

DECRETO N°

040

TEMUCO,

28 ENE 2026

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° 5170 de fecha 15 de diciembre de 2025, que aprueba el "Programa Presupuestario de Salud y su desagregación de Ingresos y Gastos para el año 2026.
- 5.- Res. Exenta N° 31631 de fecha 27 de febrero de 2024, que Aprueba Prórroga Convenio para la ejecución del "Programa de Resolutividad en Atención Primaria", suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2025.
- 6.- Res. Exenta N° 7305 de fecha 26 de febrero de 2025, que aprueba Convenio para la ejecución "Programa de Resolutividad en Atención Primaria", suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2025.
- 7.- Res. Exenta N° 078 de fecha 29 de diciembre de 2025, que aprueba Prórroga para dar Continuidad Convenio para la ejecución del "Programa de Resolutividad en Atención Primaria", suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2026.
- 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, Prórroga para dar continuidad a Convenio para la ejecución del "Programa de Resolutividad en Atención Primaria", suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco para el año 2026.
- 2.- 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



"Por orden del Alcalde"
MURIEL MATURANA ARRIAGADA
ADMINISTRADOR MUNICIPAL (S)

JMH/EPO/ESS/bpf
DISTRIBUCION:

- Of. de Partes Municipal
- Departamento de Salud.





1. The first of these is the

2. The second is the

3. The third is the

4. The fourth is the

5. The fifth is the

6. The sixth is the

7. The seventh is the

8. The eighth is the

9. The ninth is the

10. The tenth is the

11. The eleventh is the

12. The twelfth is the

13. The thirteenth is the

14. The fourteenth is the

15. The fifteenth is the

16. The sixteenth is the

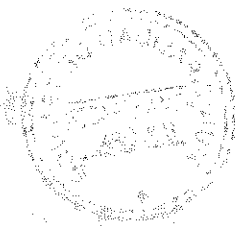
17. The seventeenth is the

18. The eighteenth is the

19. The nineteenth is the

20. The twentieth is the

21. The twenty-first is the




22. The twenty-second is the

23. The twenty-third is the

24. The twenty-fourth is the

25. The twenty-fifth is the

26. The twenty-sixth is the

 **Gobierno de Chile**
MUNICIPALIDAD DE TEMUCO
OFICINA DE PARTES
486
PROVIDENCIA:
FECHA ENTRADA: **16 ENE 2026**
F. DOC. N° **Salud**
POP/SGB/ICG/GMH/VCS

REF.: Aprueba Prórroga para dar Continuidad a Convenio para la ejecución del "Programa de Resolutividad en Atención Primaria" suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2026.

RESOLUCION AFECTA N°

078

TEMUCO, **29 DIC 2025**

VISTOS; estos antecedentes:

1. Ley de Presupuesto del sector público para el año 2026.
2. Ordinario N° 1486 de fecha 02 de septiembre de 2025, del Ministerio de Salud, que informa la vigencia y modificaciones de los Programas de Reforzamiento Atención Primaria de Salud para el año 2026, complementado por correo electrónico de fecha 12 de diciembre del presente año de Jefa de División de Atención Primaria DIVAP, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
3. Resolución Exenta N° 10902 de fecha 06 de junio de 2023 de la Dirección del Servicio Araucanía Sur, que aprueba Convenio Programa de Resolutividad en Atención Primaria, suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2023.
4. Resolución exenta N° 24668 de fecha 29 de diciembre de 2023 de la Dirección del Servicio de Salud Araucanía Sur, 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, modificada por las resoluciones exenta N° 879 de fecha 19 de enero de 2024 y N° 4904 de fecha 16 de febrero de 2024, ambas de la Dirección del Servicio de Salud Araucanía Sur.
5. Resolución 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 la Municipalidad de Temuco para el año 2025, modificada por resolución exenta N° 7305 de fecha 26 de febrero de 2025.
6. Resolución Exenta N° 1030 de fecha 30 de diciembre de 2024, del Ministerio de Salud, que Aprueba Programa de Resolutividad en Atención Primaria.
7. Ordinario N° 2428 de fecha 16 de diciembre de 2025, emitido por la Municipalidad de Temuco, y que certifica los saldos de los convenios asociados a Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud, con corte al 30 de noviembre de 2025.

CONSIDERANDO:

1. La Ley de Presupuesto del Sector público para el año 2026.
2. Que el Ministerio de Salud a través de ord. individualizado en el visto N° 2, ha informado la vigencia y modificaciones de los programas para el año 2026.
3. Que la cláusula vigésima primera del convenio aprobado por la resolución N° 10902 de fecha 06 de junio de 2023, individualizada en el vistos N°3, indica que la ejecución del programa tendrá vigencia desde el 1° de enero hasta el 31 de diciembre de 2023. Sin perjuicio de lo anterior y siempre que el programa cuente con 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 o afecta del Servicio de Salud (según el monto asignado a la Municipalidad), fijando las metas comprometidas y los recursos asociados a dicha prórroga. Será requisitos para cursar la resolución referida, la previa rendición del saldo no ejecutado.

4. Que el Convenio del Programa Resolutividad en Atención Primaria de Salud del visto N°3, se prorrogó de acuerdo a resoluciones del visto N° 4, N° 5.
5. Que la Municipalidad a través de Ordinario N° 2428 de fecha 16 de diciembre de 2025 ha dado cumplimiento a la rendición del saldo no ejecutado de acuerdo a lo dispuesto en las resoluciones individualizadas en el vistos N° 3 al N° 5.

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. D.F.L. 1/19.414/97 del M. de Salud;
4. Decreto N° 45/2025 del Ministerio de Salud, que establece orden de subrogancia en el cargo de Director de Servicio de Salud Araucanía Sur.
5. Resolución N° 98/2020, que delega facultades a la Subdirección Médica.
6. Ley N° 19.378. establece Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal
7. Ley N° 19.862. que establece Registros de las Personas Jurídicas Receptoras de Fondos Públicos
8. Resol N°36 de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente.

RESOLUCION

1. **AUTORIZESE LA PRORROGA**, de la ejecución del Programa de Resolutividad en Atención Primaria, para el año 2026, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco, la cual comenzará a regir desde el 1ro de enero del año 2026 y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre de 2026, cuyos recursos asignados corresponden a la suma que se indica a continuación:

Nombre Programa	Monto \$
Programa Resolutividad en Atención Primaria	\$687.570.653

2. **DEJESE ESTABLECIDO**, que el valor asignado podrá variar según el inflactor que determine el Ministerio de Salud para el año 2026.

Los recursos mencionados corresponden un porcentaje del presupuesto 2025, los cuales serán modificados de acuerdo a la Resolución Exenta del Ministerio de Salud, que apruebe y distribuya recursos para el año 2026. Por tanto, se entiende que las cláusulas financieras para el año 2026, deberán ser modificadas de igual forma.

3. **ESTABLEZCASE**, para el año 2026, la implementación del Programa Resolutividad en Atención Primaria de Salud, siendo su propósito y objetivos los siguientes:

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.

Objetivo general: Mejorar la capacidad resolutive 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 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:

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.

Se deberá considerar el tiempo de espera de acuerdo a lo registrado en el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE), para en primera instancia atender los casos de mayor antigüedad. No obstante, se debe considerar el criterio de prioridad clínica cuando corresponda.

Estrategias:

El fomento del acceso oportuno a prestaciones de especialidad se logra mediante las siguientes estrategias:

a) Médico Gestor de la Demanda

Corresponde a horas mensuales de trabajo que deben ser preferentemente ejecutadas por un médico de familia u otro médico que tenga un conocimiento vasto del territorio a cargo y de la red asistencial.

Su objetivo es potenciar la integración de las Redes Asistenciales, en aspectos de referencia y contra referencia, de solicitud de interconsulta (SIC), exámenes diagnósticos y/o terapéuticos, y toda otra necesidad de atención entre niveles.

Sus tareas deben enfocarse principalmente en potenciar las consultorías y reuniones clínicas que aporten mejoría de capacidad diagnóstica en los equipos de salud, participación de los comités y equipos de referencia y contra referencia de su respectivo centro de salud y del Servicio de Salud al cual pertenezca.

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

b) Oftalmología

Está orientado al diagnóstico y tratamiento de los siguientes problemas de salud ocular: Vicios de Refracción No GES, calificación de urgencia oftalmológica, ojo rojo, glaucoma, sospecha de cataratas, procedimientos quirúrgicos menores y evaluación o tamizaje de fondo de ojo en personas o retinopatía 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.
- 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.

La **canasta integral** 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)**, cuenta con, cartera de prestaciones, infraestructura, recurso humano y flujo de atención específicos. La **UAPO** estará circunscrita a los Servicios de Salud en que se disponga, de acuerdo a las disponibilidades presupuestarias.

c) Otorrinolaringología

Está orientado al diagnóstico y tratamiento de la hipoacusia en personas hasta los 64 años, síndrome vertiginoso, epistaxis, otitis aguda y crónica (personas de 15 y más años).

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 oftalmología dentro de su cartera de prestaciones.
- 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.

La **canasta integral** 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.

La **Unidad de Atención Primaria Otorrinolaringológica (UAPORRINO)**, cuenta con orientaciones técnicas específicas que definen sus objetivos, cartera de servicio, infraestructura, recurso humano y flujo de atención.

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 y una vez cumplidas las actividades programas con previa autorización del referente programa Minsal.

La atención de patologías GES deberá ser respaldada mediante la generación de un convenio de compra de servicio u otro (por ejemplo, de colaboración), entre la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de Salud 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.

d) 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.

e) 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.

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

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 líquida 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,	Crema hidratante	urea 5%	Crema

XEROSIS, PRURIGOS Y LIQUENES	Crema hidratante	urea 10%	Crema
	Crema hidratante líquida	variable	Loción
A DEFINIR DENTRO DE LAS ANTERIORES	Recetario magistral	variable	Formulación por definir. Para el tratamiento de patologías del listado, cuando no es posible adquirir fármaco listado, la formulación tiene mejor resultado y/o es menos costoso.

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

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, estos pacientes 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:

1602203	Resto del cuerpo (no cabeza, cuello y genitales) hasta 3 lesiones: extirpación, reparación o biopsia, total o parcial, de lesiones benignas cutáneas por excisión	
Ejemplos:	Dermatofibromas, verrugas, granulomas piógenos o telangectásicos	Hasta 3 lesiones por sesión
1602206	Extirpación de lesiones benignas por sec. tangencial, curetaje y/o fulguración hasta 15 lesiones	
Ejemplos:	Queratosis seborreicas, fibromas blandos, angiomas rubí múltiples en cuero cabelludo, rostro y cuello	Hasta 15 lesiones por sesión
	Queratosis seborreicas, fibromas blandos, angiomas rubí múltiples en cuerpo	
1602224	Extirpación de lesión benigna subepidérmica, incluye Tumor sólido, quiste epidérmico y lipoma por lesión resto del cuerpo (que no se cabeza, cuello y genitales) menores a 5cm de diámetro	
Ejemplos:	lipomas, quistes epidérmicos, tumores sólidos, neurofibromas	1 lesión por sesión
1602225	Vaciamiento y curetaje quirúrgico de lesiones quísticas o abscesos	
1602231	Onicectomía total o parcial simple	
1602232	Cirugía reparadora ungueal por proceso inflamatorio	

Todas las lesiones extirpadas (exceptuando las onicectomías) serán enviadas a análisis histopatológico.

Las especificaciones técnicas y administrativas para estos procedimientos estarán debidamente especificadas en las Orientaciones Técnicas del Programa.

COMPONENTE 3: ATENCIÓN DE MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO.

Considera una "*canasta integral*" para la especialidad de ginecología, que 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.

Este componente considera la compra o entrega de la prestación de canasta integral ginecológica, por médico especialista ginecólogo a mujeres entre 40 y 64 años que estén en etapa de climaterio, de acuerdo 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%. Las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas de acuerdo con la evaluación del Programa de Salud efectuada.

Descuentos según cumplimiento del Programa de Resolutividad.

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.

INDICACIONES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN.

Los indicadores y su ponderación son los siguientes:

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	1%	Informe local al primer corte	
		Denominador: N° actividades programadas en la red temática Gestión Demanda, en el primer semestre.			
2. Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad	2.1 Cumplimiento de la actividad programada.	Numerador: N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados.	20%	REM A29	Disminución de LE 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.

Se deja establecido que para todos los efectos el Municipio debe dar cumplimiento a lo dispuesto en el programa vigente.

4. **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		700	\$116.636.800
	Tele-dermatología	Nº de canastas integrales		85	\$3.246.225
	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				\$655.266.003
	COMPONENTE 2	SUB COMPONENTE	ACTIVIDAD		Nº DE ACTIVIDADES O METAS
Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad	Cirugía menor ambulatoria	Nº Procedimientos		805	\$24.335.150
	Total Estrategia				\$24.335.150
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		154	\$7.969.500
	Total Estrategia				\$7.969.500

TOTAL PROGRAMA	\$687.570.653
----------------	---------------

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.

5. **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.

6. **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 Republica “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 de 6 meses para regularizar las rendiciones pendientes, con el fin de efectuar el cierre del programa en SISREC, 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 aceptaran 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.

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.

7. 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.

8. 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 contratación del RRHH, 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, sin perjuicio de la obligación que le compete a la Municipalidad de efectuar el reintegro correspondiente. El plazo definido para realizar el reintegro de los recursos no utilizados, será conforme a lo dispuesto en la Ley de Presupuesto del Sector Público, vigente para el año 2026.

La Municipalidad deberá efectuar la restitución de los recursos transferidos en caso de que éstos sean destinados a una finalidad distinta de aquella para la cual fueron asignados, o bien, no hayan sido utilizados o rendidos o hayan sido observados en el proceso de revisión de la rendición de cuentas.

9. 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. Una vez finalizado el periodo del convenio, los implementos y bienes adquiridos, se mantendrán en dependencias de los Establecimientos de Salud indicados correspondientes a la Municipalidad de Temuco.

El Servicio ejecutará el monitoreo y evaluación del grado de cumplimiento de 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.

10. **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.

11. **DISPONGASE QUE CONSIDERANDO** que es un programa de continuidad cuya ejecución no puede ser interrumpida, el Servicio de Salud se compromete a transferir los recursos conforme se dispone en convenio suscrito entre la partes y en especial respecto de la primera cuota una vez tramitada la presente resolución aprobatoria que autoriza la continuidad de la ejecución del Programa **Resolutividad en Atención Primaria** y en el mismo mes que son recepcionados desde el Ministerio de Salud y en forma previa a la dictación de la Resolución Exenta del Ministerio de Salud, que apruebe y distribuya recursos para el año 2026 y una vez que se cuente con la disponibilidad presupuestaria, lo que deberá ser verificado por el Departamento de Finanzas del Servicio de Salud Araucanía Sur, procediéndose con posterioridad una vez dictada, a la modificación conforme se indica en resuelvos anteriores.

12. **TENGASE PRESENTE**, 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.

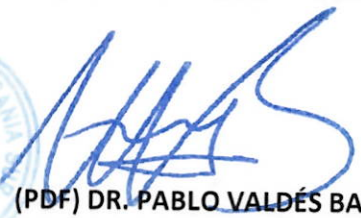
13. **DEJASE EXPRESAMENTE ESTABLECIDO** que en todo lo no modificado por la presente resolución, se mantiene vigente lo estipulado en la resolución de Vistos N° 3 y sus respectivas modificaciones.

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

15. **NOTIFIQUESE**, la presente Resolución a la Municipalidad, remitiéndole copia íntegra de la misma, una vez tomada razón.

ANOTESE, TOMESE RAZÓN Y COMUNIQUESE




(PDF) DR. PABLO VALDÉS BALTERA
SUBDIRECTOR MÉDICO (S)
SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR

26.12.2026N°1060
DISTRIBUCION
Contraloría Regional
Municipalidad de Temuco
División de Atención Primaria MINSAL
Dpto. Finanzas. (digital)
Dpto. APS (digital)
Dpto. Jurídico. (digital)
Of. Partes.

