

DECRETO N°

206

TEMUCO,

09 MAY 2025

VISTOS:

- 1.- Lo dispuesto en el D.F.L. N°1-3063 de 1980, del Ministerio del Interior.
- 2.- Los D.S. N°164 de 1981, N°39 y N°711 de 1987, del Ministerio de Salud.
- 3.- La Ley N°19.378 de 1995, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
- 4.- El Decreto Alcaldicio N° 5369 de fecha 16 de diciembre de 2024, que aprueba el "Programa Presupuestario de Salud y su desagregación de Ingresos y Gastos para el año 2025.
- 5.- Res. Exenta N° 4908 de fecha 16 de febrero de 2024, que Modifica Prórroga Continuidad Convenio para la ejecución del "Programa de Resolutividad en Atención Primaria de Salud", suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2024.
- 6.- Res. Exenta N° 31631 de fecha 27 de diciembre de 2024, que Aprueba Prórroga para dar Continuidad a Convenio para la ejecución del "Programa de Resolutividad en Atención Primaria de Salud", suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2025.
- 7.- Res. Exenta N° 7305 de fecha 26 de febrero de 2025, que Modifica Prórroga Continuidad Convenio para la ejecución "Programa de Resolutividad en Atención Primaria de Salud", suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2025.
- 8.- El Decreto Alcaldicio N° 1404 de fecha 04 de abril de 2025, que delega firmas del alcalde.
- 9.- Las facultades contenidas en la Ley N°18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

- 1.- Apruébese, Modificación Prórroga Continuidad Convenio para la ejecución "Programa de Resolutividad en Atención Primaria de Salud", suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco para el año 2025.
- 2.- El presente Convenio no generará mayor gasto en su ejecución para el municipio.
- 3.- Los componentes de la referida Resolución se entienden formando parte integrante e inherente al presente Decreto.

ANÓTESE COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



JUAN ARANEDA NAVARRO
SECRETARIO MUNICIPAL



RICARDO TORO HERNÁNDEZ
ADMINISTRADOR MUNICIPAL

JMH/DJI/MSR/ESS/NBP/bpf

DISTRIBUCION:

- Of. de Partes Municipal
- Departamento de Salud.



MUNICIPALIDAD DE TEMUCO	
OFICINA DE PARTES	
 Gobierno de Chile	1561
FECHA ENTRADA	27 FEB. 2025
F. DOC. N°	Salud
RESPONDER ANTES DE	

REF.: Modifica Prórroga Continuidad Convenio para la ejecución "Programa de Resolutividad en Atención Primaria de Salud" suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2025.

RESOLUCION EXENTA N° 7305/

TEMUCO, 26 FEB 2025

POP/MSGB/VMC/VCS

VISTOS; estos antecedentes:

1. Ley de Presupuesto N° 21.722 que establece el presupuesto del sector público para el año 2025.
2. El Decreto Supremo N° 21 de diciembre de 2024 del Ministerio de Salud, que determina el aporte estatal a las Municipalidades.
3. Resolución Exenta N° 1030 de fecha 30 de diciembre de 2024 del Ministerio de Salud que aprueba Programa de Resolutividad en Atención Primaria de Salud.
4. Resolución Exenta N° 167 de fecha 18 de febrero de 2025 del Ministerio de Salud que distribuye recursos al Programa de Resolutividad en Atención Primaria de Salud para el presente año 2025.
5. Resolución Exenta N° 10902 de fecha 06 de junio de 2023 de la Dirección del Servicio de Salud Araucanía Sur, que aprueba convenio Programa Resolutividad en Atención Primaria, con Municipalidad de Temuco y sus modificatorias.
6. Resol. Exenta. N° 31631 de fecha 27 de diciembre de 2024 de la Dirección del Servicio de Salud Araucanía Sur, que prorroga la continuidad para el año 2025 de la ejecución del Convenio Programa de Resolutividad en Atención Primaria, suscrito con Municipalidad de Temuco.
7. Ordinario N° 119 de fecha 15 de enero de 2025 emitido por la Municipalidad de Temuco, y que certifica los saldos de los convenios PRAPS año 2024.
8. Correo electrónico de fecha 15 de enero de 2025 del Departamento Jurídico, en el cual valida propuesta de Resolución Prórroga para dar Continuidad a la ejecución de los diferentes convenios asociados a los Programas de Atención Primaria.

CONSIDERANDO:

1. La Ley de Presupuesto del Sector público para el año 2025.
2. El Decreto Supremo N° 21 de diciembre de 2024 del Ministerio de Salud, que determina el aporte estatal a las Municipalidades.

3. Que, por resolución del visto N° 3 se aprueba el Programa Resolutividad en Atención Primaria de Salud para el año 2025, estableciéndose las orientaciones técnico-sanitarias.
4. Que por resolución del visto N° 4 se distribuyen los recursos para el año 2025 del Programa Resolutividad en Atención Primaria de Salud.
5. Que por resolución del visto N°5 anterior, se aprobó convenio suscrito con Municipalidad de Temuco para la ejecución del Programa Resolutividad en Atención Primaria durante el año 2023.
6. Que por resolución del visto N° 6 anterior, se prorroga la continuidad para el año 2025 del Convenio para la ejecución del Programa de Resolutividad en Atención Primaria, suscrito con Municipalidad de Temuco.
7. Que el resuelvo décimo de la resolución individualizada en el visto N° 6 anterior, señala **"DEJASE EXPRESAMENTE ESTABLECIDO**, que el Servicio de Salud Araucanía Sur deberá dictar acto administrativo modificatorio que actualice los componentes, indicadores, metas y los recursos disponibles para el nuevo periodo, bajo la condición de la dictación de las resoluciones Técnicas y Financieras del referido Programa por el Ministerio de Salud, tanto de los Programas Sanitarios, como la asignación de recursos".
8. Que la Municipalidad a través de Ordinario N° 119 de fecha 15 de enero de 2025 ha dado cumplimiento a la rendición del saldo no ejecutado al 31 de diciembre de 2024 de acuerdo a lo dispuesto en Resolución Exenta individualizada en el visto N°5, que aprueba convenio Programa Resolutividad en Atención Primaria de Salud, con Municipalidad de Temuco y sus modificatorias.

TENIENDO PRESENTE lo dispuesto en:

1. DFL N° 1/05 que fija texto refundido D.L. 2763/79 que crea los Servicios de Salud;
2. D.S. 140/05 del M. de Salud que reglamenta los Servicios de Salud;
3. Ley N° 19.378, Estatuto de Atención Primaria.
4. Ley N° 19.862. que establece Registros de las Personas Jurídicas Receptoras de Fondos Públicos.
5. Dictamen N° 068601N14 de fecha 05 de septiembre de 2014, de la Contraloría General de la Republica.
6. Decreto N° 13/2023 del Ministerio de Salud, que nombra a D. Vladimir Yáñez Méndez como Director del Servicio de Salud Araucanía Sur.
7. Decreto N° 42/2024 del Ministerio de Salud, que establece la Subrogancia del Director del Servicio de Salud Araucanía Sur
8. Resolución N° 98/2020, que delega facultades a la Subdirección Médica.
9. Resol N°6, 7 y 14 de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente.

RESOLUCION

1. **MODIFIQUESE**, Resol. exenta N° 10902 de fecha 06 de junio de 2023, que aprueba convenio Programa Resolutividad en Atención Primaria, con Municipalidad de Temuco y sus Prórrogas y modificatorias, conforme se indica en resuelvos siguientes.

2. **DEJASE ESTABLECIDO**, que se han recepcionado desde el Nivel Central, el Programa Sanitario y la Resolución de Recursos, señalados en vistos N° 3 y N° 4 respectivamente.

3. **ASIGNESE**, al Municipio para el año 2025, la suma anual y única de **\$752.793.942** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias, señaladas en el Programa Sanitario, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria.

Se deja establecido que el monto señalado corresponde a la suma asignada mediante la Prórroga del convenio, aprobada por Resolución Exenta N° 31631 de fecha 27 de diciembre de 2024 y el incremento de ella establecida por la resolución de distribución de los recursos año 2025.

4. **ESTABLÉZCASE**, para el año 2025, la implementación de los siguientes **componentes** del Programa de Resolutividad en Atención Primaria:

Propósito:

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

Objetivo general:

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

Objetivos específicos:

N° 1: Otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad, favoreciendo el acceso en forma oportuna a especialidades de gran demanda en la APS y que presentan listas y tiempos de espera significativos, y que por otra parte pueden ser resueltas en este nivel, obteniendo impacto sanitario y satisfacción usuaria.

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

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

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

Componentes a implementar:

PRODUCTOS ESPERADOS:

COMPONENTE 1: RESOLUCIÓN DE ESPECIALIDADES AMBULATORIAS.

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

Estrategias

1.1 Médico Gestor de la Demanda

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

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

Las principales actividades del profesional gestor de la demanda son:

- Manejar y difundir en la red local protocolos y flujogramas de derivación para que las SIC generadas se adhieran a estos protocolos.

- Tomar conocimiento y validar la pertinencia de las SIC originadas en el establecimiento, derivando al nivel de especialidad solo las que tengan pertenencia y gestionando aquellas susceptibles de resolver en atención primaria.
- Colaborar en la reformulación de SIC mal emitidas de su establecimiento y orientar en su correcta emisión antes de ser derivadas al nivel secundario.
- Recoger y gestionar contra referencias (Informes Proceso Diagnóstico) para su seguimiento.
- Trabajar en conjunto con el triagista de la estrategia de telesalud.
- Recoger necesidades de capacitación del equipo de salud para potenciar las capacidades de los equipos de cabecera.

Este rol requiere de un perfil de liderazgo dentro del establecimiento, que tenga validación técnica por parte del equipo de salud y desarrollo de habilidades blandas. Para esta labor es primordial garantizar horas para el desarrollo de esta coordinación en el establecimiento; pudiendo ser realizada por uno o varios profesionales de la salud. Por tanto, los establecimientos de APS deben considerar todas las horas indirectas necesarias para potenciar el rol de este profesional o grupos profesionales. El número de horas destinadas a sus funciones dependerá, en mayor o menor medida, de las necesidades de salud del territorio y del nivel de demanda que tenga el centro de salud. En centros con alta población a cargo, será necesario destinar una mayor cantidad de horas para que este profesional desarrolle adecuadamente sus funciones.

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

Población	N° de horas semanales destinadas
0 a 10.000 habitantes	2 horas
10.000 a 20.000 horas	4 horas
Ma de 20.000 habitantes	8 horas

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

1.2 Especialidad de Oftalmología

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

- Vicios de Refracción No GES
- calificación de urgencia oftalmológica
- ojo rojo, glaucoma
- sospecha de cataratas
- procedimientos quirúrgicos menores
- y evaluación o tamizaje de retinopatía diabética a través de fondo de ojo o retinografía en personas con diabetes mellitus 2

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

- La **canasta integral**, programada en comunas o centros que no cuentan con la especialidad de oftalmología dentro de su cartera de prestaciones, incluye:

consulta médica, consulta de tecnólogo médico y evaluación integral (examen de agudeza visual, tonometría ocular, optometría, etc.), entrega de medicamentos y la entrega de 1,2 pares de lentes (como referencia) de cualquier dioptría. La cartera de servicios para la canasta integral está orientada básicamente para la resolución de vicio de refracción en personas de 15 a 64 años, y otras patologías agudas según requerimiento local que lo amerite y se encuentren identificadas en SIGTE.

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

1.3 Otorrinolaringología

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

- hipoacusias no incluidas en GES.
- síndrome vertiginoso en población de 15 y más años.
- Obstrucción del conducto auditivo externo por cerumen (solo a pacientes que no han tenido respuesta a tratamiento inicial o presente contraindicaciones a irrigación de conducto auditivo).
- Otitis media con efusión.

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

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

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

La Unidad de Atención Primaria Otorrinolaringológica (UAPORRINO), que cuenta con un equipo profesional especialista junto con el equipamiento necesario para dar resolución integral a problemas de salud de la especialidad. Cuenta con orientaciones técnicas específicas que definen sus objetivos, cartera de servicio, infraestructura, recurso humano y flujo de atención.

Nota 1: Tanto en la **UAPO** como en **UAPORRINO** las actividades deberán ser programadas de acuerdo a la orientación técnica vigente en donde se describe su funcionamiento. Estas estrategias están orientadas a la resolución de casos **No GES**, no obstante, se podrá incorporar usuarios con patologías **GES**, una vez cumplidas las actividades programadas según las orientaciones técnicas vigentes.

Nota 2: La **atención de patologías GES** deberá ser **respaldada mediante** la generación de un **convenio de compra de servicio u otro** (por ejemplo, de colaboración), entre la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de Salud y el Servicio de Salud, que **asegure el**

financiamiento o la colaboración en el funcionamiento, así como los registros requeridos y el cumplimiento de garantías de salud para la patología a atender, acorde a la normativa.

1.4 Especialidad de Gastroenterología

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

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

1.5 Especialidad de Dermatología

Las prestaciones de esta especialidad están orientadas a la evaluación y tratamiento de pacientes de toda edad con patología dermatológica, a través de la estrategia de **Teledermatología**. Para ello, los establecimientos de atención primaria u hospitales de familia y comunidad contarán con una programación de atenciones y una **canasta de fármacos** establecida por la División de Atención Primaria del MINSAL, para el tratamiento de las personas, de acuerdo con la indicación entregada por el especialista.

La estrategia de Teledermatología deberá funcionar de acuerdo a las orientaciones técnicas vigentes que complementan el presente programa de salud.

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

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

Recetario magistral sugerido:

DIAGNÓSTICO	FORMULACIÓN PROPUESTA
Verruga y molusco	Acido salicílico 18% + ácido láctico 17% en colodión flexible, csp 10 ml
Acné inflamatorio	Adapaleno 0.1% + peróxido de benzoilo 2.5% + alfa bisabolol 1% en gel base, csp 30 grs.
Acné inflamatorio/hidrosandentitis	Clindamicina 1% en crema base no comedogénica, csp 20 grs.
Alopecia Areata	Clobetasol 0.05% en loción capilar base, csp 50ml.
Psoriasis	Clobetasol 0.05% + ácido salicílico 3% + urea 5% + clotrimazol 1% en crema base, csp 150 grs.
Psoriasis / Dermatitis aguda, crónica y seborreica	Clobetasol 0.05% + ácido salicílico 3% en loción capilar base, csp 60 ml.

Psoriasis	Clobetasol 8% en laca ungueal base, csp 15 ml.
Xerosis o dermatitis	Crema base, csp 200 grs.
Rosácea	Ivermectina 1% + alfa bisabolol 1% en crema base no comedogénica, csp 30 grs.
Hidrosadenitis	Gluconato de zinc 90 mg, en cápsula, csp 60 cápsula.
Alopecia Androgénica	Minoxidil 3 mg, en cápsula, csp 30 cápsulas.
Alopecia Areata / Alopecia Androgénica	Minoxidil 5% en loción capilar, csp 60 ml.
Pediculosis	Permetrina 1% en loción capilar, csp 120 ml.
Acné inflamatorio	Peróxido benzoilo 3% en gel base, csp 30 grs.
Hidrosadenitis	Resorcina 15% en gel base, csp 30 grs.
Vítigo / Alopecia Areata	Tracolumus 0.03% + alfa bisabolol 1% en crema base, csp 30 grs,
Vítigo / Dermatitis agudas, crónicas y seborreicas / Alopecia Areata	Tracolumus 0.1% + alfa bisabolol 1% en crema base, csp 30 grs.
Hemangiomas de la infancia	Timolol 1% en gel base, csp 30 grs.
Onicomiosis / Distrofia ungueal	Urea 30% + bifonazol 1% en ungüento base, csp 30 grs.
Psoriasis	Urea al 10% en cream base, csp 200 grs.
Xerosis o dermatitis	Urea al 5% en crema base, csp 200grs.

Canasta de Fármacos de Dermatología

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

	Crema líquida humectante	200ml	Crema
	Hidroxicina	20 mg	Comprimido
	Hidroxicina	10 mg/5 mL	Jarabe
	Levocetirizina	5 mg	Comprimido
	Levocetirizina	5mg/ml	Gotas
	Levocetirizina	2,5mg/5ml	Jarabe
	Tacrolimus 0,1%	0,1%	Ungüento
	Tacrolimus 0,03%	0,03%	Ungüento
VERRUGAS Y MOLUSCOS	Ácido salicílico 16,7% + Ácido Láctico 15%	16,7% y 15%	Solución
PEDICULOSIS	Permetrina 1%	1%	Loción capilar
ESCABIOSIS	Permetrina 5%	5%	Loción corporal
CBC, CEC, MELANOMA, QUERATOSIS ACTINICAS, DAÑO SOLAR CRONICO, ALTO RIESGO DE EXPOSICIÓN SOLAR, DERMATITIS FOTOAGRAVADAS, ENTRE OTRAS	Filtro solar 50+	50+	Gel
	Filtro solar 50+	50+	Crema
DERMATITIS, PSORIASIS, XEROSIS, PRURIGOS Y LIQUENES	Crema hidratante	urea 5%	Crema
	Crema hidratante	urea 10%	Crema
	Crema hidratante líquida	variable	Loción

COMPONENTE 2: PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD.

Incorpora procedimientos mínimamente invasivos de baja complejidad en la atención primaria. Considera la implementación de salas de procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y capacitación de los médicos de APS, por parte de los médicos especialistas de la Red de salud local, con protocolos y guías clínicas consensuadas, conocidas y compartidas, logrando un trabajo conjunto y colaborativo con una distribución del trabajo según complejidad, garantizando un acceso oportuno de los pacientes con patologías malignas o graves. Asimismo, la estrategia considera todos los insumos necesarios para realizar la actividad.

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

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

*	1602201	biopsias de piel y/o mucosas por curetaje o sección tangencial c/s electro por 1 lesión
	1602203	Extirpaciones de, reparación o biopsia parcial, de lesiones benignas cutáneas por excisión resto de cuerpo hasta 3 lesiones.
*	1602205	Extirpación de, reparación o biopsia total o parcial, de lesiones benignas cutáneas por excisión resto de cuerpo desde 4 hasta 6 lesiones
	1602206	Extirpación de lesiones benignas por sec. tangencial, curetaje y/o fulguración hasta 15 lesiones
*	1602222	Herida cortante o contusa no complicada, reparación y sutura (una o múltiple hasta 5 cms. De largo que comprometa solo la piel)

*	1602223	Cabeza, cuello, genitales: extirpación de lesión benigna subepidérmica, incluye tumor sólido, quiste epidérmico y lipoma por lesión
	1602224	Resto del cuerpo (que no sea cabeza, cuello, genitales) menores a 5 cm de diámetro: extirpación de lesión benigna subepidérmica, incluye tumor sólido, quiste epidérmico y lipoma por lesión
	1602225	Vaciamiento y curetaje quirúrgico de lesiones quísticas o abscesos
	1602231	Onicectomía total o parcial simple
	1602232	Cirugía reparadora ungueal por proceso inflamatorio

(*) De acuerdo con capacidad resolutive de cada sala de cx menor o capacidad técnica de profesional médico (previa autorización de referente programa MINSAL)

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

Las especificaciones técnicas y administrativas para estos procedimientos estarán debidamente especificadas en la Orientación técnica del programa.

COMPONENTE 3: ATENCIÓN DE MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO.

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

Considera la compra o entrega de la prestación de canasta integral ginecológica, por médico especialista ginecólogo a mujeres entre 45 y 64 años que estén en etapa de climaterio, de acuerdo a los criterios de derivación a especialidad vigentes en Programas de Salud y/o protocolos de referencia y contra referencia locales de los respectivos Servicios de Salud.

La **canasta integral ginecológica** contempla: consulta médica, examen de laboratorio de hormona folículo estimulante (FSH), exámenes de apoyo diagnóstico (ecotomografía transvaginal o transrectal) y prescripción de medicamentos a entregar por la APS por otra vía de financiamiento (Programa de adquisición y gestión de medicamentos, dispositivos médicos e insumos GES y no GES).

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

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

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

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

Estrategias

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

Recientemente, se ha incrementado la disponibilidad de estudios no invasivos que ayudan a estimar el riesgo individual de CG y permiten ajustar las intervenciones a grupos de riesgo específicos. Dentro de estos exámenes existe, por ejemplo, el test de antígeno de *Helicobacter pylori* en deposiciones, que evalúa la presencia o ausencia de la bacteria, para el cual se ha reportado una sensibilidad de 94% y una especificidad de 97%. Un método diagnóstico no invasivo alternativo es un panel de diagnóstico que mide biomarcadores específicos en la sangre (Pepsinógeno I y II, Gastrina-17 e IgG de *H. pylori*), lo que permite calcular el perfil de riesgo individual para lesiones premalignas y CG. Esto lo convierte en un instrumento útil para priorizar a aquellos individuos que requieren una endoscopia en menor tiempo, con el potencial de mejorar la pesquisa precoz de esta patología.

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

4.2 Prevención Secundaria de Cáncer Colorrectal y Priorización de Endoscopia Digestiva Baja (Colonoscopia)

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

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

- Pruebas de panel gástrico que incluya Pepsinógeno I y II, Gastrina-17 e IgG de *Helicobacter pylori*.
- Pruebas de antígeno en deposiciones para detectar *Helicobacter pylori*.
- Pruebas de examen de sangre oculta en deposiciones inmunológico cuantitativo.

- Horas de tecnólogo/a médico/a para el procesamiento de los exámenes de laboratorio y apoyo en funciones de gestión clínica para la ejecución de las actividades de este componente. En caso de disponer de recurso de tecnólogo/a médico/a, y a través de solicitud fundada, se podrá contratar recurso humano profesional, técnico o administrativo, según sea el caso, para el correcto funcionamiento de la estrategia.

MONITOREO Y EVALUACIÓN.

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

- **La primera evaluación**, se efectuará con corte al **31 de agosto** de cada año. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de septiembre del año en curso, si es que su cumplimiento es inferior al 60%.

Porcentaje de cumplimiento global del programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 30%
≥ 60%	0%
Entre 50 y 59,99%	25%
Entre 40 y 49,99%	50%
Entre 30 y 39,99%	75%
Menos de 30%	100%

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

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

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

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

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

El monitoreo y evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del programa con el propósito de mejorar su eficiencia y efectividad.

**REASIGNACION
INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN.**

Se evaluará mediante el cumplimiento individual de cada componente del Programa mediante los siguientes indicadores y metas:

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Peso	Fuente	Fuente N°2
1. Resolución Especialidades Ambulatorias	1.1 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas oftalmología	Numerador: N° consultas oftalmología realizadas por el Programa de Salud.	19%	REM A29	Disminución de LE abierto destino APS
		Denominador: N° de consultas de oftalmología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
	1.2 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas de otorrinolaringología	Numerador: N° consultas otorrinolaringología realizadas por el Programa de Salud.	10%	REM A29	Disminución de LE abierto destino APS
		Denominador: N° de consultas de otorrinolaringología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
	1.3 Cumplimiento de la actividad proyectada en procedimientos gastroenterología.	Numerador: N° procedimientos gastroenterología realizadas por el Programa de Salud.	10%	REM A29	
		Denominador: N° de consultas y procedimientos gastroenterología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación acordada entre SS y MINSAL	
1.4 Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología	Numerador: N° informes de consultas realizadas e informadas de Teleoftalmología.	10%	REM A29		
	Denominador: N° de informes y consultas de Teleoftalmología programadas.		Programación acordada entre SS y MINSAL		
1.5 Cumplimiento de la actividad de tele dermatología.	Numerador: N° informes de consultas realizadas e informadas de tele dermatología.	10%	REM A29	Disminución de LE abierto destino APS	
	Denominador: N° de informes y consultas de tele dermatología programadas.		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1	
1.6 cumplimiento actividad de reforzamiento estrategias gestión de demanda	Numerador: N° actividades realizadas en la red temática Gestión Demanda, en el primer semestre	Denominador: N° actividades programadas en la red temática Gestión Demanda, en el primer semestre.	1%	Informe local al primer corte	

2. Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad	2.1 Cumplimiento de la actividad programada.	Numerador: N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados.	20%	REM A29	Disminución de LE abierto destino APS
		Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados.		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
3. Climaterio	3.1 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas y procedimientos ginecología.	Numerador: N° casos de climaterio resueltos por consulta ginecológica realizadas por el Programa de Salud.	10%	REM A29	Disminución de LE abierto destino APS
		Denominador: N° de casos de climaterio a resolver por consulta ginecológica programados en el Programa de Salud.		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
4. Prevención Secundaria de Cáncer Gástrico y Colorrectal	4.1 Cumplimiento de la actividad programada prevención de Cáncer Gástrico	Numerador: N° de pruebas de panel gástrico y pruebas de antígenos en deposiciones realizadas.	5%	Plataforma Registro	
		Denominador: N° pruebas de panel gástrico y pruebas de antígenos en deposiciones programadas.		Programación acordada entre SS y MINSAL	
	4.2 Cumplimiento de la actividad programada prevención de Cáncer Colorrectal	Numerador: N° de pruebas de sangre oculta en deposiciones realizadas.	5%	Plataforma Registro	
		Denominador: N° de pruebas de sangre oculta en deposiciones programadas.		Programación acordada entre SS y MINSAL	

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

5. **DEJESE ESTABLECIDO**, que el Municipio utilizará los recursos entregados para financiar las actividades y metas descritas en la siguiente tabla:

COMPONENTE 1	SUB COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES o METAS o DISPOSITIVOS	MONTO (\$)	
Especialidades ambulatorias	Médico Gestor	Nº Médico de 5 Hrs.	8	\$12.725.792	
	Oftalmología	Nº consultas integrales	0	\$0	
	Otorrinolaringología	Nº consultas integrales	0	\$0	
	Gastroenterología	Nº Procedimientos integrales	1000	\$166.624.000	
	Tele-dermatología	Nº de canastas integrales	122	\$4.637.464	
	UAPO	Operación 12 meses UAPO		2	\$ 123.315.455
		22 horas adicionales Tecnólogo Médico Oftalmología		2	\$57.434.246
		Actividad Oftalmólogo para 1 UAPO	Nº consulta vicio	3000	-
Nº consultas glaucoma nuevo	150				

		Nº glaucoma en control	900			
		Nº otras consultas	1000			
		Actividad Tecnólogo médico para 1 UAPO	Nº consultas de vicio		3500	
			Atenciones y procedimientos		4000	
			Nº fondo de ojo		6000	
		Nº lentes UAPO			8500	\$148.112.500
		Nº fármacos glaucoma anual			1000	\$10.930.000
		Nº lubricantes Oculares anual			5000	\$8.405.000
subtotal UAPO			2	\$348.197.201		
UAPORRINO	Operación UAPORRINO 12 meses		1	\$77.556.865		
	Actividad Otorrinolaringólogo	Nº nueva consulta de hipoacusia	600	\$0		
		Nº Otras consultas	400			
	Fonoaudiólogo/Tecnólogo médico	Atenciones y procedimientos	2500			
	Nº audífonos		400	\$87.942.800		
	Nº Canasta fármacos		320	\$8.960.320		
subtotal UAPORRINO			0	\$174.459.985		
Total Estrategia				\$706.644.442		

COMPONENTE 2	SUB COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O METAS	MONTO (\$)
Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad	Cirugía menor ambulatoria	Nº Procedimientos	1150	\$34.764.500
		Total Estrategia		

COMPONENTE 3	SUB COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O METAS	MONTO (\$)
Atención de mujeres en etapa de climaterio	Climaterio	Nº de consultas integrales de Ginecología	220	11.385.000
		Total Estrategia		

TOTAL PROGRAMA				\$752.793.942
-----------------------	--	--	--	----------------------

El Municipio se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

6. **TRANSFERASE**, por el Departamento de Finanzas, sólo una vez que se cuente con la disponibilidad presupuestaria, lo que deberá ser verificado previamente por el referido Departamento.

Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud en **dos cuotas**, la primera una vez tramitada la resolución aprobatoria, la que equivale al 70% del valor total de la cuota y la segunda que equivale al 30% del total del convenio, durante el mes de octubre del presente año, sujeto a la evaluación del cumplimiento de metas y en los términos que se señala en el programa

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, glosa 02 asociada al subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes" Ley N° 19.378, glosa 02, y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de enero a diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

Se deja constancia que la glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público antes citada, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 57° de la Ley N° 19.378, la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal conforme la normativa establecida en esa misma ley o bien a honorarios, acorde con lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de salud Municipal.

7. ESTABLÉZCASE, que las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República. La rendición de cuentas, deberá ser realizada en soporte electrónico, a través del o los sistemas establecidos por el Servicio de Salud Araucanía Sur, en particular el sistema de rendición de Contraloría General de la República "SISREC", disponible en la página web www.rendicioncuentas.cl.

Así también será obligatorio efectuar dicha rendición de cuentas, en los términos y condiciones establecidas por el Servicio de Salud Araucanía Sur, entre otros, en la circular N°48 del 14 de junio de 2011, circular N° 0004 del 20 de enero de 2024, guía "Rendición de cuentas, sistema de rendición electrónica de cuentas, SISREC 2024" informado a través de Ord. 407 del 09 de febrero de 2024, dar cumplimiento al "Formato Certificado Pago Retención de Impuestos" informado mediante correo electrónico del 02 de julio de 2024, o en la que el Servicio implemente durante el presente año.

Se debe también dar cumplimiento a Ord. N° 239 de fecha 30 de enero de 2024 que establece la forma de rendición del RRHH Contratado.

El Servicio de Salud, podrá una vez cumplida la fecha máxima de rendición del convenio, y en el caso que exista atraso en la rendición del gasto por parte de la municipalidad, establecer una fecha máxima para regularizar las rendiciones pendientes, con el fin de efectuar el cierre del programa en SISREC. Esto deberá ser informado a la municipalidad mediante oficio.

Considerando que las actividades a desarrollar por la Municipalidad y estipuladas en este Convenio son de continuidad a las ejecutadas en el año anterior, se aceptarán las rendiciones de cuentas de gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia y dentro de las fechas de vigencia del convenio, de acuerdo a lo estipulado en el artículo N° 13 de la Resolución N° 30 de la Contraloría General de la República que fija el procedimiento sobre rendiciones financieras.

8. DEJASE EXPRESAMENTE ESTABLECIDO, que la entrega de los recursos solo procederá previa constatación de la inscripción de las entidades receptoras en el Registro de las Personas Jurídicas Receptoras de Fondos Públicos de acuerdo a lo establecido en el artículo 6° de la Ley 19862.

9. DETERMINESE, que los fondos transferidos a la municipalidad solo podrán ser destinados a los objetivos del programa, establecidos en el presente instrumento, financiando exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente las metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, Comuna y Establecimientos). 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 del Programa y de acuerdo a la normativa vigente.

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

Finalizado el periodo de vigencia del presente convenio, el servicio solicitará el reintegro de los recursos del valor correspondiente a la parte no ejecutada de las actividades descritas, objeto de este instrumento.

10. ESTABLÉZCASE, que el Servicio podrá requerir a la Municipalidad los datos e informes relativos a la ejecución de este programa, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el servicio podrá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

El Servicio ejecutará el monitoreo y evaluación del grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria; con datos extraídos por Unidad de Estadística del SSAS desde la página www.ssasur.cl.

De acuerdo a lo anterior la Municipalidad deberá velar que todas las actividades y prestaciones que se realizan en el marco del Programa, se registren en forma mensual de acuerdo a lo indicado en los medios de verificación de la ejecución de las actividades asociadas al programa en los sistemas informáticos actuales o futuros habilitados por el Servicio de Salud.

Sin perjuicio de lo anterior, el Servicio de Salud, podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría y la supervisión técnica permanente de los Departamentos de Atención Primaria y/o Integración de la Red.

11. ESTABLEZCASE, que la Municipalidad dio cumplimiento a presentar el saldo final de los recursos disponibles no ejecutado de cada Convenio en ordinario individualizado en el visto N° 7.

12. DEJASE EXPRESAMENTE ESTABLECIDO, que en todo lo no modificado en esta resolución, se mantiene vigente lo estipulado en el convenio original, singularizado en Vistos N° 5 y N° 6, y el Programa Sanitario vigente, prevaleciendo este último para todos los efectos.

13. **ESTABLÉZCASE**, que la presente resolución tendrá vigencia desde el **1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025**. Sin perjuicio de lo anterior y siempre que el programa cuente disponibilidad presupuestaria para el año siguiente, existiendo la facultad de prorrogar automáticamente la vigencia hasta el 31 de diciembre del año siguiente. Dicha prórroga se formalizará mediante resolución exenta del Servicio de Salud, fijando las metas comprometidas y los recursos asociados a dicha prórroga. Será requisito para cursar la resolución referida, lo establecido en el convenio original.

14. **DISPONGASE**, que conforme a los dictámenes N° 16.037 y N° 11.189, bis de 2018 de Contraloría General de la República, por razones de buen servicio, las prestaciones contempladas en este convenio, comenzaron a ser otorgadas en la forma pactada el 01 de enero de 2025, no obstante, la transferencia estará condicionados a la total tramitación de la Resolución que lo aprueba.

15. **IMPÚTESE** el gasto que irroque el presente convenio al Ítem 24-03-298 del Presupuesto del Servicio de Salud, según la naturaleza del mismo.

16. **NOTIFIQUESE**, la presente Resolución a la Municipalidad, remitiéndole copia íntegra de la misma.

ANOTESE Y COMUNIQUESE



**(PDF) DR. PABLO VALDES BALTERA
SUB DIRECTOR MEDICO (S)
SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR**

DISTRIBUCION:

Municipalidad de Temuco
División de Atención Primaria MINSAL (digital)
Dpto. Finanzas. (digital)
Dpto. APS (digital)
Dpto. Jurídico. (digital)
Of. Partes.