Servicio de Salud Coquimbo
Región de Coquimbo
Ministerio de Salud

TRABAJANDO PARA USTED

RESOLUCIÓN EXENTA N°

N° INT.:

VISTOS:

El D.F.L. N°1/05 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.S. N°2.763 de 1979 y de las leyes N° 18.933 y 18.469; el D.S. N°140/04 del Ministerio de Salud, sobre Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, Resolución N°36/2024, de la Contraloría General de la República; Decreto Afecto N° 16, de 04 de septiembre de 2024 del Ministerio de Salud y

CONSIDERANDO:

1. Que, en el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, el Ministerio de Salud ha incorporado a la Atención Primaria como pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, impulsando el PESPI (Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas).
2. Los recursos asociados al Programa para el año 2026 fueron aprobados mediante Resolución Exenta N° 192 del 13 de febrero de 2026 del Ministerio de Salud.
3. Que, con fecha 17 de marzo del 2026, el Servicio de Salud Coquimbo y el Hospital de Salamanca suscribieron un Protocolo programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI).
4. Por lo anteriormente expuesto y en razón de las facultades de mi cargo, dicto la siguiente:

RESOLUCION:

1°.-**APRUÉBESE** el Protocolo de fecha 17-03-2026 suscrito entre el **HOSPITAL DE SALAMANCA,** representada por su Directora **D. ASTRID ZUÑIGA VEGA** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Director **ERNESTO JORQUERA FLORES**, relativo al Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI).

PROTOCOLO DE ACUERDO

PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS (PESPI)

DEL SERVICIO DE SALUD COQUIMBO 2026

HOSPITAL DE SALAMANCA

En La Serena a.....17-03-2026.... entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Avenida Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director **D. ERNESTO JORQUERA FLORES**, Decreto Afecto N° 16 del 04 de septiembre de 2024, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud" indistintamente, y el **HOSPITAL DE SALAMANCA**, representado por su Directora (S) **D. ASTRID ZÚÑIGA VEGA**, ambos domiciliados en Avenida Infante N° 891, Salamanca, en adelante el "Hospital" o el "Establecimiento", indistintamente, se ha acordado celebrar un Protocolo de Acuerdo, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, el Ministerio de Salud ha incorporado a la Atención Primaria como pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, impulsando el PESPI (Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas), con el objetivo de "Mejorar el acceso, oportunidad y calidad de atención en salud a las personas, familias y comunidad contribuyendo de esa forma a mantener sana la población a cargo con participación activa de la comunidad en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de la promoción, prevención y fortalecimiento del auto cuidado".

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°1084 del 31 de diciembre de 2025**, del Ministerio de Salud y que se entiende forman parte integrante del presente protocolo, en el que el Hospital se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Los recursos asociados al programa fueron aprobados mediante **Resolución Exenta N° 192 del 13 de febrero de 2026** del Ministerio de Salud.

AEFC RDCOG VHP JRAM PAGG MAOC SAAC

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LSIRSE-890

SEGUNDA:
El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar al Hospital los recursos entregados para financiar el siguiente propósito, objetivo general y componentes **Programa Especial de Salud y Pueblos Índígenas (PESPI)** :

1. **PROPÓSITO**

Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas, a través, del desarrollo progresivo de un modelo de salud intercultural, que involucre su participación en la construcción, ejecución, control y evaluación del proceso sanitario, en la red pública de salud conforme al Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario (MAIS).

2. **OBJETIVO GENERAL**

Disminuir las inequidades en salud entre la población indígena y no indígena, aumentando la pertinencia cultural de las atenciones en la red asistencial pública.

El Programa se desarrolla a partir de tres Ejes Estratégicos y seis componentes operativos, que se despliegan promoviendo la continuidad de cuidados integrales en las *Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)*, el fortalecimiento del *Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario (MAIS)* con enfoque intercultural y la disminución de barreras de acceso, garantizando pertinencia cultural de las atenciones de salud destinadas a los pueblos indígenas de Chile.

Ejes Estratégicos:

1. **Eje Equidad:** Busca reducir las brechas en la situación de salud entre la población indígena y la no indígena, promoviendo un acceso equitativo a servicios de salud de calidad. Para ello, es indispensable identificar a la población perteneciente a pueblos indígenas, desagregada por sexo y edad, en la red de establecimientos públicos, y caracterizar sus principales problemas de salud. En este contexto, se debe aplicar la normativa vigente sobre estándares de información en salud (*Norma Técnica 643 y su actualización, Decreto 231, DEIS, 2023).*

2. **Eje Interculturalidad:** En las *Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)*, la implementación de estos modelos debe armonizarse con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) desde la Atención Primaria de Salud (APS), para evitar la fragmentación de servicios, mejorar la accesibilidad, equidad, eficiencia y calidad, y garantizar la transversalización y continuidad de los cuidados integrales. Esto requiere, además, adaptar planes, programas, protocolos, prestaciones y acciones regulares de salud, incorporando elementos de pertinencia cultural que eliminen barreras de acceso y mejoren la aceptabilidad de los servicios, en un marco de derechos indígenas y de género.

3. **Eje Participación social indígena**: Es un eje transversal que garantiza el desarrollo de programas y planes con inclusión activa de los pueblos indígenas en todas las etapas del ciclo programático: diagnóstico, planificación, implementación, control y evaluación. Es una condición sine qua non para la implementación de los modelos de salud intercultural.
El Reglamento del artículo 7° de la Ley 20.584 establece que los prestadores institucionales públicos deben: "Contar con instancias y mecanismos de participación específicas en materia de salud y pueblos indígenas".

COMPONENTES DEL PROGRAMA:

N°	Componente	Descripción
1	Identificación de la población indígena y de sus principales problemas de salud	Las personas de pueblos indígenas adscritas a establecimientos públicos e inscritas en FONASA acceden a la atención a través del sistema de admisión habitual. El personal administrativo debe aplicar la pregunta sobre pertenencia a pueblos indígenas y registrar esta información conforme a la Norma Técnica 643 y su actualización (Decreto N.º 231/2023, MINSAL). Este proceso es crucial para identificar problemas prioritarios de salud y desarrollar estrategias con pertinencia cultural. Se requiere actualizar fichas clínicas con la variable de pueblos indígenas y promover la identificación en programas preventivos, como PAP, mamografías, EMP, EMPA y controles periódicos. Esto permitirá evaluar el impacto de las intervenciones.

N°	Componente	Descripción
2	Competencias interculturales	Tiene como propósito dotar de pertinencia cultural a los cuidados integrales en salud, mediante el fortalecimiento de capacidades y competencias interculturales en funcionarios, equipos técnicos y facilitadores interculturales. Este proceso se orienta a reconocer y valorar la diversidad cultural como un elemento central en la atención sanitaria, promoviendo transversalización de los cuidados integrales. La formación continua en gestión de salud intercultural, metodologías innovadoras y procesos reflexivos constituye un eje clave para generar cambios progresivos a nivel normativo, técnico, programático y organizacional, que permitan mejorar la aceptabilidad de las intervenciones.

N°	Componente	Descripción
3	Transversalización de los cuidados con pertinencia cultural en programas de salud y modelo de atención (MAIS)	La transversalización de los cuidados con pertinencia cultural en el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), consiste en incorporar de manera sistemática principios, prácticas y estrategias construidas en conjunto con Facilitadores(as) Interculturales, autoridades tradicionales y terapeutas de los pueblos indígenas, con el fin de garantizar prestaciones de salud con pertinencia cultural en la red asistencial. Este enfoque se orienta a adaptar y/o complementar los protocolos de

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LSIRSE-890

	atención en salud, reconociendo y valorando concepciones diversas sobre la salud, la enfermedad y del cuidado, e integrando prácticas que complementen la atención de salud. De esta manera, se fortalecen acciones sanitarias integrales que contribuyen a mejorar la aceptabilidad y eficacia de las atenciones de salud.

N°	Componente	Descripción
4	Facilitador(a) Intercultural que realiza acciones de orientación y acompañamiento	El componente tiene como propósito optimizar la comunicación y el entendimiento entre usuarios de pueblos indígenas y los equipos de salud, fortaleciendo la relación clínico-paciente y la pertinencia cultural en el proceso de atención. Este rol es asumido por una persona conocedora del sistema de salud indígena, con redes comunitarios en los pueblos indígenas. Entre las acciones fundamentales de su quehacer se encuentra orientar y acompañar a personas, familias y comunidades indígenas en la gestión de atenciones y derivaciones hacia sistemas de sanación tradicionales, garantizando la confidencialidad; brindar apoyo en procesos de hospitalización, tratamiento y continuidad de los cuidados, incorporando acompañamiento en idioma indígena, visitas domiciliarias, cuando sea requerido, entre otros. (Decreto 21 de 2023).

N°	Componente	Descripción
5	Prestaciones de Salud Indígena	El componente de Prestaciones de Salud Indígena se orienta a promover la interculturalidad y la complementariedad entre el sistema médico alopático y las prácticas de sanación de los pueblos indígenas, reconociendo el valor de los saberes ancestrales y su relación con el entorno natural y espiritual. A través de la participación de sanadores tradicionales —como yatiris, machis, lawentuchefe, taotes, owurkan (pueblo Kaweagar) y Yekamush (pueblo Yagan), entre otros— se realizan atenciones en establecimientos de salud o en los propios territorios, gestionadas y articuladas por el equipo de salud y/o Facilitador Intercultural. Estas prestaciones incluyen diagnósticos tradicionales, la preparación y entrega de infusiones herbales, y la asistencia espiritual, reforzando los cuidados culturalmente pertinentes.

N°	Componente	Descripción
6	Planes de Salud Comunitaria	Componente orientado a la incorporación sistemática de un enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) en el diseño e implementación de planes de salud comunitaria, con especial atención a las realidades de los pueblos indígenas. Los equipos de salud, en coordinación con organizaciones y autoridades ancestrales, identifican factores de riesgo que inciden en la salud, formulando intervenciones culturalmente pertinentes y territorialmente contextualizadas, coherentes con los principios de equidad, pertinencia y participación. Esta labor se enmarca en los lineamientos técnicos del Ministerio de Salud y utiliza como referencia la pauta de evaluación del desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), asegurando una atención centrada en las personas y los territorios, orientada a la justicia sanitaria, con enfoque promocional y preventivo.

TERCERA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Hospital, responsable final de la ejecución de estos recursos, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual, única y total de **$2.083.021.- (dos millones ochenta y tres mil veintiún pesos)** por subtítulo 22**,** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula precedente. Los recursos asignados financiarán, como mínimo, la realización de las siguientes actividades:

Capacitación

- Encuentros
- Insumos
- Soportes Gráficos
- Difusión
- Sanadores indígenas
- Participación Indígena
- Actividades realizadas por el/a Facilitadora Intercultural.

CUARTA: El programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Publico, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, capitulo 02, Programa 02, glosa 01 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.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LSIRSE-890

Los recursos serán asignados por la Dirección del Servicio de Salud respectivo de acuerdo con el marco presupuestario definido por la Ley de Presupuesto del año vigente.

Los recursos involucrados en el programa serán transferidos en forma duodecimal desde la total tramitación de la resolución que asigna los recursos.

El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades locales del Programa y de acuerdo con la normativa vigente.

El Servicio no entregara nuevos fondos a rendir, cuando la rendición se haya hecho exigible y la entidad receptora no haya rendido cuenta de la inversión de cualquier fondo ya concedido. En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido la remesa anterior.

En aquellos protocolos de acuerdo sujetos al trámite de toma de razón, el Servicio de Salud podrá autorizar anticipos de transferencia de recursos, durante el primer trimestre del año, hasta un monto que no supere al 25% del monto total del protocolo. El anticipo solo podrá realizarse con cargo a los protocolos de acuerdo ingresados para su tramitación a la Contraloría General de la República e informados al Ministerio para el envío de los recursos.

QUINTA: Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa, los que serán concordantes con la estrategia financiada en el Hospital:

A. Indicador de Propósito:

Nombre del indicador	Fórmula de cálculo	VERIFICADOR
Transversalización de la pertinencia cultural en los programas de salud y modelo de atención en la red asistencial	(N° de Protocolos de atención con pertinencia cultural para poblaciones indígenas implementados en el año t) / (N° total de protocolos planificados en el año t) x100	Protocolos e informes de su implementación.

B. Indicadores Complementarios (por componente):

I. Eje Estratégico: Equidad

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Verificador
1. Identificación de la población perteneciente a pueblos indígenas adscrita/inscrita en la red pública de salud	Porcentaje de personas inscritas/adscritas identificadas como pertenecientes a población indígena	(N° de personas inscritas/adscritas identificadas como pertenecientes a población indígena en año t) -(N° de personas inscritas/adscritas identificadas como pertenecientes a población indígena en año t-1) / (N° total de personas inscritas/adscritas identificadas como pertenecientes a población indígena año t-1) *100 *Porcentaje de variación de personas identificadas entre el año actual y el año anterior	informe comparativo con el año anterior.
2. Fortalecimiento y desarrollo de competencias para la interculturalidad en funcionarios y equipos de salud	Porcentaje de profesionales, técnicos y administrativos capacitados en salud intercultural	(N° de profesionales, técnicos y administrativos en salud intercultural en el año t) / (N° total de profesionales, técnicos y administrativos en el año t) * 100	Informe comunal, con lista de asistencia, notas, programa de capacitación.

II. Eje Estratégico: Interculturalidad

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Verificador
3. Acción de orientación y acompañamiento realizada por Facilitador Intercultural	Porcentaje de variación de actividades realizadas por FIC (Facilitador/a	(N° de actividades realizadas por FIC a personas indígenas en año t) - (Número de actividades realizadas por FIC a personas indígenas en año t-1) /	Línea Base 2025

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LSIRSE-890

	Intercultural en el hospital).	(N° total de actividades realizadas por FIC en año t-1) *100 *Porcentaje de variación de actividades del FIC (comparativo entre 2 años)	-REM19a: Sección C -Reporte comunal.
4. Prestaciones de Salud Indígena.	Porcentaje de atenciones realizadas por sanadores indígenas a personas indígenas.	(N° atenciones de sanadores indígenas realizadas a personas indígenas en el año t) / (N° total de atenciones realizadas por sanadores indígenas en el año t) *100	Línea Base Convenios 2025, más 5%. REM A04: Sección F

III. Eje Estratégico: Participación

Componente	Indicador	Formula de Calculo	Verificador
5. Planes de Salud Comunitaria elaborados y ejecutados con participación social indígena para intervenir su situación de salud.	N° de Organizaciones Indígenas que participan en la elaboración de Planes de Salud comunitaria	(N° de organizaciones indígenas que participan en la elaboración de Planes de Salud Comunitaria en el año t) / (N° total de organizaciones indígenas que participan en la elaboración de Planes de Salud Comunitaria año t-1)*100	Reporte considerando línea base del año 2025.

C. COMPLEMENTARIEDADES:

El Programa de Salud y Pueblos Indígenas no se define a partir de un problema de salud particular, sino que refiere a la población indígena, con requerimientos particulares en salud, por tanto, debe ser trasversal a toda la oferta programática. En las *Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)*, la implementación de los modelos de salud intercultural debe armonizarse con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), para evitar la fragmentación de servicios, mejorar la accesibilidad, equidad, eficiencia y calidad, y garantizar la transversalización de los cuidados integrales.

C.1. Complementariedad a nivel interno:

La complementariedad con otros programas fortalece la transversalización de la pertinencia cultural, evitando la fragmentación de acciones y promueve la integración y continuidad de los cuidados con pertinencia cultural, territorial y de género, garantizando respuestas sanitarias acordes a la diversidad cultural de la población

C.2 Complementariedad a nivel externo:

La situación de salud de los pueblos indígenas en Chile demanda abordar intersectorialmente la complejidad de las determinantes sociales que impactan en la salud y calidad de vida de los pueblos indígenas, a nivel territorial como, menores índices de escolarización, calificación, remuneración y en particular de los indicadores sanitarios.

D. La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

- **La primera evaluación,** se efectuará con corte al 31 de agosto de cada año. El Servicio es el responsable de cargar la producción de cada componente en sistema REM, en caso de que corresponda, y evacuar el informe correspondiente en la primera semana del mes de septiembre.

Cada referente técnico deberá revisar su evaluación, para verificar el porcentaje de avance informado y realizar los ajustes necesarios para asegurar el gasto correspondiente al año presupuestario.

Según los resultados obtenidos en esta evaluación, se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 30%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2º CUOTA DEL 30%
30%	0%
Entre 20% y 29,9%	50%
Entre 10% y 19,9%	75%
Menos del 10%	100%

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LSIRSE-890

El incumplimiento de las metas comprometidas dará lugar a la reliquidación del Programa.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá solicitar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, la no reliquidación del Programa, adjuntando los antecedentes de respaldo y un Plan de Trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. El Servicio de Salud, una vez analizada la solicitud, remitirá ésta y los antecedentes al Ministerio de Salud, que resolverá la petición.

- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al 31 de diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las actividades comprometidas y los gastos asociados debidamente informados en la plataforma financiera.

El monitoreo y seguimiento de los actos administrativos correspondientes a las transferencias de recursos y los actos de evaluación permitirán el cumplimiento de las actividades programadas en el Plan de Salud Local. Asimismo, la elaboración de dicho Plan deberá considerar el cumplimiento de los indicadores consignados en el Programa, tales insumos permitirán proporcionar información en el marco del Monitoreo y Seguimiento del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas, en los Programas Sociales del MDSyF.

Uso de recursos disponibles:

- Uso de recursos disponibles por sobrecumplimiento: En caso de existir recursos disponibles una vez cumplidas las metas comprometidas, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud la autorización para adquirir insumos destinados a fortalecer las acciones del Programa en la atención primaria, siempre dentro del mismo año presupuestario.

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

SEXTA: El procedimiento para efectuar la rendición de cuentas se encuentra regulado en la resolución N° 30/2015 y la resolución 1.858/2023, ambas de Contraloría General de la República, que establece el uso obligatorio del sistema de rendición electrónica de cuentas (SISREC) por los servicios públicos. A fin de contar con medios electrónicos compatibles con los utilizados por la Contraloría General de la Republica y que cuenten con un nivel de resguardo y seguridad que garantice la autenticidad, integridad y disponibilidad de la información, a partir del presente protocolo de acuerdo el Hospital deberá rendir los recursos traspasados por el Servicio de Salud Coquimbo a través de la plataforma tecnológica denominada "Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas" o SISREC, para la ejecución de los proyectos antes individualizados y rendir las cuentas con documentación electrónica y digital. Para tal efecto se deberá designar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y las atribuciones necesarias para perfilarse en el sistema en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de Ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, además de disponer de los medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas de las tareas, iniciativas y actividades del respectivo Programa de Atención Primaria de Salud, durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para su ejecución. El informe final de rendición deberá remitirse por el Hospital al Servicio antes del 01 de Marzo del año siguiente. El Servicio efectuará el cierre de la rendición antes del 31 de marzo de ese año, a fin de que el Hospital reintegre al Servicio de Salud Coquimbo los recursos no ejecutados, según lo estipula el artículo 26 de la Ley de presupuesto vigente.

Los funcionarios que el Hospital designe para desempeñar los roles de Ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, deberán tener responsabilidad administrativa. En caso de cambios de las personas que desempeñen estos perfiles, el Hospital se compromete a informar formalmente y de manera oportuna al Servicio de Salud.

En casos excepcionales y fundados, en que el ejecutor se vea imposibilitado de rendir a través del SISREC, el Servicio de Salud Coquimbo dispondrá de un procedimiento alternativo para la rendición de los recursos; dichos casos serán informados a la Contraloría para su conocimiento. No obstante, dichas rendiciones deberán ser regularizadas en el SISREC una vez superados los inconvenientes.

SÉPTIMA: El Servicio podrá solicitar al Hospital, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente protocolo de acuerdo, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

OCTAVA: El Servicio, a través de su Departamento de Auditoría, podrá validar aleatoriamente la correcta utilización de los fondos traspasados. Conjuntamente a ello, cada Hospital deberá utilizar y registrar los gastos efectuados en conformidad a lo estipulado por las normas establecidas en la Resolución Nº 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos; para ello, será responsabilidad del Hospital rendir en los plazos establecidos, debiendo presentar la documentación que respalde su ejecución con un desfase no superior a los dos meses de realizada su consumo. Lo anterior solo se justificará cuando hayan agotado los recursos transferidos al programa. En el caso que el Hospital rinda "sin movimiento", pero el referente técnico del Servicio de Salud esté en conocimiento de la ejecución de acciones propias del programa, dicha rendición será "observada" para que sea rectificada, en especial aquellos programas con recurso humano asociado.

NOVENA: Finalizado el período de vigencia del protocolo de acuerdo y en caso que la evaluación final dé cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, el Servicio reliquidará los montos traspasados, debiendo en estos casos el Hospital reintegrar al Servicio de Salud Coquimbo los recursos del protocolo de acuerdo que no hayan sido ejecutados oportunamente.

DÉCIMA: El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este protocolo de acuerdo se señala. Por ello, en el caso que el Hospital se exceda de los montos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, él asumirá el mayor gasto resultante.

En caso que el número de actividades realizadas por el Hospital sea menor a las que se obligó en el protocolo de acuerdo (independiente de la cuantía y pertinencia otorgada al gasto asociado al programa), el Hospital deberá reintegrar los recursos asociados a las actividades no ejecutadas. Para determinar el monto que el Hospital debe reintegrar, éste se calculará proporcionalmente a la actividad asistencial no ejecutada.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LSIRSE-890

DÉCIMA PRIMERA: El Servicio de Salud pondrá término anticipado al presente protocolo de acuerdo por medio de resolución fundada, si se produce incumplimiento grave de las obligaciones establecidas en él, o si su ejecución se desvía de los fines que se tuvieron a la vista para celebrarlo.

Para tales efectos, se enviará aviso por escrito a las contrapartes, mediante carta certificada al domicilio indicado en la comparecencia, expresando las circunstancias que motivan el término del protocolo de acuerdo, dentro de los cinco días hábiles siguientes que el Servicio de Salud tome conocimiento de las irregularidades.

El Hospital, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la notificación de dicha carta, deberá entregar un informe de los gastos efectuados a la fecha. El Servicio deberá revisar dicho informe dentro del plazo de 15 días hábiles, contados desde su recepción y podrá aprobarlo u observarlo. En caso de tener observaciones o requerir aclaraciones por parte del Hospital respecto del informe, éstas deberán notificársele por escrito dentro de los dos días hábiles siguientes al término de la revisión. El Hospital tendrá un plazo de 8 días hábiles contados desde la notificación de las observaciones, para hacer las correcciones o aclaraciones pertinentes y entregarlas al Servicio, el que deberá revisarlas y pronunciarse dentro de los 7 días hábiles siguientes a la fecha de su recepción.

Evacuados los informes por el Hospital o transcurridos los plazos indicados en el párrafo precedente sin que esto se verifique, el Servicio de Salud, conforme el mérito de los antecedentes dictará una resolución fundada, ya sea poniendo término anticipado al presente protocolo de acuerdo, o acogiendo los descargos del Hospital. La resolución que dicte el Servicio podrá ser impugnada conforme los recursos establecidos en la ley N°19.880.

DÉCIMA SEGUNDA: El presente protocolo de acuerdo tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2026 o hasta la aprobación del informe final de rendición de cuentas o hasta que se realice el reembolso de los gastos objetados, según corresponda. Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes, que las actividades a las que se refiere la cláusula tercera de este protocolo, comenzaron a ser otorgadas a partir del 1 de enero del año 2026 por razones de continuidad y/o buen servicio, atendido lo señalado en los dictámenes Nº11.189/08 y Nº16.037/08, ambos de la Contraloría General de la República, y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley Nº19.880, y el artículo 13 inciso segundo de la Resolución N° 30/2015 de la Contraloría General de la República, toda vez que dichas actividades producen consecuencias favorables para los beneficiarios legales inscritos en los establecimientos de la comuna.

Las partes acuerdan que el contrato se prorrogará en forma automática y sucesiva, siempre que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del sector público del año respectivo, salvo que el protocolo termine por las causales señaladas en la cláusula décimo primera o que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.

La prórroga del protocolo de acuerdo 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. Para todos los efectos legales, la prórroga automática da inicio a un nuevo protocolo de acuerdo de transferencia, cuyo monto a transferir se establecerá mediante Resolución Exenta del Servicio de Salud, de conformidad a lo que se disponga en la Ley de Presupuestos del sector público respectiva.

Por otro lado, y mediante protocolos complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir al Hospital, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación. Prorrogado el protocolo de acuerdo, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo período.

DÉCIMA TERCERA: El presente protocolo de acuerdo se firma en 2 ejemplares del mismo tenor y oficio, quedando uno en poder de cada parte.

Firmas Ilegibles

D. ASTRID ZUÑIGA VEGA	***ERNESTO JORQUERA FLORES***
DIRECTORA	***DIRECTOR***
HOSPITAL DE SALAMANCA	***SERVICIO DE SALUD COQUIMBO***

2°.- **IMPÚTESE**, el gasto que irrogue el presente convenio Subt. N°22, del Presupuesto vigente del Servicio de Salud Coquimbo para el año 2026.

ANOTESE Y COMUNIQUESE

FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA · GOBIERNO DE CHILE

Firmado por:
Ernesto Wladimir Jorquera Flores
Director Servicio Salud Coquimbo
Fecha: 31-03-2026 21:05 CLT
Servicio de Salud Coquimbo

DISTRIBUCION:
Secretaria Subdirección Atención Primaria angel.flores@redsalud.gob.cl |

AEFC RDCOG VHP JRAM PAGG MAOC SAAC

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LSIRSE-890

Servicio de Salud Coquimbo

Ministerio de Salud

PROTOCOLO DE ACUERDO
PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS (PESPI)
DEL SERVICIO DE SALUD COQUIMBO 2026
HOSPITAL DE SALAMANCA

17 MAR 2026

En La Serena a..... entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Avenida Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director **D. ERNESTO JORQUERA FLORES**, Decreto Afecto N° 16 del 04 de septiembre de 2024, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud" indistintamente, y el **HOSPITAL DE SALAMANCA**, representado por su Directora (S) **D. ASTRID ZÚÑIGA VEGA**, ambos domiciliados en Avenida Infante N° 891, Salamanca, en adelante el "Hospital" o el "Establecimiento", indistintamente, se ha acordado celebrar un Protocolo de Acuerdo, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, el Ministerio de Salud ha incorporado a la Atención Primaria como pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, impulsando el PESPI (Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas), con el objetivo de "Mejorar el acceso, oportunidad y calidad de atención en salud a las personas, familias y comunidad contribuyendo de esa forma a mantener sana la población a cargo con participación activa de la comunidad en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de la promoción, prevención y fortalecimiento del auto cuidado".

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°1084 del 31 de diciembre de 2025**, del Ministerio de Salud y que se entiende forman parte integrante del presente protocolo, en el que el Hospital se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Los recursos asociados al programa fueron aprobados mediante **Resolución Exenta N° 192 del 13 de febrero de 2026** del Ministerio de Salud.

SEGUNDA:
El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar al Hospital los recursos entregados para financiar el siguiente propósito, objetivo general y componentes **Programa Especial de Salud y Pueblos Índígenas (PESPI)** :

1. **PROPÓSITO**

Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas, a través, del desarrollo progresivo de un modelo de salud intercultural, que involucre su participación en la construcción, ejecución, control y evaluación del proceso sanitario, en la red pública de salud conforme al Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario (MAIS).

2. **OBJETIVO GENERAL**

Disminuir las inequidades en salud entre la población indígena y no indígena, aumentando la pertinencia cultural de las atenciones en la red asistencial pública.

El Programa se desarrolla a partir de tres Ejes Estratégicos y seis componentes operativos, que se despliegan promoviendo la continuidad de cuidados integrales en las *Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)*, el fortalecimiento del *Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario (MAIS)* con enfoque intercultural y la disminución de barreras de acceso, garantizando pertinencia cultural de las atenciones de salud destinadas a los pueblos indígenas de Chile.

Ejes Estratégicos:

1. **Eje Equidad:** Busca reducir las brechas en la situación de salud entre la población indígena y la no indígena, promoviendo un acceso equitativo a servicios de salud de calidad. Para ello, es indispensable identificar a la población perteneciente a pueblos indígenas, desagregada por sexo y edad, en la red de establecimientos públicos, y caracterizar sus principales problemas de salud. En este contexto, se debe aplicar la normativa vigente sobre estándares de información en salud (*Norma Técnica 643 y su actualización, Decreto 231, DEIS, 2023).*

2. **Eje Interculturalidad:** En las *Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)*, la implementación de estos modelos debe armonizarse con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) desde la Atención Primaria de Salud (APS), para evitar la fragmentación de servicios, mejorar la accesibilidad, equidad, eficiencia y calidad, y garantizar la transversalización y continuidad de los

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LSIRSE-890

cuidados integrales. Esto requiere, además, adaptar planes, programas, protocolos, prestaciones y acciones regulares de salud, incorporando elementos de pertinencia cultural que eliminen barreras de acceso y mejoren la aceptabilidad de los servicios, en un marco de derechos indígenas y de género.

3. **Eje Participación social indígena**: Es un eje transversal que garantiza el desarrollo de programas y planes con inclusión activa de los pueblos indígenas en todas las etapas del ciclo programático: diagnóstico, planificación, implementación, control y evaluación. Es una condición sine qua non para la implementación de los modelos de salud intercultural.
El Reglamento del artículo 7° de la Ley 20.584 establece que los prestadores institucionales públicos deben: "Contar con instancias y mecanismos de participación específicas en materia de salud y pueblos indígenas".

COMPONENTES DEL PROGRAMA:

N°	Componente	Descripción
1	Identificación de la población indígena y de sus principales problemas de salud	Las personas de pueblos indígenas adscritas a establecimientos públicos e inscritas en FONASA acceden a la atención a través del sistema de admisión habitual. El personal administrativo debe aplicar la pregunta sobre pertenencia a pueblos indígenas y registrar esta información conforme a la Norma Técnica 643 y su actualización (Decreto N.º 231/2023, MINSAL). Este proceso es crucial para identificar problemas prioritarios de salud y desarrollar estrategias con pertinencia cultural. Se requiere actualizar fichas clínicas con la variable de pueblos indígenas y promover la identificación en programas preventivos, como PAP, mamografías, EMP, EMPA y controles periódicos. Esto permitirá evaluar el impacto de las intervenciones.

N°	Componente	Descripción
2	Competencias interculturales	Tiene como propósito dotar de pertinencia cultural a los cuidados integrales en salud, mediante el fortalecimiento de capacidades y competencias interculturales en funcionarios, equipos técnicos y facilitadores interculturales. Este proceso se orienta a reconocer y valorar la diversidad cultural como un elemento central en la atención sanitaria, promoviendo transversalización de los cuidados integrales. La formación continua en gestión de salud intercultural, metodologías innovadoras y procesos reflexivos constituye un eje clave para generar cambios progresivos a nivel normativo, técnico, programático y organizacional, que permitan mejorar la aceptabilidad de las intervenciones.

N°	Componente	Descripción
3	Transversalización de los cuidados con pertinencia cultural en programas de salud y modelo de atención (MAIS)	La transversalización de los cuidados con pertinencia cultural en el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), consiste en incorporar de manera sistemática principios, prácticas y estrategias construidas en conjunto con Facilitadores(as) Interculturales, autoridades tradicionales y terapeutas de los pueblos indígenas, con el fin de garantizar prestaciones de salud con pertinencia cultural en la red asistencial. Este enfoque se orienta a adaptar y/o complementar los protocolos de atención en salud, reconociendo y valorando concepciones diversas sobre la salud, la enfermedad y del cuidado, e integrando prácticas que complementen la atención de salud. De esta manera, se fortalecen acciones sanitarias integrales que contribuyen a mejorar la aceptabilidad y eficacia de las atenciones de salud.

N°	Componente	Descripción
4	Facilitador(a) Intercultural que realiza acciones de orientación y acompañamiento	El componente tiene como propósito optimizar la comunicación y el entendimiento entre usuarios de pueblos indígenas y los equipos de salud, fortaleciendo la relación clínico-paciente y la pertinencia cultural en el proceso de atención. Este rol es asumido por una persona conocedora del sistema de salud indígena, con redes comunitarios en los pueblos indígenas. Entre las acciones fundamentales de su quehacer se encuentra orientar y acompañar a personas, familias y comunidades

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LSIRSE-890

		indígenas en la gestión de atenciones y derivaciones hacia sistemas de sanación tradicionales, garantizando la confidencialidad; brindar apoyo en procesos de hospitalización, tratamiento y continuidad de los cuidados, incorporando acompañamiento en idioma indígena, visitas domiciliarias, cuando sea requerido, entre otros. (Decreto 21 de 2023).

N°	Componente	Descripción
5	Prestaciones de Salud Indígena	El componente de Prestaciones de Salud Indígena se orienta a promover la interculturalidad y la complementariedad entre el sistema médico alopático y las prácticas de sanación de los pueblos indígenas, reconociendo el valor de los saberes ancestrales y su relación con el entorno natural y espiritual. A través de la participación de sanadores tradicionales —como yatiris, machis, lawentuchefe, taotes, owurkan (pueblo Kaweagar) y Yekamush (pueblo Yagan), entre otros— se realizan atenciones en establecimientos de salud o en los propios territorios, gestionadas y articuladas por el equipo de salud y/o Facilitador Intercultural. Estas prestaciones incluyen diagnósticos tradicionales, la preparación y entrega de infusiones herbales, y la asistencia espiritual, reforzando los cuidados culturalmente pertinentes.

N°	Componente	Descripción
6	Planes de Salud Comunitaria	Componente orientado a la incorporación sistemática de un enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) en el diseño e implementación de planes de salud comunitaria, con especial atención a las realidades de los pueblos indígenas. Los equipos de salud, en coordinación con organizaciones y autoridades ancestrales, identifican factores de riesgo que inciden en la salud, formulando intervenciones culturalmente pertinentes y territorialmente contextualizadas, coherentes con los principios de equidad, pertinencia y participación. Esta labor se enmarca en los lineamientos técnicos del Ministerio de Salud y utiliza como referencia la pauta de evaluación del desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), asegurando una atención centrada en las personas y los territorios, orientada a la justicia sanitaria, con enfoque promocional y preventivo.

TERCERA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Hospital, responsable final de la ejecución de estos recursos, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual, única y total de **$2.083.021.- (dos millones ochenta y tres mil veintiún pesos)** por subtítulo 22, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula precedente. Los recursos asignados financiarán, como mínimo, la realización de las siguientes actividades:

Capacitación

- Encuentros
- Insumos
- Soportes Gráficos
- Difusión
- Sanadores indígenas
- Participación Indígena
- Actividades realizadas por el/a Facilitadora Intercultural.

CUARTA: El programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Publico, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, capitulo 02, Programa 02, glosa 01 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LSIRSE-890

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.

Los recursos serán asignados por la Dirección del Servicio de Salud respectivo de acuerdo con el marco presupuestario definido por la Ley de Presupuesto del año vigente.

Los recursos involucrados en el programa serán transferidos en forma duodecimal desde la total tramitación de la resolución que asigna los recursos.

El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades locales del Programa y de acuerdo con la normativa vigente.
El Servicio no entregara nuevos fondos a rendir, cuando la rendición se haya hecho exigible y la entidad receptora no haya rendido cuenta de la inversión de cualquier fondo ya concedido. En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido la remesa anterior.

En aquellos protocolos de acuerdo sujetos al trámite de toma de razón, el Servicio de Salud podrá autorizar anticipos de transferencia de recursos, durante el primer trimestre del año, hasta un monto que no supere al 25% del monto total del protocolo. El anticipo solo podrá realizarse con cargo a los protocolos de acuerdo ingresados para su tramitación a la Contraloría General de la República e informados al Ministerio para el envío de los recursos.

QUINTA: Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa, los que serán concordantes con la estrategia financiada en el Hospital:

A. Indicador de Propósito:

Nombre del indicador	Fórmula de cálculo	VERIFICADOR
Transversalización de la pertinencia cultural en los programas de salud y modelo de atención en la red asistencial	(N° de Protocolos de atención con pertinencia cultural para poblaciones indígenas implementados en el año t) / (N° total de protocolos planificados en el año t) x100	Protocolos e informes de su implementación.

B. Indicadores Complementarios (por componente):

I. Eje Estratégico: Equidad

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Verificador
1. Identificación de la población perteneciente a pueblos indígenas adscrita/inscrita en la red pública de salud	Porcentaje de personas inscritas/adscritas identificadas como pertenecientes a población indígena	(N° de personas inscritas/adscritas identificadas como pertenecientes a población indígena en año t) -(N° de personas inscritas/adscritas identificadas como pertenecientes a población indígena en año t-1) / (N° total de personas inscritas/adscritas identificadas como pertenecientes a población indígena año t-1) *100 *Porcentaje de variación de personas identificadas entre el año actual y el año anterior	informe comparativo con el año anterior.
2. Fortalecimiento y desarrollo de competencias para la interculturalidad en funcionarios y equipos de salud	Porcentaje de profesionales, técnicos y administrativos capacitados en salud intercultural	(N° de profesionales, técnicos y administrativos en salud intercultural en el año t) / (N° total de profesionales, técnicos y administrativos en el año t) * 100	Informe comunal, con lista de asistencia, notas, programa de capacitación.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LSIRSE-890

II. Eje Estratégico: Interculturalidad

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Verificador
3. Acción de orientación y acompañamiento realizada por Facilitador Intercultural	Porcentaje de variación de actividades realizadas por FIC (Facilitador/a Intercultural en el hospital).	(N° de actividades realizadas por FIC a personas indígenas en año t) - (Número de actividades realizadas por FIC a personas indígenas en año t-1) / (N° total de actividades realizadas por FIC en año t-1) *100 *Porcentaje de variación de actividades del FIC (comparativo entre 2 años)	Línea Base 2025 -REM19a: Sección C -Reporte comunal.
4. Prestaciones de Salud Indígena.	Porcentaje de atenciones realizadas por sanadores indígenas a personas indígenas.	(N° atenciones de sanadores indígenas realizadas a personas indígenas en el año t) / (N° total de atenciones realizadas por sanadores indígenas en el año t) *100	Línea Base Convenios 2025, más 5%. REM A04: Sección F

III. Eje Estratégico: Participación

Componente	Indicador	Formula de Calculo	Verificador
5. Planes de Salud Comunitaria elaborados y ejecutados con participación social indígena para intervenir su situación de salud.	N° de Organizaciones Indígenas que participan en la elaboración de Planes de Salud comunitaria	(N° de organizaciones indígenas que participan en la elaboración de Planes de Salud Comunitaria en el año t) / (N° total de organizaciones indígenas que participan en la elaboración de Planes de Salud Comunitaria año t-1)*100	Reporte considerando línea base del año 2025.

C. COMPLEMENTARIEDADES:

El Programa de Salud y Pueblos Indígenas no se define a partir de un problema de salud particular, sino que refiere a la población indígena, con requerimientos particulares en salud, por tanto, debe ser trasversal a toda la oferta programática. En las *Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)*, la implementación de los modelos de salud intercultural debe armonizarse con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), para evitar la fragmentación de servicios, mejorar la accesibilidad, equidad, eficiencia y calidad, y garantizar la transversalización de los cuidados integrales.

C.1. Complementariedad a nivel interno:

La complementariedad con otros programas fortalece la transversalización de la pertinencia cultural, evitando la fragmentación de acciones y promueve la integración y continuidad de los cuidados con pertinencia cultural, territorial y de género, garantizando respuestas sanitarias acordes a la diversidad cultural de la población

C.2 Complementariedad a nivel externo:

La situación de salud de los pueblos indígenas en Chile demanda abordar intersectorialmente la complejidad de las determinantes sociales que impactan en la salud y calidad de vida de los pueblos indígenas, a nivel territorial como, menores índices de escolarización, calificación, remuneración y en particular de los indicadores sanitarios.

D. La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LSIRSE-890

- **La primera evaluación,** se efectuará con corte al 31 de agosto de cada año. El Servicio es el responsable de cargar la producción de cada componente en sistema REM, en caso de que corresponda, y evacuar el informe correspondiente en la primera semana del mes de septiembre.

Cada referente técnico deberá revisar su evaluación, para verificar el porcentaje de avance informado y realizar los ajustes necesarios para asegurar el gasto correspondiente al año presupuestario.

Según los resultados obtenidos en esta evaluación, se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 30%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2º CUOTA DEL 30%
30%	0%
Entre 20% y 29,9%	50%
Entre 10% y 19,9%	75%
Menos del 10%	100%

El incumplimiento de las metas comprometidas dará lugar a la reliquidación del Programa.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá solicitar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, la no reliquidación del Programa, adjuntando los antecedentes de respaldo y un Plan de Trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. El Servicio de Salud, una vez analizada la solicitud, remitirá ésta y los antecedentes al Ministerio de Salud, que resolverá la petición.

- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al 31 de diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las actividades comprometidas y los gastos asociados debidamente informados en la plataforma financiera.

El monitoreo y seguimiento de los actos administrativos correspondientes a las transferencias de recursos y los actos de evaluación permitirán el cumplimiento de las actividades programadas en el Plan de Salud Local. Asimismo, la elaboración de dicho Plan deberá considerar el cumplimiento de los indicadores consignados en el Programa, tales insumos permitirán proporcionar información en el marco del Monitoreo y Seguimiento del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas, en los Programas Sociales del MDSyF.

Uso de recursos disponibles:

- Uso de recursos disponibles por sobrecumplimiento: En caso de existir recursos disponibles una vez cumplidas las metas comprometidas, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud la autorización para adquirir insumos destinados a fortalecer las acciones del Programa en la atención primaria, siempre dentro del mismo año presupuestario.

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

SEXTA: El procedimiento para efectuar la rendición de cuentas se encuentra regulado en la resolución N° 30/2015 y la resolución 1.858/2023, ambas de Contraloría General de la República, que establece el uso obligatorio del sistema de rendición electrónica de cuentas (SISREC) por los servicios públicos. A fin de contar con medios electrónicos compatibles con los utilizados por la Contraloría General de la Republica y que cuenten con un nivel de resguardo y seguridad que garantice la autenticidad, integridad y disponibilidad de la información, a partir del presente protocolo de acuerdo el Hospital deberá rendir los recursos traspasados por el Servicio de Salud Coquimbo a través de la plataforma tecnológica denominada "Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas" o SISREC, para la ejecución de los proyectos antes individualizados y rendir las cuentas con documentación electrónica y digital. Para tal efecto se deberá designar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y las atribuciones necesarias para perfilarse en el sistema en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de Ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, además de disponer de los medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas de las tareas, iniciativas y actividades del respectivo Programa de Atención Primaria de Salud, durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para su ejecución. El informe final de rendición deberá remitirse por el Hospital al Servicio antes del 01 de Marzo del año siguiente. El Servicio efectuará el cierre de la rendición antes del 31 de marzo de ese año, a fin de que el Hospital reintegre al Servicio de Salud Coquimbo los recursos no ejecutados, según lo estipula el artículo 26 de la Ley de presupuesto vigente.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LSIRSE-890

Los funcionarios que el Hospital designe para desempeñar los roles de Ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, deberán tener responsabilidad administrativa. En caso de cambios de las personas que desempeñen estos perfiles, el Hospital se compromete a informar formalmente y de manera oportuna al Servicio de Salud.

En casos excepcionales y fundados, en que el ejecutor se vea imposibilitado de rendir a través del SISREC, el Servicio de Salud Coquimbo dispondrá de un procedimiento alternativo para la rendición de los recursos; dichos casos serán informados a la Contraloría para su conocimiento. No obstante, dichas rendiciones deberán ser regularizadas en el SISREC una vez superados los inconvenientes.

SÉPTIMA: El Servicio podrá solicitar al Hospital, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente protocolo de acuerdo, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

OCTAVA: El Servicio, a través de su Departamento de Auditoría, podrá validar aleatoriamente la correcta utilización de los fondos traspasados. Conjuntamente a ello, cada Hospital deberá utilizar y registrar los gastos efectuados en conformidad a lo estipulado por las normas establecidas en la Resolución Nº 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos; para ello, será responsabilidad del Hospital rendir en los plazos establecidos, debiendo presentar la documentación que respalde su ejecución con un desfase no superior a los dos meses de realizada su consumo. Lo anterior solo se justificará cuando hayan agotado los recursos transferidos al programa. En el caso que el Hospital rinda "sin movimiento", pero el referente técnico del Servicio de Salud esté en conocimiento de la ejecución de acciones propias del programa, dicha rendición será "observada" para que sea rectificada, en especial aquellos programas con recurso humano asociado.

NOVENA: Finalizado el período de vigencia del protocolo de acuerdo y en caso que la evaluación final dé cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, el Servicio reliquidará los montos traspasados, debiendo en estos casos el Hospital reintegrar al Servicio de Salud Coquimbo los recursos del protocolo de acuerdo que no hayan sido ejecutados oportunamente.

DÉCIMA: El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este protocolo de acuerdo se señala. Por ello, en el caso que el Hospital se exceda de los montos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, él asumirá el mayor gasto resultante.

En caso que el número de actividades realizadas por el Hospital sea menor a las que se obligó en el protocolo de acuerdo (independiente de la cuantía y pertinencia otorgada al gasto asociado al programa), el Hospital deberá reintegrar los recursos asociados a las actividades no ejecutadas. Para determinar el monto que el Hospital debe reintegrar, éste se calculará proporcionalmente a la actividad asistencial no ejecutada.

DÉCIMA PRIMERA: El Servicio de Salud pondrá término anticipado al presente protocolo de acuerdo por medio de resolución fundada, si se produce incumplimiento grave de las obligaciones establecidas en él, o si su ejecución se desvía de los fines que se tuvieron a la vista para celebrarlo.

Para tales efectos, se enviará aviso por escrito a las contrapartes, mediante carta certificada al domicilio indicado en la comparecencia, expresando las circunstancias que motivan el término del protocolo de acuerdo, dentro de los cinco días hábiles siguientes que el Servicio de Salud tome conocimiento de las irregularidades.

El Hospital, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la notificación de dicha carta, deberá entregar un informe de los gastos efectuados a la fecha. El Servicio deberá revisar dicho informe dentro del plazo de 15 días hábiles, contados desde su recepción y podrá aprobarlo u observarlo. En caso de tener observaciones o requerir aclaraciones por parte del Hospital respecto del informe, éstas deberán notificársele por escrito dentro de los dos días hábiles siguientes al término de la revisión. El Hospital tendrá un plazo de 8 días hábiles contados desde la notificación de las observaciones, para hacer las correcciones o aclaraciones pertinentes y entregarlas al Servicio, el que deberá revisarlas y pronunciarse dentro de los 7 días hábiles siguientes a la fecha de su recepción.

Evacuados los informes por el Hospital o transcurridos los plazos indicados en el párrafo precedente sin que esto se verifique, el Servicio de Salud, conforme el mérito de los antecedentes dictará una resolución fundada, ya sea poniendo término anticipado al presente protocolo de acuerdo, o acogiendo los descargos del Hospital. La resolución que dicte el Servicio podrá ser impugnada conforme los recursos establecidos en la ley N°19.880.

DÉCIMA SEGUNDA: El presente protocolo de acuerdo tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2026 o hasta la aprobación del informe final de rendición de cuentas o hasta que se realice el reembolso de los gastos objetados, según corresponda. Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes, que las actividades

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LSIRSE-890

a las que se refiere la cláusula tercera de este protocolo, comenzaron a ser otorgadas a partir del 1 de enero del año 2026 por razones de continuidad y/o buen servicio, atendido lo señalado en los dictámenes N°11.189/08 y N°16.037/08, ambos de la Contraloría General de la República, y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley N°19.880, y el artículo 13 inciso segundo de la Resolución N° 30/2015 de la Contraloría General de la República, toda vez que dichas actividades producen consecuencias favorables para los beneficiarios legales inscritos en los establecimientos de la comuna.

Las partes acuerdan que el contrato se prorrogará en forma automática y sucesiva, siempre que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del sector público del año respectivo, salvo que el protocolo termine por las causales señaladas en la cláusula décimo primera o que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.

La prórroga del protocolo de acuerdo 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. Para todos los efectos legales, la prórroga automática da inicio a un nuevo protocolo de acuerdo de transferencia, cuyo monto a transferir se establecerá mediante Resolución Exenta del Servicio de Salud, de conformidad a lo que se disponga en la Ley de Presupuestos del sector público respectiva.

Por otro lado, y mediante protocolos complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir al Hospital, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación. Prorrogado el protocolo de acuerdo, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo período.

DÉCIMA TERCERA: El presente protocolo de acuerdo se firma en 2 ejemplares del mismo tenor y oficio, quedando uno en poder de cada parte.

MINISTERIO SALUD SERVICIO DE SALUD COQUIMBO DIRECTOR HOSPITAL DE SALAMANCA

D. ASTRID ZÚÑIGA VEGA
DIRECTORA (S)
HOSPITAL DE SALAMANCA

MINISTERIO DE SALUD SERVICIO DE SALUD COQUIMBO DIRECTOR DEL SERVICIO IV REGIÓN

D. ERNESTO JORQUERA FLORES
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

SAC/MOC/CCM/RAM/VHP/ROG/afc.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LSIRSE-890