

GABINETE SRA. MINISTRA

DIVISIÓN JURÍDICA

MND / AAI / MMR / MCHS / CGC / YVB / FPD

ORDINARIO A15/ N°

4620

**ANT.:** Decreto N° 4, de 2020, del Ministerio de Salud, que decreta alerta sanitaria por el periodo que señala y otorga facultades extraordinarias que indica por emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) por brote del nuevo Coronavirus (2019-NCOV).

**MAT.:** Informa sobre orientaciones técnicas para la adaptación de la estrategia de control de la pandemia por SARS-Cov-2 para el escenario de apertura.

SANTIAGO,

28 SEP 2022

**DE:** DR. CRISTÓBAL CUADRADO NAHUM  
MINISTRO DE SALUD (S)

**A:** SEGÚN DISTRIBUCIÓN

---

Junto con saludar, por medio del presente se informa a Ud. sobre el estado actual en relación a las medidas adoptadas y por adoptar ante el nuevo escenario de apertura que enfrenta nuestro país en el contexto de la emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) por brote del 2019-NCOV.

En dicho contexto, cabe recordar que el 5 de febrero de 2020, este Ministerio dictó el decreto N° 4, de 2020, del Ministerio de Salud, que decreta Alerta Sanitaria por el período que se señala y otorga facultades extraordinarias que indica por Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) por brote del nuevo coronavirus (2019-NCOV). Dicho decreto fue modificado por los decretos N° 6, N° 10, N° 18, N° 19, N° 21, N° 23, N° 24, N° 28, todos de 2020, y N° 1, N° 12, N° 24, N° 38, N° 39 y N° 52, todos de 2021, y N° 7 y N° 31, todos de 2022, del Ministerio de Salud.

En virtud de lo dispuesto por el decreto de alerta sanitaria, se concedieron una serie de facultades extraordinarias a este nivel central, a la red asistencial y a las SEREMIS de Salud, en orden a resguardar la salud de la población. Actualmente, la enfermedad que motiva esta urgencia sanitaria aún no está totalmente controlada a nivel mundial, y aún persisten desafíos para controlar la propagación y efectos, replicándose ese contexto a nivel nacional. No obstante, la Organización Mundial de la Salud ha descrito que la situación mundial ha mejorado, pero que no estamos aún al final de la pandemia. La alerta mundial sigue en pie.

La posibilidad del surgimiento de nuevas variantes sigue siendo un factor de incertidumbre futura que hace necesario mantener las capacidades de testeo, vigilancia genómica, capacidades de reconversión de camas y atención a las personas. Para para estar preparados y hacer frente a un escenario de una nueva variante más transmisible o más letal, se requieren instrumentos que permitan acceder a recursos para la atención y coordinación de la red asistencial de manera expedita.

No obstante, hoy estamos ante un nuevo escenario epidemiológico, el cual contempla altas tasas de vacunación, una disminución importante en el número de fallecimientos y de la ocupación de camas críticas, contexto que permite la adecuación de las medidas de prevención y control a un escenario de apertura, caracterizado por “una reducción significativa del impacto sanitario del COVID-19 a nivel global”<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Strategic Preparedness, Readiness and Response Plan to End the Global COVID-19 Emergency in 2022. Geneva: World Health Organization; 2022 (WHO/WHE/ SPP/2022.01).

Por lo anterior, es que se hace necesario adaptar los instrumentos extraordinarios con los que se cuenta, atenuando algunas de las facultades otorgadas y disminuyendo la aplicación de ciertas estrategias sanitarias, pero siempre velando por la protección y recuperación de la salud de la población.

Ante lo dicho, es que se ha procedido a prorrogar la vigencia de la alerta sanitaria por emergencia de salud pública ocasionada por el Coronavirus, y a su vez a modificar las facultades otorgadas por el decreto respectivo. Dicha prórroga y modificaciones constan en el Decreto N° 75, de 22 de septiembre del año en curso, el que ha sido tomado de razón y está en espera de su publicación. El contenido de dicho decreto se resume en los siguientes aspectos:

1. Se establece su prórroga hasta el 31 de diciembre de 2022.
2. Se restringen ciertas facultades, tales como; la de contratación de personal y la de celebrar contratos por trato directo asociados a ciertos montos límites y/o autorizaciones previas.
3. Se suprimen algunas de las facultades tales como; la contratación de estudiantes de carreras del área de la salud, autorización a inmuebles que no estén autorizados como establecimientos asistenciales, denegación de entrada en las zonas afectadas por el Coronavirus a personas no afectadas, entre otras.
4. Se insta la obligación de dar estricto cumplimiento en lo que se refiere a la adquisición directa de bienes, servicios o equipamiento a la preeminencia del interés general por sobre el individual en el desempeño de la función pública.

Adicionalmente, es pertinente informar que esta adecuación de las medidas sanitarias, encuentra su fundamento en las "Orientaciones técnicas para la adaptación de la estrategia de control de la pandemia por SARS-CoV-2 para el escenario de apertura", informe realizado por el Departamento de Epidemiología de la Subsecretaría de Salud Pública de este Ministerio.

El documento previamente citado establece los lineamientos generales requeridos para la adaptación de la estrategia de enfrentamiento de la pandemia que nos aqueja, ante el nuevo escenario que enfrenta el país, declarando además la disminución, reestructuración y/o eliminación, según corresponda, de ciertas estrategias sanitarias:

1. Centro de Registros de Vacunas (Nivel Central).
2. Fiscalización por uso de mascarillas (Fiscalización COVID).
3. Fiscalización de pase de movilidad (Fiscalización COVID).
4. Fiscalización de aforos (Fiscalización COVID).
5. Testeo.
6. Trazabilidad o Trazabilidad Call Center (Fiscalización COVID).
7. Programa de control de aislamiento domiciliario.
8. Servicio de Transporte para el control de aislamiento domiciliario.
9. Cuadrillas Sanitarias o Facilitadores Sanitarios.
10. Residencias Sanitarias.
11. Recurso humano y servicios de la estrategia Frontera Sanitaria (incluidas las estrategias Barrera Aeropuerto, Barrera Pasos Fronterizos y Cordones Sanitarios).

Se acompañan a esta comunicación para su conocimiento, aplicación y fines pertinentes, los siguientes documentos:

1. "Orientaciones técnicas para la adaptación de la estrategia de control de la pandemia por SARS-CoV-2 para el escenario de apertura", informe realizado por el Departamento de Epidemiología de la Subsecretaría de Salud Pública de este Ministerio.
2. Decreto N° 75, de 22 de septiembre del año en curso, el que ha sido tomado de razón y está en espera de su publicación.

Sin otro particular, se despide atentamente

  
  
**DR. CRISTÓBAL CUADRADO NAHUM**  
**MINISTRO DE SALUD (S)**

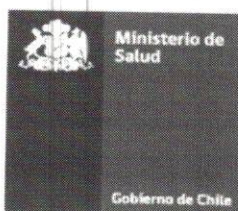
Distribución:

- Gabinete Sra. Ministra de Salud.
- Gabinete Sr. Subsecretario de Salud Pública.
- Gabinete Sr. Subsecretario de Redes Asistenciales.
- División de Finanzas y Administración Interna – DIFAI.
- División de Gestión y Desarrollo de las Personas – DIGEDEP.
- Seremis de Salud del país.
- Oficina de Partes MINSAL.

# ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA ADAPTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE CONTROL DE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2 PARA EL ESCENARIO DE APERTURA

Ministerio de Salud

Septiembre 2022



Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Departamento de Epidemiología	Gabinete Subsecretaría de Salud Pública	Subsecretaría de Salud Pública

**Ministerio de Salud. Septiembre de 2022.**

**Documento sujeto a evaluación y actualización constante según aparición de nueva evidencia científica.**

## Índice de contenido

I. INTRODUCCIÓN .....	4
II. OBJETIVO GENERAL .....	5
III. ALCANCE.....	5
IV. ADECUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE CONTROL DE LA PANDEMIA DE SARS-CoV-2 PARA ESCENARIO DE APERTURA.....	6
1. Uso de mascarillas .....	6
2. Vacunación .....	6
3. Pase de movilidad .....	6
4. Aforos y ventilación .....	7
V. COMUNICACIÓN DE RIESGO .....	7
VI. MEDIDAS DE AUTOCUIDADO .....	8
1. Uso adecuado de la mascarilla .....	8

- VII. ESTRATEGIA DE TESTEO, TRAZABILIDAD Y AISLAMIENTO.....10
  - 1. Testeo.....10
  - 2. Trazabilidad .....12
  - 3. Aislamiento .....13
- VIII. CUADRILLAS SANITARIAS .....16
- IX. FRONTERAS.....16
- X. VIGILANCIA.....17
- XI. MANEJO DE PACIENTES .....17
- XII. MEDIDAS QUE SE RECOMIENDA DESCONTINUAR.....17

## I. INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 ha significado para nuestro país un desafío sanitario, económico y social de alta envergadura, con un impacto importante para la salud y condiciones de vida de nuestra población, así como en la manera de relacionarnos como sociedad. Durante los últimos dos años y medio, se ha acumulado experiencia en el manejo de la pandemia por parte de la institucionalidad sanitaria y evidencia científica sobre las diversas medidas y la efectividad de estas para controlar la transmisión de la enfermedad. Es así, como se ha evidenciado la efectividad de medidas sencillas para evitar la transmisión del virus, tales como el correcto uso de mascarillas, lavado de manos y ventilación y, por otra parte, la importancia de la vacunación contra COVID-19 para evitar cuadros graves y muertes.

El escenario epidemiológico actual de nuestro país, con altas tasas de vacunación, disminución importante en el número de fallecimientos y de la ocupación de camas críticas, permite la adecuación de las medidas de prevención y control a un escenario de apertura, caracterizado por “una reducción significativa del impacto sanitario del COVID-19 a nivel global” (OMS, 2022) <sup>1</sup>. Esta nueva etapa se recoge en la estrategia “Seguimos Cuidándonos”, que es una continuación del Plan “Seguimos Cuidándonos, Paso a Paso” y se implementará a partir del 1° de octubre de 2022.

Es necesario destacar, sin embargo, que los riesgos no desaparecen completamente en esta nueva etapa y que, ante cambios en el escenario epidemiológico, pudiera ser necesaria la re-implementación de medidas de control adicionales. Para ello, el Ministerio de Salud continuará vigilando la situación sanitaria nacional e internacional, contando con todas las herramientas y estrategias de salud pública disponibles para proteger a la población.

---

<sup>1</sup> Strategic Preparedness, Readiness and Response Plan to End the Global COVID-19 Emergency in 2022. Geneva: World Health Organization; 2022 (WHO/WHE/ SPP/2022.01).

## **II. OBJETIVO GENERAL**

Establecer lineamientos generales para adaptar la estrategia de enfrentamiento de la pandemia por SARS-Cov-2 al nuevo escenario que enfrenta el país.

## **III. ALCANCE**

El presente documento está dirigido a los equipos de las siguientes instituciones de todo el país, que cumplen un rol dentro de la estrategia:

- Seremis de Salud
- Servicios de Salud
- Establecimientos de la Red de Atención Primaria de Salud y Hospitales Comunitarios
- Municipalidades
- Corporaciones Municipales de Salud
- Red de Laboratorios Públicos, Universitarios y Privados
- Organismos Administradores de la Ley 16.744 y Administración delegada de la Ley 16.744
- Instituciones de salud previsional
- Prestadores privados de salud



## **IV. ADECUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE CONTROL DE LA PANDEMIA DE SARS-CoV-2 PARA ESCENARIO DE APERTURA**

### **1. Uso de mascarillas**

**"Las mascarillas serán obligatorias para personas que acudan a atenderse a centros de salud y recomendadas en situaciones de mayor riesgo"**

De acuerdo al escenario sanitario actual y el alto nivel de vacunación de la población, el uso de mascarillas pasa a ser una recomendación fuerte para personas con síntomas respiratorios, en visitas a centros de larga estadía, en lugares de alta aglomeración y en el transporte colectivo público o privado.

Mantendrán su carácter obligatorio para usuarios que acudan a algún centro de salud, por considerarse éstos, lugares de mayor riesgo de transmisión al encontrarse pacientes sintomáticos respiratorios con población vulnerable.

En estos casos, será responsabilidad de la administración del establecimiento exigir que todas las personas porten y utilicen de manera correcta la mascarilla. Dicha exigencia se deberá realizar al ingreso y durante la permanencia en el lugar.

Las actividades de Fiscalización por uso de mascarillas enmarcadas en la estrategia de Fiscalización COVID, se reducirá en un 100%. Podrá fiscalizarse el uso de mascarilla en establecimientos de salud, función que se desempeñará con los funcionarios que desempeñen funciones habituales en la materia.

### **2. Vacunación**

En la actualidad, nuestro país mantiene altas coberturas de vacunación; cerca del 95% de las personas mayores de 18 ya cuentan con un esquema primario completo, y gran parte de ellos cuenta con una dosis de refuerzo y cuarta dosis. En niños, niñas y adolescentes, el porcentaje de esquema primario es similar al de los adultos, mientras que el porcentaje de refuerzo se encuentra cercano al 90%. Sin embargo, es necesario continuar con la vacunación para quienes tienen aún dosis de refuerzo pendientes.

Se incorporará al Programa Nacional de Vacunación (PNI) la nueva vacuna bivalente (COVID-19), dirigida a grupos de riesgo según las indicaciones que entreguen los expertos (CAVEI<sup>2</sup> y CNRP) como una estrategia anual, al igual que campaña de influenza, iniciando con personas mayores de 60 años, personas inmunosuprimidas, personas con enfermedades crónicas y trabajadores de la salud.

### **3. Pase de movilidad**

**"El pase de movilidad no será exigido"**

El pase de movilidad ha sido una herramienta relevante para apoyar y estimular a nivel poblacional la política de vacunación en nuestro país, llegando a que más de un 80% de la población mayor de 18 años haya accedido a su segunda dosis de refuerzo, y ha resultado ser una estrategia efectiva para la protección de la población contra COVID-19. En base a estos antecedentes y en línea con un escenario de apertura que promueve

---

<sup>2</sup> CAVEI. Recomendación del CAVEI sobre tercer refuerzo de vacunación COVID-19. 9 mayo de 2022. [https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/05/CAVEI\\_Tercer-refuerzo\\_9mayo2022\\_final.pdf](https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/05/CAVEI_Tercer-refuerzo_9mayo2022_final.pdf).

ir avanzando hacia una vida cotidiana con menores restricciones, el pase de movilidad no será exigido para ningún tipo de actividad pública en el escenario de apertura.

El proceso de homologación de vacunas, el cual es requerido para poder acceder al Pase de Movilidad, es realizado en el Centro de Registro de Vacunas (CRV). Este proceso se ha reducido significativamente desde el 1 de septiembre, continuando su funcionamiento, exclusivamente para homologar esquemas de vacunación de extranjeros residentes en Chile y chilenos residentes que deseen certificar sus vacunas recibidas en el extranjero.

Las actividades de Fiscalización del Pase de Movilidad dentro de la estrategia de Fiscalización COVID se reducirá en un 100%.

#### **4. Aforos y ventilación**

##### **“Se eliminan los aforos en espacios abiertos y cerrados y se promueve la ventilación y la vacunación”**

El escenario de *apertura*, con menor impacto sanitario, permite la eliminación de las medidas de aforo. Sin embargo, para que esta medida se pueda mantener en el tiempo, es necesario que las personas rezagadas completen los esquemas de vacunación, promover la ventilación de espacios cerrados y las medidas de autocuidado.

Para que un ambiente esté adecuadamente ventilado se requiere mantener una *ventilación cruzada*, esto es mantener dos ventanas o puertas abiertas que se encuentren en paredes distintas, durante el mayor tiempo posible. Esto generará un flujo de corriente que permite un recambio de aire hacia el interior, y salida de aire hacia el exterior.

En el caso de usar sistema de ventilación forzada, se debe procurar que en cada hora se realicen al menos 6 recambios del volumen total del aire del recinto.

Se recomienda que los lugares cerrados realicen adaptaciones graduales para mejorar las condiciones de ventilación en el largo plazo, con objeto de enfrentar de mejor manera brotes de enfermedades respiratorias a futuro.

Las actividades de Fiscalización de Aforos enmarcadas en la estrategia de Fiscalización COVID se reducirá en un 100%.

## **V. COMUNICACIÓN DE RIESGO**

Se reforzará la estrategia de comunicación de riesgo para esta fase con el fin de fortalecer y mantener las medidas de autocuidado (mascarillas en personas con síntomas respiratorios, lavado frecuente de manos, ventilación y vacunación). Para ello se contemplan los siguientes componentes, con el objetivo de informar adecuadamente a la población para que pondere y tome las mejores decisiones de manera individual y comunitaria:

- El “punto COVID” sobre los casos nuevos, personas fallecidas, exámenes realizados y utilización de camas, se llevará a cabo una vez a la semana y se mantendrá la información diaria actualizada, disponible en la página web [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)
- Difusión de puntos y estrategias de vacunación.
- Educación en los territorios urbanos y rurales, campañas informativas del uso correcto de las medidas sanitarias, con pertinencia cultural y social.
- Se fortalecerán las alianzas estratégicas con el intersector y todos los actores sobre

los que impactan las medidas sanitarias.

- Se fortalecerá el trabajo con los medios de comunicación y líderes de opinión, así como la difusión de la información a la comunidad.
- Se trabajará en contrarrestar la infodemia.

## VI. MEDIDAS DE AUTOCUIDADO

Las medidas de autocuidado son una estrategia efectiva para que la población se proteja a sí misma y a las demás personas de la transmisión del SARS-CoV-2 y de otros virus. Estas medidas son altamente recomendadas para la población general, y son promovidas activamente por la Autoridad Sanitaria.

### 1. Uso adecuado de la mascarilla

Acorde a la normativa del Ministerio de Salud, la mascarilla corresponde a un dispositivo que cubre la nariz y la boca para evitar la transmisión del virus. En ello, se recomienda utilizar mascarillas quirúrgicas o de tres pliegues, en vista de que ellas tienen un porcentaje mayor de filtración, disminuyendo el riesgo de contagio.

Para que el uso de la mascarilla sea adecuado:

- Debe cubrir nariz y boca.
- Se debe acomodar con precisión a ambos lados de la cara y debajo del mentón, sin dejar espacios.
- Debe contar con una varilla nasal que evite que el aire se filtre por la parte superior de la mascarilla.
- Se debe cambiar periódicamente dependiendo del tipo de mascarilla que se utilice y siguiendo las instrucciones del fabricante.

### 2. Lavado de manos

El lavado de manos es una manera de eliminar los microorganismos presentes en la piel de las manos. Sin embargo, para que sea útil y eficaz, debe realizarse adecuadamente. Los pasos más reconocidos en el lavado de manos son los siguientes:

**Paso 1:** Mojar las manos con agua corriente. Luego, cortar la llave del agua.

**Paso 2:** Aplicar una cantidad suficiente de jabón, que cubra completamente ambas manos mojadas.

**Paso 3:** Frotar toda la superficie de las manos (dorso, espacio entre los dedos y debajo de las uñas) entre 20 a 60 segundos.

**Paso 4:** Enjuagar ambas manos con abundante agua corriente.

**Paso 5:** Finalmente, secar las manos con un paño limpio o una toalla

También se puede utilizar alcohol gel al 70% para una higiene eficaz de manos. Este producto tiene actividad antibacteriana y se encuentra habitualmente disponible en el mercado. La higiene de manos con alcohol gel ocupa la misma técnica descrita anteriormente, cuidando de frotarse las manos durante al menos 20 segundos y cubriendo toda la superficie.

**¿Cuándo es importante lavarse las manos?**

En un contexto de prevención del COVID-19, es fundamental lavarse las manos en las siguientes situaciones:

- Después de sonarse la nariz, toser o estornudar.
- Después de visitar un espacio público, como medio de transporte, supermercado o lugares de culto.
- Después de tocar cualquier superficie fuera del hogar.
- Antes, durante y después de cuidar a una persona enferma
- Antes y después de comer.
- Antes y después de ponerse y sacarse la mascarilla.

## VII. ESTRATEGIA DE TESTEO, TRAZABILIDAD Y AISLAMIENTO

La estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento (TTA) requiere adaptar sus funciones al escenario actual, enfocando los esfuerzos en el testeo temprano, el estudio de brotes priorizados con la investigación epidemiológica de casos y de sus contactos; así como el aislamiento oportuno de las personas contagiadas. Esta adaptación busca además una adecuada coordinación y articulación entre las Seremis de Salud, los Directores de Servicios de Salud y la APS en el territorio.

Componentes de la estrategia TTA son:

- i. Testeo
- ii. Trazabilidad
- iii. Aislamiento en Residencias Sanitarias y Control de Aislamiento Domiciliario

Para optimizar el uso de recursos y facilitar la articulación de los distintos equipos, la estrategia deberá quedar a cargo de epidemiología de cada SEREMI que podrá apoyarse de equipo coordinador y referentes de cada uno de los componentes. Así como también contar con equipo de gestión de datos que asegure el correcto y eficiente uso de la información disponible.

### 1. Testeo

El objetivo del componente de Testeo es asegurar el acceso continuo de la población a diagnóstico COVID-19 en los distintos territorios del país. Está dirigido al diagnóstico de pacientes sintomáticos en la red asistencial pública y a usuarios asintomáticos por parte de equipos de testeo de las distintas SEREMIs de Salud del país y equipos APS, priorizando la búsqueda activa de casos, a través de PCR-RT y test de Antígenos en brotes priorizados y fomentando el uso del auto testeo como herramienta diagnóstica.

Los equipos cumplen las funciones de:

- Conducir y monitorear la gestión de muestras en procesos desde la toma de muestra hasta entrega de resultado, asegurando tiempos de respuesta.
- Gestionar la cadena de suministros: insumos y reactivos (monitoreo de stock, compras, distribución, almacenamiento, entre otros).
- Gestionar y coordinar con actores claves de la comunidad para la mantención y adherencia del testeo en la población; en conjunto con el rol de comunicaciones y coordinación intersectorial.
- Orientar en la redistribución de los equipos de trabajo en los distintos puntos BAC.
- Entregar lineamientos para la tributación de muestras en la Plataforma Nacional de Toma de Muestras (PNTM) y la vigilancia de análisis de mutaciones.
- Priorización de testeo en brotes priorizados y pacientes sintomáticos.
- Promover y facilitar el acceso y uso de auto testeo en la población.

Actualmente el testeo se realiza principalmente en centros de salud y puntos de búsqueda activa de casos. El país ha logrado incrementar la capacidad diagnóstica mediante test PCR y test de antígenos. El escenario actual requerirá mantener las capacidades de procesamiento de PCR e incrementar el acceso a test de antígeno de las personas mediante las siguientes estrategias:

- Disponibilidad de test de antígeno para usuarios en la atención primaria.
- Promover y facilitar el acceso al autotesteo, a través de la estrategia "*antígeno en tres pasos*".
- La búsqueda activa de casos (BAC) se orientará según las necesidades locales en zonas priorizadas por la autoridad sanitaria regional.

### **Disponibilidad de test de antígeno gratuito para usuarios en la atención primaria.**

Se mantendrán los Convenios Testeo de Seremis con la Atención Primaria de Salud para reforzar la estrategia de testeo en APS enfocado al testeo con test de antígenos. Para el último trimestre, se mantendrá el flujo de recursos para reforzar recursos humanos, insumos y servicios que se requieren para que los usuarios accedan a un test de antígenos de manera oportuna en los centros de APS. Esta estrategia se podrá coordinar con las SEREMI para lograr una eventual fusión con los BAC cercanos a establecimientos de salud como una herramienta destinada a la pesquisa de casos.

### **Promover y facilitar el acceso al autotesteo, a través de la estrategia “antígeno en tres pasos”.**

Esta estrategia busca aumentar el acceso a los autotest de antígeno, a un precio asequible para la población. Mediante la adquisición de test de antígeno nasal en farmacias, el auto testeo del adquirente, y el auto reporte del resultado de dicho test, se amplían las opciones de acceso a un testeo oportuno.

Los funcionarios de salud requerirán conocer la estrategia para poder comunicar, promover y orientar, en caso necesario, el autotest mediante la estrategia “antígeno en tres pasos”. Las SEREMI serán encargadas de realizar todas las actividades de comunicación orientadas a funcionarios de salud de los subsistemas público y privado para lograr alto nivel de conocimiento en el personal de salud. De manera paralela las SEREMI deberán comunicar a la población general sobre esta estrategia con el fin de lograr un amplio conocimiento por parte de la población.

### **La búsqueda activa de casos (BAC) se orientará según las necesidades locales en zonas priorizadas por la autoridad sanitaria regional.**

Las SEREMI adaptarán la estrategia de BAC en su territorio para mantener un acceso oportuno y expedito al testeo en su territorio. Las BAC deberán realizar test de antígeno con el fin de lograr un diagnóstico lo más oportuno posible. Los BAC se deberán disponer considerando que personas tanto sintomáticas como asintomáticas puedan acceder a ellos. La organización, localización (fija o móvil) y duración dependerá de la realidad de cada territorio.

La estrategia BAC incluye dispositivos:

- BAC en puntos de testeo cercanos a establecimientos de salud deberán adaptarse según lo dispuesto en el punto “**Disponibilidad de test de antígeno gratuito para usuarios en la atención primaria**” de esta sección.
- BAC en contexto de brotes priorizados por SEREMI de Salud a ser adaptados según lo dispuesto en la sección de “Trazabilidad” de este documento.
- BAC en puntos de entrada al país a adecuar según la sección “Fronteras” de este documento
- BAC en grupos poblacionales específicos autogestionado en empresas con recursos propios en base a orientaciones Ministeriales, a cargo de cada empresa en coordinación con el Organismo Administrador de la Ley correspondiente.

Para la elección del lugar físico de instalación del BAC, las SEREMI de Salud podrán utilizar distintas herramientas como mapas de calor, índices de movilidad, índices BAC, visores territoriales, informantes claves, lugares de confluencia de personas, localidades con acceso reducido al testeo, entre otros. En caso de requerir puntos BAC para hacer frente a un brote institucional, esta actividad prevalecerá frente a las actividades del resto de estos dispositivos.

Los recursos destinados a las actividades de testeo como personal de SEREMI, contratación de servicios y traslados se reducirá entre un 20 a un 35% de acuerdo a la realidad local.

## 2. Trazabilidad

El objetivo del componente de Trazabilidad es realizar la investigación epidemiológica de casos confirmados y sus contactos estrechos para que puedan realizar su aislamiento o cuarentena oportunamente y, así contener la cadena de transmisión de SARS-CoV-2. Para realizar la pesquisa de personas de alto riesgo de contagio es necesario enfatizar la identificación de entornos de mayor riesgo, enfocándola investigación epidemiológica en brotes. Este componente incluye aquellas acciones, servicios y funcionarios incluidos en las estrategias Fiscalización COVID y Trazabilidad Call Center.

Los equipos de Trazabilidad deberán cumplir con las siguientes funciones:

- Entregar lineamientos que permitan proveer las condiciones adecuadas para realizar aislamientos y cuarentenas, transitorias y efectivas a los usuarios.
- Fortalecer competencias y habilidades de los trazadores en el territorio, tanto en brotes, laboral, y fronteras, que permita una rápida articulación frente a amenazas o cambios de estados de situación e identificación de sus contactos.
- Asegurar el cumplimiento del proceso de validación de las notificaciones ingresadas en EPIVIGILA.
- Monitorizar la articulación con los equipos de trabajo que favorezcan la trazabilidad y la pesquisa oportuna de brotes.
  
- Pesquisar y abordar oportunamente las alertas de brotes que favorezcan la mitigación del daño.
- Focalizar en grupos de riesgo y entornos prioritarios la trazabilidad remota y en terreno.
- Establecer flujos de coordinación con otros equipos de SEREMI de Salud y referentes del extra-sector definidos en el marco de esta vigilancia.
- Disponer bases de datos de grupos prioritarios para mejorar la oportunidad de trazabilidad de brotes priorizados.
- Generar un instrumento que permita el monitoreo de las capacidades y necesidades de gestión operativas de los equipos de brotes.

Los cortos períodos de incubación de las nuevas variantes del SARS-CoV-2, de 2-3 días, hacen difícil realizar estudios de contacto de forma oportuna desde el nivel central o regional. Por tanto, la orientación sobre la identificación por parte del caso confirmado de posibles personas que pudiesen estar en riesgo de contagio debe realizarse en los establecimientos de salud. Cada profesional que diagnostique a un paciente con COVID-19 deberá preguntar por las personas que han compartido de manera estrecha con el caso, dentro de las 48 horas previo a los síntomas y hasta 5 días posteriores. Se deberá orientar al caso que existen dispositivos de testeo disponibles para aquellas personas con el fin de ofrecer un testeo oportuno. Los dispositivos incluyen: Testeo en establecimientos de Salud, puntos BAC, autotest con antígenos en tres pasos. La coordinación del testeo de los posibles contactos será responsabilidad del(la) delegada(o) de epidemiología del recinto asistencial.

En los casos de resultado positivo mediante autotest o diagnóstico por laboratorio sin atención por personal de salud, las personas diagnosticadas deberán avisar a quienes hayan estado en contacto con ellos desde 48 horas antes del inicio de los síntomas hasta el momento de la comunicación del diagnóstico.

En el escenario actual los equipos de la Autoridad Sanitaria regional y nacional priorizará el estudio y control de brotes de establecimientos de alto riesgo que incluyen:

- a. Centros de larga estadía (ELEAM)

- b. Centros de diálisis
- c. Establecimientos educacionales
- d. Casos o grupos de casos poco habituales

En cada caso, la Autoridad Sanitaria adoptará las medidas correspondientes según la evaluación de riesgo que ésta realice. La BAC en los Establecimientos de alto riesgo se priorizará en aquellos que cumplan con los criterios de brotes y de vulnerabilidad como una herramienta destinada a la pesquisa intencionada de casos. Estas BAC serán de responsabilidad de la SEREMI de Salud y/o del establecimiento de salud, según la coordinación previa establecida en cada región.

La adaptación de la trazabilidad a nivel de las SEREMI requiere que los equipos se distribuyan en uno o varios dispositivos acorde a la realidad local, asegurando los estándares de calidad, rendimientos definidos por la coordinación nacional TTA. Se requiere que los equipos optimicen la articulación con los otros equipos de la estrategia TTA, aseguren la continuidad de los servicios, adecuación de los espacios físicos y la

necesidad de capacitación en respuesta rápida e investigación de brotes. La readecuación de la estrategia significa un ajuste de los equipos contratados entre un 30 a 60% dependiendo de la realidad regional en concordancia con lineamientos entregados por la coordinación nacional TTA.

Los recursos destinados a las actividades de trazabilidad enmarcadas en las estrategias "Trazabilidad", "Trazabilidad Call Center" y "Fiscalización COVID" se reducirá entre un 20 a un 35% de acuerdo a la realidad local.

### 3. Aislamiento

El objetivo del componente de aislamiento es contribuir al cortar la cadena de transmisión mediante el aislamiento o cuarentena oportuna y segura de casos confirmados de COVID-19 y a sus contactos estrechos y la supervisión del cumplimiento efectivo de estas medidas. El aislamiento se puede lograr mediante dispositivos habilitados para ello mediante el programa de Residencias Sanitarias (RS) o mediante el programa de Control de Aislamiento Domiciliario (CAD).

Las funciones de los equipos de aislamiento corresponden a:

- Disponer del funcionamiento de dispositivos de aislamiento a nivel nacional para aquellas personas que lo requieran y cumplan los criterios de ingreso a una RS. Generando articulación con el programa CAD local si no se dispone de RS a nivel regional.
- Coordinar las distintas vías de acceso territorial a los dispositivos de aislamiento de los usuarios con una condición epidemiológica de COVID-19 y su registro en plataformas ministeriales.
- Realizar el manejo básico y derivación oportuna de usuarios hospedados en RS frente a una necesidad de atención, articulando con la red asistencial y Hospital Digital, asegurando el adecuado registro.
- Orientar en la priorización de ingreso de grupos que requieren cumplir confinamientos seguros y oportunos de la población según el escenario epidemiológico vigente.
- Resguardar el cumplimiento del aislamiento o cuarentena transitoria y efectiva domiciliaria, en personas con alguna condición epidemiológica por COVID-19, a través de la ejecución de visitas abreviadas en territorio.



- Articulación constante entre programa de RS y CAD frente a cambios en las situaciones de aislamiento de los usuarios.

Se mantendrá operativa la estrategia de Residencias Sanitarias para quienes lo requieran, así como el seguimiento de personas en aislamiento domiciliario y hospitalización domiciliaria para quienes lo necesiten, según los lineamientos que establezca la coordinación nacional de TTA. De la misma manera, en los territorios donde sea posible, se podrá contar con Residencias Sanitarias Mixtas que corresponden a establecimientos que cuenta con una sección destinada a albergar usuarios en aislamiento o cuarentena y

otra sección para albergar usuarios que no presenten ningún tipo de patología, sección turística del hotel. Para aperturar una residencia sanitaria mixta, es necesario que el hotel posea ciertas características mínimas, determinadas por los lineamientos de la coordinación nacional de TTA.

Sin perjuicio de los lineamientos específicos, a partir del 1 de octubre se establecerán adaptaciones generales en torno a los días de aislamiento, a los recursos humanos en residencias sanitarias y a los equipos de CAD.

### **Adaptación de los días de Aislamiento**

Para efectos del reposo asociado al aislamiento de los casos de COVID-19, se reducirá de 7 a 5 días desde el inicio de síntomas, o desde la toma del test en caso de ser asintomático.

### **Adaptación del Recurso Humano en Residencias Sanitarias**

De forma transversal, las residencias sanitarias deben contar con un mínimo de profesionales para su funcionamiento, con el objetivo de brindar un seguimiento básico a los usuarios/as hospedados/as.

Complementario al RRHH de los dispositivos de aislamiento podrán gestionar el apoyo de personal multidisciplinario (médico, kinesiólogo, nutricionista, matrona, psicólogo y asistente social) con la red de salud (Servicios de Salud/APS), en caso de ser requerido. La plataforma del Hospital Digital ([www.hospitaldigital.gob.cl](http://www.hospitaldigital.gob.cl)) será otra articulación complementaria para las RS a nivel nacional, estando disponible para gestionar consulta médica u otras atenciones clínicas de forma remota, con horario de atención de lunes a domingo, de 9:00 AM a 18:00 PM. La dotación del recurso humano disponible en las residencias sanitarias dependerá de la capacidad máxima efectiva de camas que puedan ser ocupadas en dichos dispositivos de aislamiento. Para estandarizar dicho cálculo, se ha considerado la fórmula utilizada para definir la meta de aislamiento real ajustada por región, es decir, el 70 % de las camas totales (camas efectivas). Tomando aquello en consideración, se observarán 4 posibles escenarios detallados en la Tabla 3.

**Tabla 3: RRHH para la implementación de las RS**

Dotación personal RS	Profesional de enfermería <sup>[1]</sup>		TENS		Administrador RS de la Seremi
	4to turno / 4to turno modificado	Diurno Lunes a Viernes 45 horas	4to turno / 4to turno modificado	Diurno Lunes a Viernes 45 horas	
<b>Jornada Presencial</b>	4to turno / 4to turno modificado	Diurno Lunes a Viernes 45 horas	4to turno / 4to turno modificado	Diurno Lunes a Viernes 45 horas	Art. 22
<b>Hasta 50 camas efectivas</b>	4 (1 por turno)	-	4 (1 por turno)	-	-
<b>Entre 51 y 100 camas efectivas</b>	4 (1 por turno)	1	4 (1 por turno)	1	-
<b>Mayor a 100 camas efectivas</b>	4 (1 por turno)	2	4 (1 por turno)	1	1

Fuente: Elaboración propia, MINSAL, 2022.<sup>[1]</sup> En aquellas regiones en que la oferta sea muy escasa se evaluará, en conjunto con el nivel central, la posibilidad de reemplazar este funcionario por otro profesional del área de la salud. Para un traslado seguro, se debe disponer de móviles con conductor y TENS. Dicho/a funcionario se encargará de verificar la condición de salud estable de los/as usuarios/as previo al traslado a una RS.

### **Programa de Control de Aislamiento Domiciliario (PCAD)**

El programa de fiscalización en terreno nace para verificar el correcto cumplimiento del aislamiento normativo de aquella población que realice su periodo de aislamiento o cuarentena en su domicilio particular. El Programa CAD y el programa de Residencias Sanitarias deben ser complementarios según la realidad de cada territorio. De esta manera en algunas regiones se priorizará el uso de una u otro programa en concordancia con la experiencia, las condiciones locales y la disponibilidad de establecimientos para cumplir con el aislamiento de las personas que lo requieran.

Las visitas extendidas serán reemplazadas por visitas abreviadas y se adaptará la cobertura de visitas a un 50% de los casos de manera aleatoria. La readecuación de la estrategia significa un ajuste aproximado con una reducción de un 40 a 60% en los equipos en operación a septiembre 2022 y un 60 a 70% en los servicios de transporte, esto de acuerdo a la realidad regional y los lineamientos entregados por la coordinación nacional TTA.

## VIII. CUADRILLAS SANITARIAS

Este componente incluye aquellas acciones, servicios y funcionarios incluidos en la estrategia Facilitador Sanitario (Cuadrillas Sanitarias). Las funciones de las cuadrillas sanitarias se enfocarán en el acompañamiento a las cuadrillas sanitarias escolares y a las actividades de promoción y prevención de la salud en eventos específicos que cada autoridad sanitaria regional determine. De esta manera se espera que las actividades, los servicios contratados, traslados y recursos humanos asociados, se reducen en un 30 a 50% de los que se encuentran en la actualidad según las necesidades locales.

## IX. FRONTERAS

Este componente incluye aquellas acciones, servicios y funcionarios incluidos en las estrategias Aduanas Sanitarias, Barrera Aeropuerto, Barrera Pasos Fronterizos y Cordones Sanitarios.

Con el objetivo de dar continuidad al marco de acción para las fronteras chilenas, que permite responder ante distintas contingencias epidemiológicas nacionales e internacionales, así como detectar y contener el ingreso de una nueva variante de preocupación de SARS-CoV-2, se seguirá ejecutando las medidas de control actuales, del nivel de Alerta 1, que se define como la existencia de “transmisión comunitaria de variantes conocidas y controladas dentro del país, se cuenta con más información de sus características e impacto sanitario, y no existe alerta de nueva variante de preocupación”. Las medidas específicas de la Alerta Nivel 1 de fronteras se detallan en la Tabla 2.

**Tabla 4: Medidas en fronteras en la Alerta Nivel 1**

Medida	Alerta Nivel 1
<b>Restricción de viajes</b>	Sin restricción de viajes.
<b>Manejo de viajeros</b>	<i>Vuelo sin casos:</i> Sin restricción. <i>Caso confirmado:</i> Aislamiento acorde a la normativa sanitaria general. <i>Caso contacto dentro de vuelo:</i> Acorde a la normativa sanitaria general.
<b>Exigencia de certificado de vacunación COVID-19</b>	Certificado de vacunación o PCR negativo máximo 48 horas previo al viaje (para viajeros no residentes).
<b>Solicitud de test diagnóstico antes de ingresar</b>	Obligatorio para viajeros no residentes sin certificado de vacunación. Recomendado para viajeros residentes y no residentes con certificado.
<b>Solicitud de test diagnóstico al ingreso</b>	Se realizará de manera aleatoria al 5% de los viajeros residentes.
<b>Vigilancia genómica</b>	Todas las PCR positivas de viajeros en los últimos 14 días o contacto estrecho de viajeros.

La revisión documental para la exigencia de certificado de vacunación COVID-19 o PCR negativo máximo 48 horas previo al viaje, en no residentes, será responsabilidad de las líneas aéreas en los puntos de entrada aéreos y de las SEREMI de Salud en los puntos terrestres.

El testeo al ingreso se realizará de manera aleatoria al 5% de los viajeros residentes. Esta medida dejará de estar implementada en todos los puntos de entrada para focalizarse en aquellos puntos que cuenten con un promedio de 1000 ingresos de residentes diarios o más por semana. La estimación deberá ser calculada en base a los registros del último mes

y a la experiencia de cada punto de entrada. Con este requerimiento se establece que en los puntos de entrada se deberán testear a lo menos 50 personas al día en promedio semanal. Todas aquellas personas positivas en estos testeos aleatorios deberán cumplir aislamiento según la normativa y se les deberá tomar una nueva muestra para la vigilancia genómica de variantes de SARS-CoV-2 según la normativa.

Los recursos humanos, traslados de personal, elementos de protección personal, insumos de testeo, contratos de servicios, entre otras necesidades para implementar la revisión documental y el testeo, deberán adecuarse al flujo de no residentes y a la cantidad de tests estimados en los puntos de entradas que cumplan con el requerimiento de flujo mencionado.

## **X. VIGILANCIA**

En el escenario actual es necesario fortalecer la capacidad de detección temprana de patrones inusuales de la enfermedad o de nuevas variantes de SARS-CoV-2 u otros virus. Por ello, se mantendrá y reforzará la vigilancia a través de centros centinela desplegados a lo largo del territorio nacional incrementando la cobertura territorial en aquellas regiones que no cuenten con centro centinelas ambulatorios etiológicos o centros centinelas de IRA graves. Del mismo modo, la vigilancia genómica implementada durante la pandemia, se reforzará incrementando las capacidades para identificar los virus circulantes y sus variantes. Asimismo, se mantendrá la vigilancia de la ocupación de camas hospitalarias y camas críticas.

## **XI. MANEJO DE PACIENTES**

Se mantendrá el sistema de gestión de camas y camas críticas para garantizar la atención en pacientes COVID-19. Se mantendrá y fortalecerá la prevención y control de infecciones al interior de los establecimientos, así como la hospitalización domiciliaria.

Se incorporará al arsenal farmacológico para el manejo de COVID-19 medicamentos para reducir el riesgo de mortalidad, dirigido al manejo precoz del COVID-19 en población con mayor riesgo de enfermedad grave. Se elaborará una Guía de Práctica Clínica que regule el uso de estas nuevas terapias. La evidencia científica respecto a nuevas terapias estará

en constante revisión, ante la posibilidad de incorporar nuevos tratamientos farmacológicos. Además, se incorporará la rehabilitación respiratoria y musculoesquelética en pacientes post-COVID en el Plan de Garantías Explícitas en Salud (GES).

## **XII. MEDIDAS QUE SE RECOMIENDA DESCONTINUAR**

La evidencia acumulada desde el inicio de la pandemia de COVID-19 en relación con la eficacia de distintas medidas de prevención y control, permite desaconsejar las siguientes medidas:

1. A la luz del comportamiento actual de la pandemia COVID-19 y las características clínicas del cuadro, así como la inversión de recursos públicos y privados que ha requerido la medida, no se recomienda la medición de temperatura para el ingreso a recintos.
2. La Organización Mundial de la Salud no recomienda la fumigación ni el rociamiento a gran escala en lugares abiertos con objetivo de eliminar el virus

SARS-CoV-2 u otros agentes patógenos, al considerarla una práctica ineficaz y eventualmente nociva para la salud de la población. La aplicación de desinfectantes en espacios abiertos puede producir efectos adversos en los transeúntes, tales como reacción irritativa ocular, respiratoria o dermatológica. En dicha línea, no se recomienda el uso de pediluvios ni túneles sanitarios como estrategia para la prevención del contagio por SARS-CoV-2.

3. No se recomienda la aplicación de desinfectantes directamente a una persona, dado que no interviene las principales vías de transmisión del virus y puede producir los efectos nocivos descritos, así como disminuir la disponibilidad de productos desinfectantes para otros usos de relevancia (tratamiento de agua potable, desinfección de establecimientos de salud, entre otros).

REPUBLICA DE CHILE MINISTERIO DE SALUD DIVISION JURIDICA CONTRAB / MMR / YVB / FPD
MINISTERIO DE HACIENDA OFICINA DE PARTES RECIBIDO

**PRORROGA VIGENCIA Y MODIFICA EL DECRETO N° 4, DE 2020, DEL MINISTERIO DE SALUD, QUE DECRETA ALERTA SANITARIA POR EL PERÍODO QUE SE SEÑALA Y OTORGA FACULTADES EXTRAORDINARIAS QUE INDICA POR EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA DE IMPORTANCIA INTERNACIONAL (ESPII) POR BROTE DEL NUEVO CORONAVIRUS (2019-NCOV)**

N° 75

SANTIAGO, 22 SEP 2022

<b>CONTRALORIA GENERAL</b> <b>TOMA DE RAZON</b> <b>RECEPCION</b>					
Depart. Juridico					
Dep. T.R. y Regist.					
Depart. Contabil.					
Sub Dep. C. Central					
Sub Dep. E. Cuentas					
Sub Dep. C.P. y B.N.					
Depart. Auditoria					
Depart. VOPU y T					
Sub. Dep. Munip.					
<b>REFRENDACION</b>					
Ref. por \$.....					
Imputación.....					
Anot. por Imputación.....					
Deduc. Dcto.....					
<table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>					

**VISTO:** Estos antecedentes; lo dispuesto en los artículos 19 N° 9, 32 N° 6 y 35 de la Constitución Política de la República; en el decreto con fuerza de ley N° 725, de 1967, del entonces Ministerio de Salud Pública, Código Sanitario; en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; en el Reglamento Sanitario Internacional, promulgado a través del decreto supremo N° 230 de 2008, del Ministerio de Relaciones Exteriores; en el decreto supremo N° 136, de 2004 del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud; en el decreto N° 4, de 2020, del Ministerio de Salud, que decreta Alerta Sanitaria por el periodo que se señala y otorga facultades extraordinarias que indica por Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) por brote del nuevo coronavirus (2019-NCOV) y sus modificaciones; en los decretos N° 6, N° 10, N° 18, N° 19, N° 21, N° 23, N° 24, N° 28, todos de 2020, N° 1, N° 12, N° 24, N° 38, N° 39 y N° 52, todos de 2021, y N° 7 y N° 31, ambos de 2022, todos del Ministerio de Salud; en el artículo 10 de la ley N° 10.336, ley de organización y atribuciones de la Contraloría General de la República; en la resolución N° 7, de 2019, de la Contraloría General de la República, que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón.

**CONSIDERANDO:**

1. Que, al Ministerio de Salud le compete ejercer la función que le corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación


**TOMADO DE RAZÓN**  
 Fecha: 26/09/2022  
 JORGE ANDRES BERMUDEZ SOTO  
 Contralor General de la República

de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones.

2. Que, a esta Secretaría de Estado le corresponde ejercer la rectoría del sector salud y velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.

3. Que, asimismo, esta Cartera debe efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población. En el ejercicio de esta función, le compete mantener un adecuado sistema de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, investigar los brotes de enfermedades y coordinar la aplicación de medidas de control.

4. Que, a esta Cartera le corresponde velar por eliminar o controlar todos los factores, elementos o agentes del medio ambiente que afecten la salud, la seguridad y el bienestar de la población.

5. Que, como es de público conocimiento, a partir de la segunda quincena de diciembre de 2019 y hasta la fecha se ha producido un brote mundial del virus denominado coronavirus-2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2) que produce la enfermedad del coronavirus 2019 o COVID-19.

6. Que, con fecha 30 de enero de 2020, el Director General de la Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS, declaró que el brote de COVID-19 constituye una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), de conformidad a lo dispuesto en el artículo 12 del Reglamento Sanitario Internacional, aprobado en nuestro país por el decreto supremo N° 230, de 2008, del Ministerio de Relaciones Exteriores.

7. Que, el 11 de marzo de 2020, la OMS concluyó que el COVID-19 puede considerarse como una pandemia.

8. Que, el 5 de febrero de 2020, este Ministerio dictó el decreto N° 4, de 2020, del Ministerio de Salud, que decreta Alerta Sanitaria por el período que se señala y otorga facultades extraordinarias que indica por Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) por brote del nuevo coronavirus (2019-NCOV). Dicho decreto fue modificado por los decretos N° 6, N° 10, N° 18, N° 19, N° 21, N° 23, N° 24, N° 28, todos de 2020, y N° 1, N° 12, N° 24, N° 38, N° 39 y N° 52, todos de 2021, y N° 7 y N° 31, todos de 2022, del Ministerio de Salud.

9. Que, según la OMS, hay a nivel mundial hasta la fecha, más de 606 millones de personas que han sido confirmadas con la enfermedad, produciéndose más de 6 millones de fallecidos.

10. Que, en Chile han sido diagnosticadas más de 4 millones y medio de personas con COVID-19, existiendo más de 60 mil personas fallecidas contagiadas por la enfermedad.

11. Que, habiendo transcurrido más de 2 años y 7 meses desde la dictación del decreto N° 4, de 2020, de este Ministerio, y ante una efectiva campaña de vacunación, el escenario epidemiológico evidentemente no es el mismo y se ha iniciado una nueva fase de convivencia con la pandemia. No obstante, la enfermedad que lo motiva aun no está totalmente controlada a nivel mundial, y aun persisten desafíos para controlar la propagación y efectos causados por el SARS-CoV-2 en Chile, debido a que no existe un tratamiento antiviral efectivo, ampliamente disponible, capaz de contrarrestar la respuesta inflamatoria del virus, por lo que la prevención sigue siendo el mecanismo más idóneo de contrarrestarlo.



12. Que, la pandemia continúa amenazando la salud de la población de todo el territorio nacional. De modo que entre los desafíos que debe enfrentar actualmente la autoridad sanitaria, se encuentran los de contar con atribuciones suficientes para continuar con la atención requerida por el COVID-19 y sus efectos o secuelas. A su vez, se requiere poder agilizar eficientemente la atención de listas de espera, prestaciones que han debido desplazarse parcialmente durante los periodos más críticos de la contingencia sanitaria, poniendo en riesgo la salud de los habitantes.
13. Que, en esta etapa de la pandemia, el tránsito hacia medidas sanitarias menos restrictivas, va acompañado de capacidades materiales y humanas reforzadas para el desarrollo y seguimiento de estrategias para la prevención, diagnóstico y tratamiento del COVID-19, a lo que se agregan las estrategias de rehabilitación de las personas que continúan con secuelas derivadas del COVID-19, aún cuando ya no se encuentran contagiadas con la enfermedad.
14. Que, la pandemia por COVID-19 ha obrado como un estresor añadido en sistemas sanitarios de todo el mundo, y gran parte de ellos al límite de su capacidad, agravando el problema de las listas de espera previas, hasta el punto de generar un nuevo problema: la acumulación de pacientes que no fueron atendidos durante la pandemia y que se añadieron a los que ya previamente estaban pendientes, de modo que la acumulación sobrecargó listas de espera hasta niveles no conocidos previamente.
15. Que, en Chile la pandemia produjo el mismo fenómeno en la atención de salud, por ejemplo, durante el año 2020 se retrasó un número importante de garantías GES producto de la disminución de las atenciones ambulatorias, hospitalarias y cirugías, lo que se tradujo en el aumento de un 624% en el número de garantías retrasadas entre el año 2019 y 2020.
16. Que, la autoridad sanitaria debe compatibilizar los distintos tipos de atenciones y prestaciones médicas requeridas, lo que continuará implicando una mayor carga laboral para los equipos de salud, justificando, por ende, el seguir contando con personal de apoyo calificado en la red de salud para dar respuesta a una necesidad de la población que sigue siendo anormal e imprevista.
17. Que, lo anterior permite evidenciar que se requiere seguir tomando acciones de gestión sanitaria dentro de los próximos meses, adicionales al quehacer usual del sector salud, con la finalidad de continuar previniendo y controlando la propagación del COVID-19 y mitigando sus efectos en la atención de salud. En consecuencia, se ha tenido por razonable el prorrogar nuevamente la vigencia del decreto N° 4, de 2020, del Ministerio de Salud, con el objeto de permitir el ejercicio de las facultades que por dicho acto se entregan para el control de la pandemia, y a su vez, el modificarlo conforme al contexto epidemiológico que presenta el país y a las facultades que se precisan hoy en día.
18. Que, por lo señalado anteriormente y en uso de las facultades que me confiere la ley:

#### DECRETO:

**ARTÍCULO ÚNICO.- MODIFÍCASE** el decreto N° 4, de 2020, del Ministerio de Salud, que decreta Alerta Sanitaria por el período que se señala y otorga facultades extraordinarias que indica por Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) por brote del nuevo coronavirus (2019-NCOV), como se indica a continuación:



**TOMADO DE RAZÓN**  
Fecha: 26/09/2022  
JORGE ANDRES BERMUDEZ SOTO  
Contralor General de la República





1. En el artículo 2°:
  - a. Agréguese en el numeral 1, el siguiente nuevo inciso: "Lo dispuesto en el inciso precedente, se organizará acorde al personal requerido conforme a las instrucciones, protocolos y estrategias definidas por el nivel central, tanto para la prevención y trazabilidad del COVID-19, como para gestionar los efectos de la pandemia en la atención de salud".
  - b. Intercálase en el numeral 2, entre la palabra "urgencia" y la coma (,) que le sigue, la frase "por montos hasta 5.000 UTM".
  - c. Suprímase el numeral 5.
  - d. Suprímase el numeral 11.
2. En el artículo 2°bis:
  - a. Agréguese en el numeral 1, el siguiente nuevo inciso: "Lo dispuesto en el inciso precedente, se organizará acorde al personal requerido conforme a las instrucciones, protocolos y estrategias definidas por el nivel central, tanto para la prevención y trazabilidad del COVID-19, como para gestionar los efectos de la pandemia en la atención de salud".
  - b. Incorpórese en el numeral 2, después del punto final, que pasa a ser seguido, la siguiente frase: "Para celebrar contratos cuyo monto sea igual o superior a 5000 UTM, se requerirá previamente la visación de la División de Finanzas y Administración Interna de la Subsecretaría de Salud Pública".
  - c. Incorpórese en el numeral 10, después del punto final, que pasa a ser coma, la siguiente frase "o que han sido postergadas por causa de la pandemia".
  - d. Suprímase el numeral 5.
  - e. Suprímase el numeral 9.
3. En el artículo 3°:
  - a. Agréguese en el numeral 2, el siguiente nuevo inciso: "Lo dispuesto en el inciso precedente, se organizará acorde al personal requerido conforme a las instrucciones, protocolos y estrategias definidas por el nivel central, tanto para la prevención y trazabilidad del COVID-19, como para gestionar los efectos de la pandemia en la atención de salud".
  - b. Incorpórese en el numeral 3, después del punto final, la siguiente frase: "Para celebrar contratos cuyo monto sea superior a 1000 UTM, se requerirá previamente la visación de la División de Finanzas y Administración Interna de la Subsecretaría de Salud Pública".
  - c. Incorpórese en el numeral 6, después del punto final, la siguiente frase: "El arrendamiento de vehículos deberá sujetarse al monto máximo de 100 UTM".
  - d. Intercálase en el numeral 15, entre las palabras "país" y "de", la expresión "u ordenar el aislamiento".
  - e. Suprímase el numeral 16.
  - f. Suprímase el numeral 25.
  - g. Suprímase el numeral 26.
  - h. Suprímase el numeral 27.
  - i. Suprímase el numeral 28.
  - j. Sustitúyase el numeral 29 por el siguiente: "29. Poner a disposición de la población residencias sanitarias para efectuar el aislamiento de personas bajo sospecha de estar infectadas o infectadas, cuya condición clínica lo permita".
  - k. Suprímase el numeral 30.

4. En el artículo 4°:
- Agréguese en el numeral 1, el siguiente nuevo inciso: "Lo dispuesto en el inciso precedente, se organizará acorde al personal requerido conforme a las instrucciones, protocolos y estrategias definidas por el nivel central, tanto para la prevención y trazabilidad del COVID-19, como para gestionar los efectos de la pandemia en la atención de salud".
  - Agréguese en el numeral 2, el siguiente nuevo inciso: "Los Servicios de Salud deberán informar mensualmente a la Subsecretaría de Redes Asistenciales el total de las compras realizadas que sean equivalentes a montos iguales o superiores a 5000 UTM".
  - Suprímase el numeral 10.
5. En el artículo 6°:
- Agréguese en el numeral 2, el siguiente nuevo inciso: "Lo anterior incluye la compra de servicios para la atención de COVID-19 y sus efectos o secuelas, y para las atenciones de salud que han sido postergadas por causa de la pandemia".
6. A continuación del artículo 8°, incorpórese un nuevo artículo 8° bis, del siguiente tenor:  
 "Artículo 8° bis.- En lo referido a la adquisición directa de bienes, servicios o equipamiento que sean necesarios para el manejo de la urgencia, deberá procurarse la preeminencia del interés general por sobre el individual en el desempeño de la función pública. En particular, todos los funcionarios que presten servicios para la Administración en cualquier modalidad, deberán dar estricto cumplimiento a lo contenido en la ley N° 20.880 sobre probidad en la función pública y prevención de los conflictos de intereses, en el Manual de Adquisiciones del Ministerio de Salud, con especial énfasis a lo dispuesto Título 7 literal B, de este último instrumento y en el Dictamen N° 2453, de 2018, de la Contraloría General de la República, que imparte instrucciones sobre el cumplimiento del principio de probidad en la contratación pública de suministro de bienes muebles y prestación de servicios.  
 El jefe superior del servicio respectivo, deberá impartir instrucciones dentro del plazo de 10 días hábiles contados desde la publicación del presente decreto, con el objeto de velar por el debido y correcto cumplimiento de lo dispuesto en el inciso anterior".
7. En el artículo 10°:
- Reemplázase la frase "30 de septiembre", por "31 de diciembre".

**ANÓTESE, TÓMESE RAZÓN Y PUBLÍQUESE**

"POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA"



**DRA. XIMENA AGUILERA SANHUEZA**

**MINISTRA DE SALUD**



**TOMADO DE RAZÓN**

Fecha: 26/09/2022

**JORGE ANDRES BERMUDEZ SOTO**

Contralor General de la República