera de agilizar toda retroalimentación y corrección en caso de ser necesario.

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 Republica que *"Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas"*. Al respecto dicha Resolución señala en su artículo N°20, que *"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*". Asimismo, el artículo 26 de la misma Resolución, señala en su inciso tercero que, el organismo receptor, en este caso **"La Municipalidad",** está obligado a enviar a **"El Servicio"** un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual y final de su inversión. El informe mensual deberá remitirse dentro de los quince días hábiles administrativos del mes siguiente al que se informa, y deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión y el saldo disponible para el mes siguiente, de acuerdo con el inciso cuarto del artículo 26 de la Resolución N°30 de 2015 de la Contraloría General de la República.

A Raíz de lo anterior, y considerando la Resolución Exenta N°1.858 del 23 de septiembre de 2023 de la Contraloría General de la República, **"La Municipalidad",** quedara obligada en su calidad de ejecutor, a lo siguiente:

a. Utilizar 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 Republica. En relación a lo anterior, **"El Servicio"** solo revisara 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 SISREC.
c. Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas con documentación electrónica y digital a través de SISREC. Lo anterior incluye, por ejemplo, habilitación de firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, y quien 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. Ante un gasto observado por parte del **Servicio**, la **Municipalidad** podrá subsanarlo, solo a través de la plataforma SISREC, dentro de un plazo de 10 días hábiles administrativos contados desde la fecha de devolución de la rendición al organismo ejecutor. De no presentar nuevos antecedentes dentro del plazo indicado, o si este es presentado en otro medio o formato que no sea SISREC, la Municipalidad deberá necesariamente eliminar el gasto.

A su vez, **"El Servicio"** quedara 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 de SISREC durante el periodo de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para la ejecución del proyecto. Lo anterior incluye, por ejemplo, habilitación de firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, y quien corresponda, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.

c. Revisar los gastos ingresados por la comuna dentro de 20 días hábiles de su presentación y dentro de 10 días hábiles para gastos observados, en la medida que la comuna rinda gastos en forma mensual. **"El Servicio"** estará obligado a cerrar el proyecto al término del plazo máximo para rendir que en ningún caso podrá ser superior al último día del mes de marzo del año siguiente.
   La obligación de rendir cuenta, señalada en el inciso precedente, subsistirá aun cuando **"La Municipalidad"** ejecute las actividades, a través de la 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.

SÉPTIMO: **"El Servicio"** no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, si **"La Municipalidad"** se excede de los fondos destinados por **"El Servicio"** para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante. Asimismo, será responsabilidad de **"La Municipalidad"** velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en el establecimiento 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.

OCTAVO: Para dar estricto cumplimiento a lo establecido en las cláusulas anteriores y en la totalidad del presente convenio, **"El Servicio"**, designa para todos los fines que fueren pertinentes, como responsables técnicos y supervisores del Programa a los funcionarios don Eduardo Andrés Fernández Galleguillos, y como responsable de la transferencia de los recursos presupuestarios del mismo a don Gerardo Cisternas Soto, Jefe Departamento de Finanzas, o a quienes legalmente les subroguen, quiénes detentarán desde luego las facultades necesarias para lograr los objetivos antes descritos.
No obstante lo anterior, los funcionarios aludidos en su rol encomendado, deberán a lo menos disponer de un monitoreo sobre los gastos involucrados y la eficacia en la ejecución de los objetivos del programa, función que desempeñarán en concordancia con lo previsto en el artículo 26 de la Resolución N°30 de 2015 de la Contraloría General de la República, para cuyo efecto "La Municipalidad" se obliga desde luego a registrar mensual y detalladamente la ejecución de los recursos en el Sistema de Rendición de cuentas de la Contraloría General de la República (SISREC), obligación que para estos efectos recaerá en el Director o Jefe de Salud Municipal según sea el caso, o quien este encomiende, considerando además, las estipulaciones de la cláusula sexta precedente.

NOVENO: Consecuente con lo expuesto precedentemente y para efectos de la rendición de cuentas de los recursos presupuestarios objeto de este convenio, y en todo lo eventualmente omitido en el mismo, **"El Servicio"** conjuntamente con **"La Municipalidad"**, deberán velar y procurar por el estricto cumplimiento de lo establecido en la Resolución N°30, de fecha 11 de Marzo de 2015, que ***"Fija Normas de Procedimiento Sobre Rendición de Cuentas"***, dictada por la Contraloría General de la República, tomada de razón el 24 de Marzo de 2015, por el mismo Órgano Contralor, y demás normas que regulan la materia, instrumentos que en este acto, ambos comparecientes declaran expresa e íntegramente reconocidos y reproducidos para su aplicación y demás fines pertinentes. Al respecto y con la finalidad de abordar integralmente las revisiones y/o rendiciones financieras objeto de la ejecución del programa materia de este convenio, **"El Servicio"** podrá efectuar los procesos inherentes con la misma.

Asimismo, las partes comparecientes del presente convenio, en consideración a que las actividades a desarrollar por la municipalidad estipuladas en el presente instrumento son de continuidad a las ejecutadas el año anterior, no se han interrumpido, revisten un alto grado de relevancia sanitaria y solo tienen efectos beneficiosos para la población a cargo, hacen presente que, los gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia y dentro de las fechas de vigencia del convenio, se podrán incluir en la rendición de cuentas, de acuerdo con lo estipulado en el inciso segundo del artículo 13 de la Resolución N°30 del año 2015 del mismo órgano Contralor.

DÉCIMO: El presente convenio de transferencia de recursos, incluidas las modificaciones que regulen las actividades, acciones y gastos del mismo, tendrá una vigencia, en cuanto a la ejecución

de las actividades consideradas, sólo a partir del 1 de enero del presente año 2025, hasta el 31 de diciembre del mismo año, debiendo considerarse extendido dicho término de la vigencia, hasta la aprobación de la rendición de cuentas, o bien, hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados por **"La Municipalidad",** y sólo para estos efectos, en concordancia con lo que establece el Dictamen N°92.578 de 2016 de la Contraloría General de la República, si ninguna de las partes manifiesta intención de terminarlo anticipadamente. Si alguna de las partes desea terminar anticipadamente el presente convenio, deberá comunicarlo mediante carta certificada a la otra parte, en un plazo no superior a 30 días, previos a su término.

Las partes dejan constancia que, de acuerdo con lo establecido en el artículo 52 de la Ley sobre Procedimientos Administrativos N°19.880, y que el presente convenio solo tiene efectos beneficiosos respecto de la población beneficiaria; que estas prestaciones se encuentran otorgadas desde antes de la fecha de entrada en vigencia; que no se han interrumpido, es más, dichas acciones de salud se encuentran en ejecución y en desarrollo; y, constando además, que tales acciones no vulneran derechos de terceros, **las prestaciones efectuadas por el Programa de Resolutividad en APS referidas en este instrumento, desde la fecha de inicio de la vigencia del presente convenio hasta la completa tramitación de su resolución aprobatoria, se entenderán realizadas dentro de la vigencia del convenio.**

No obstante, lo anterior **"El Servicio"** podrá poner término anticipado al convenio de manera fundada previo informe que, para estos efectos deberá emanar de la Dirección de Atención Primaria, el que deberá dar cuenta del incumplimiento por parte de **"La Municipalidad"** de los objetivos propios del programa o del uso de recursos para fines diferentes a los transferidos y, de ocurrir tal situación se notificará a **"La Municipalidad"**, otorgando a esta última, un plazo perentorio de 30 días para sus eventuales descargos. Sin perjuicio de lo anterior, **"La Municipalidad"** deberá velar por dar estricto y cabal cumplimiento al plazo ya otorgado para la ejecución de los recursos en las metas, componentes y/o estrategias del Programa según sea el caso, habida consideración de la obligatoriedad del cumplimento de la ***"anualidad presupuestaria".***

Por su parte, el presente convenio se entenderá prorrogado en forma automática y sucesiva siempre que el Programa de Salud objeto del mismo, cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término en la forma ya antes referida. La eventual prórroga del presente convenio comenzará a regir desde el 01 de enero del año presupuestario siguiente, y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año inclusive, al tenor de lo señalado en el párrafo vigésimo cuarto y vigésimo quinto del apartado 11 de la Resolución Exenta N°1030 de fecha 30 de diciembre de 2024 del Ministerio de Salud que Aprueba el Programa Resolutividad en Atención Primaria de Salud.

Prorrogado el presente convenio, **"El Servicio"**, deberá dictar en su oportunidad una resolución que establezca para el nuevo periodo prorrogado, las metas, objetivos, componentes, estrategias u otras que fueren inherentes con el Programa, como asimismo disponer sobre los recursos presupuestarios eventualmente disponibles para el nuevo periodo prorrogado.

Los recursos disponibles y presentes para este año deben ser imputados al Ítem Presupuestario 24.03.298 del Presupuesto vigente 2025 del Servicio de Salud O´Higgins.

UNDÉCIMO: Finalizado el período de vigencia **"La Municipalidad"** deberá restituir los fondos no ejecutados, no rendidos u observados mes a mes, y los fondos remanentes al término de este año presupuestario correspondiente al año 2025, antes del 30 de abril del año siguiente, a rentas generales de la Nación. A su vez, **"El Servicio"** realizará informe evaluativo técnico financiero que dará a conocer a la comuna y donde podrá requerir una restitución de fondos mayor a lo no realizado por la comuna, si correspondiere, ello en concordancia de lo establecido en el Dictamen N°92.578, de 2016, de la Contraloría General de la República.

DUODÉCIMO: Conforme el inciso 5° del artículo 26 de la Ley de Presupuestos del sector público, N° 21.722, correspondiente al año 2025 y por tratarse de un programa que se ejecuta con transferencias a la I. Municipalidad ya individualizada anteriormente, se celebrarán los siguientes contratos para el cumplimiento de sus objetivos y componentes:

Tabla N°8: Contratos celebrados por programa

Componente	Estrategia	Profesional	Calidad contractual
1. Resolución De Especialidades Ambulatorias	Dermatología	Médico APS no contratado por PRAPS	Plazo indefinido (Ley 19.378)
2. Procedimiento cutáneos quirúrgicos de baja complejidad		Médico Cirujano APS no contratado por PRAPS	Plazo indefinido (Ley 19.378)

Las partes de este convenio establecen que, para asegurar la participación de especialistas en la atención primaria, atendiendo la naturaleza de los objetivos del programa y para asegurar la continuidad operacional de las Unidades de Especialidad (UAPO y UAPORRINO), se podrá contratar funcionarios en calidad jurídica a Honorarios y cumplir de este modo, con los objetivos sanitarios establecidos en el presente convenio.

DÉCIMO TERCERO: Complementario a lo expuesto en las cláusulas novena, los comparecientes, desde luego, se obligan a cumplir estrictamente lo establecido en el Artículo N° 13 de la Resolución Nº 30, de fecha 11 de Marzo de 2015, que ***"Fija Normas de Procedimiento Sobre Rendición de Cuentas"***, dictada por la Contraloría General de la República, tomada de razón el 24 de Marzo de 2015, por el mismo Órgano Contralor, que establece: ***" Solo se aceptarán como parte de la rendición de cuentas los desembolsos efectuados con posterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia. En casos calificados, podrán incluirse en la rendición de cuentas gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación, siempre que existan razones de continuidad o buen servicio, las que deberán constar en el instrumento que dispone la entrega de los recursos",*** ello fundado en la oportunidad y la forma mediante la cual el Ministerio de Salud transfiere efectivamente los recursos presupuestarios a **"El Servicio"** , y, a su vez, en la oportunidad con la que este transfiere a los diferentes Municipios, como en el caso de este convenio, situación que, sin duda, genera una serie de dificultades tanto administrativas como de ejecución de los diferentes componentes o estrategias del Programa, que de hecho deben ser permanentemente asumidas por los comparecientes, solo con la finalidad de no perjudicar, entorpecer o menoscabar las necesidades propias de salud que requieren los beneficiarios de **"La Municipalidad"**, agregado a que los comparecientes, conforme su investidura pública, deben procurar y velar por la continuidad y servicialidad de los entes de salud, ello también conforme lo consigna la Ley N°18.575, en el sentido que se debe actuar por iniciativa propia, en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación de sus trámites.

Por todo lo anterior, las partes de este convenio consideran como un caso calificado de los señalados en el inciso segundo del artículo transcrito y que hace aplicable aquel precepto, las rendiciones de gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del presente convenio y del acto administrativo que aprueba la transferencia de fondos, considerando principalmente que: El Programa tiene como propósito que la población que se atiende en establecimiento de APS, acceda con mayor oportunidad a una atención cercana, integral, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica en atenciones de especialidad en la APS.

DÉCIMO CUARTO: La Personería de don Jaime Gutiérrez Bocaz, para representar al Servicio de Salud O´Higgins, en su calidad de Director, consta en el Decreto Afecto N°05, de fecha 2 de marzo de 2023, del Ministerio de Salud. La personería de don Waldo Antonio Valdivia Montecinos, para representar a la Ilustre Municipalidad de Requínoa, en su calidad de Alcalde, consta en Decreto Alcaldicio Nº 4716, de fecha 06 de diciembre de 2024, de la I. Municipalidad de Requínoa.

DÉCIMO QUINTO: Para todos los efectos derivados del presente convenio, las partes fijan domicilio en Rancagua y se someten a la jurisdicción de sus Tribunales.

DÉCIMO SEXTO: El presente convenio se firma en dos ejemplares de idéntico tenor y fecha, quedando uno en poder de **"La Municipalidad"**; uno en la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud y los restantes en poder de **"El Servicio" en copias digitalizadas.**

SERVICIO DE SALUD
DIRECTOR
O'HIGGINS

JAIME GUTIÉRREZ BOCAZ
DIRECTOR
SERVICIO SALUD O'HIGGINS

WALDO VALDIVIA MONTECINOS
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE REQUÍNOA