

DECRETO N°

235

TEMUCO,

21 JUL 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° 7305 de fecha 26 de febrero de 2025, que aprueba Convenio para la ejecución del "Programa de Resolutividad en Atención Primaria", suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2025.
- 6.- Res. Exenta N° 078 de fecha 29 de diciembre de 2025, que aprueba Prórroga para dar continuidad Convenio para la ejecución "Programa de Resolutividad en Atención Primaria", suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2026.
- 7.- Res. Exenta N° 037 de fecha 22 de junio de 2026, que aprueba Convenio "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, 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.- 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



"Por orden del Alcalde"
RICARDO TORO HERNÁNDEZ
ADMINISTRADOR MUNICIPAL

JMH/DVV/JZR/NBP/bpf
DISTRIBUCION:

- Of. de Partes Municipal
- Departamento de Salud.





MUNICIPALIDAD DE TEMUCO
5390
PROVIDENCIA
FECHA ENTRADA: 09 JUL 2026
F. DOC. N°
RESPONDER ANTES DE

REF: Aprueba convenio con Municipalidad de Temuco, Programa de Resolutividad en Atención Primaria.-

RESOLUCIÓN N° 037

TEMUCO, 22 JUN 2026

PVB/CMC/POP/LEC/NLS/GMH/JCC

VISTOS: estos antecedentes:

- 1.-Convenio de Traspaso de Establecimientos de salud, de acuerdo con las normas del D.F.L. N° 1.3063/80, del Ministerio de Salud y sus modificaciones posteriores.-
- 2.- Resol. Exta. N°1042 de fecha 18.12.2025 que aprueba Programa **Resolutividad en Atención Primaria**.-
- 3.-Resol. Exta. N°148 de fecha 09.02.2026 del Ministerio de Salud, que Distribuye recursos para el programa.
- 4.- Resolución N°078 de 29.12.2025 que aprueba prórroga para dar continuidad a convenio para la ejecución del Programa **Resolutividad en Atención Primaria**.
- 5.-Oficio N°42 de fecha 13.01.2026 de Municipalidad de Temuco, donde se remite informe de saldos ejecutados al 31.12.2025.-
- 6.-Certificado de disponibilidad presupuestaria N° 378/2026 emitido por Finanzas
- 7.-Oficio N°089 de fecha 10.06.2026, de Dpto. de Salud Municipal de Temuco a Director de Servicio, adjuntando convenios firmados.
- 8.-Memorandum N°96 de 11.06.2026 de Jefe de APS a Dpto. Jurídico.
- 9.-Convenio de fecha 20 de mayo de 2026, suscrito entre la Municipalidad **de Temuco** y el Servicio de Salud Araucanía Sur.-
- 10.- Ord. N° 336 de fecha 03.06.2026 de Secretario Municipal (S) a Dpto. de Salud Municipal, comunicando acuerdo.

Considerando:

- 1.- Que, por Resol. Exta. N°1042 de fecha 18.12.2025 se aprueba Programa **Resolutividad en Atención Primaria**, cuyo objetivo general es mejorar la capacidad de resolución y coordinación de la APS, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica en atenciones de especialidad en la atención primaria.
- 2.- Resolución N°078 de 29.12.2025 que aprueba prórroga para dar continuidad a convenio para la ejecución del Programa **Resolutividad en Atención Primaria**
- 3.-Oficio N°42 de fecha 13.01.2026 de Municipalidad de Temuco, donde se remite informe de saldos ejecutados al 31.12.2025.-
- 4.- Resol. Exta. N°148 de fecha 09.02.2026 del Ministerio de Salud, que Distribuye recursos para el programa.
- 5.- Certificado de disponibilidad presupuestaria N° 378/2026 emitido por Finanzas
- 6.-Oficio N°089 de fecha 10.06.2026, de Dpto. de Salud Municipal de Temuco a Director de Servicio, adjuntando convenios firmados.
- 7.-Convenio de fecha 20 de mayo de 2026, suscrito entre la Municipalidad **de Temuco** y el Servicio de Salud Araucanía Sur, para ejecución del Programa **Resolutividad en Atención Primaria**
- 8.- Ord. N° 336 de fecha 03.06.2026 de Secretario Municipal (S) a Dpto. de Salud Municipal, comunicando acuerdo, comunicando acuerdo del Concejo Municipal de fecha 02.06.2026.-

Y TENIENDO PRESENTE : lo dispuesto en:

- 1.-DFL N° 1 que fija texto refundido del D. L. N° 2763/1979, que crea los Servicios de Salud.
- 2.-D.S. N° 140/2004, del Ministerio de Salud.
- 3.-Resol. Exta N° 98 de 2020 del Servicio de Salud que delega atribuciones.
- 4.-D. F. L N° 1/19.414/97 del M. de Salud.-
- 5.-Ley N° 18.575, sobre Bases Generales de la Administración del Estado.-
- 6.-Resolución N°36 y sus modificaciones de la Contraloría Gral. de la República; dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

1.-APRUEBASE, CONVENIO de fecha 20 de mayo de 2026, suscrito entre el Servicio Salud Araucanía Sur y **la Municipalidad de Temuco**, para ejecución del Programa **Resolutividad en Atención Primaria**, convenio que es del siguiente tenor:

En Temuco, a 20 de mayo de 2026, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Arturo Prat N° 969, Temuco, representada por su Subdirector Médico (S), **DR. PABLO VALDES BALTERA**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **MUNICIPALIDAD DE TEMUCO**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Arturo Prat N° 650, representada por su Alcalde **ROBERTO NEIRA ABURTO**, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N.º 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el artículo 4to del Decreto Supremo N° 30 de diciembre de 2025, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar **el programa de Resolutividad en Atención Primaria**.

El referido Programa aprobado por **Resolución Exenta N° 1042 del 18 de diciembre de 2025 que aprueba programa de Resolutividad en Atención Primaria**, que se entiende forman parte integrante del mismo, asignándosele recursos a través de **Resolución Exenta N° 148 de fecha 09 de febrero de 2026**, ambas del Ministerio de Salud.

TERCERA: Que a través de Resolución Afecta N° 78, de fecha 29 de diciembre de 2025, se autorizó la prórroga a contar del 1ro de enero del año 2026 de la ejecución del Programa de Resolutividad en Atención Primaria, Convenio suscrito con la Municipalidad de Temuco, estableciéndose en su resuelvo N° 10 que el Servicio de Salud Araucanía Sur deberá dictar acto administrativo modificadorio que actualice, 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.

CUARTA: Que la Municipalidad ha dado cumplimiento a la rendición con la rendición del saldo no ejecutado de los recursos asignados durante el año 2025 para la ejecución del Programa de Resolutividad en Atención Primaria, a través de oficio N° 42 de fecha 13 de enero de 2026.

QUINTA: Que, por este acto, las partes acuerdan dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución N° 78, individualizada en la cláusula Tercera, estableciéndose los componentes, indicadores, metas y los recursos disponibles para el nuevo periodo y considerando que el Ministerio de Salud estableció el Programa Sanitario vigente para el periodo, como los recursos asignados.

SEXTA: El propósito y objetivos del Programa se detallan a continuación:

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.

Se deberá considerar el tiempo de espera de acuerdo con lo registrado en el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE), para en primera instancia atender los casos de mayor antigüedad. Se debe considerar la nómina de personas en espera, dado los cupos de atención una vez resuelta la lista de espera por alguna causal (Norma Técnica vigente), se puede abordar la atención de casos del año en curso.

Descripción:

Programa de Resolutividad plantea tres componentes a desarrollar en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) u otros centros de salud debidamente habilitados. El primer componente es resolución de especialidades ambulatorias (presencial y remotas), el segundo componente corresponde a procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad (intervenciones quirúrgicas menores) el tercer componente corresponde a la estrategia de prevención de cánceres digestivos

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: Contribuir a la reducción de la carga de enfermedad y mortalidad por cánceres digestivos, mediante la implementación de una estrategia de prevención secundaria, sustentada en criterios clínicos y epidemiológicos de priorización.

COMPONENTES:

A) Modalidad presencial.

COMPONENTE 1: RESOLUCIÓN DE ESPECIALIDADES AMBULATORIAS MODALIDAD PRESENCIAL Y TELEMEDICINA.

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 Revisor Clínico de Interconsultas.

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 usuarios(as) 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 de Salud, implicando la armonización de acciones y el manejo de información relevante para las necesidades actuales de cuidado. Un rol clave es el de revisor clínico de interconsultas, quien mejora la atención integral y la integración de las redes asistenciales, optimizando el uso de recursos y asegurando la referencia y contrarreferencia eficaz. Este profesional debe tener oportunidades para fomentar consultorías, reuniones clínicas y participaren comités, mejorando así la capacidad diagnóstica y la calidad de atención en el sistema de salud.

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.

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 profesional o el equipo que realice estas acciones deberá liderar los procesos que aumentan la capacidad de resolución y coordinación de la APS.

Las principales actividades del revisor clínico de interconsultas 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 financiadas por el programa para estas funciones varían entre 5 a 11 horas semanales y su definición dependerá de las necesidades de salud del territorio y del nivel de demanda que tenga el centro de salud en directa relación con su población a cargo.

El detalle de sus roles, funciones y tareas se especificará en las Orientaciones técnico – administrativas vigentes 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.
- Diagnóstico de cataratas.
- procedimientos quirúrgicos menores.
- 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:

- **La Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)**, que cuenta con un equipo profesional especializado en oftalmología (oftalmólogo y tecnólogo médico con mención en oftalmología) y apoyo técnico en enfermería de nivel superior junto con el equipamiento necesario para dar resolución integral a problemas de salud oftalmológicos. Cuenta con, cartera de prestaciones definida y flujos de atención específico.

- **La canasta integral**, programada en comunas o centros que no cuentan con el equipo de 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.

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, población 15 años y más.

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

- **La Unidad de Atención Primaria Otorrinolaringológica (UAPORRINO)**, que cuenta con un equipo de salud especialista en otorrinolaringología 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.
- La **canasta integral**, programada en comunas o establecimientos que no cuentan con UAPORRINO. 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.

Nota 1: Tanto en la **UAPO** como en **UAPORRINO** las actividades deberán ser programadas de acuerdo a la orientación técnico Administrativa vigentes del programa en donde se describe su funcionamiento. Estas estrategias están orientadas a la resolución de casos **No GES**, no obstante, se podrá incorporar usuarios con patologías **GES**, una vez cumplidas las actividades programadas con previa autorización del referente del programa MINSAL.

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.

b) Modalidad telemedicina:

Definición telemedicina: corresponde a la provisión de servicios de salud a distancia mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación y permite realizar diagnósticos, tratamiento, promoción, prevención, rehabilitación y cuidados de fin de la vida. Es realizada por profesionales de la salud, permitiendo intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y oportunidad, asegurando la calidad y continuidad de la atención.

1.4 Tele oftalmología

El del Departamento de Salud Digital pone a disposición la estrategia de Teleoftalmología a través uso de herramientas de telemedicina con apoyo de Inteligencia Artificial (IA) para el análisis automático de imágenes digitales para la detección precoz de Retinopatía Diabética.

Aquellos casos identificados con retinografías sospechosas de RD son derivados posteriormente desde la plataforma digital a un oftalmólogo para la confirmación diagnóstica. La estrategia está dirigida a Usuarios/as beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA), que pertenezcan al Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) en APS, que no cuenten con diagnóstico ni tratamiento de Retinopatía Diabética previa y que requieran su evaluación periódica de retinografía en las Unidades Oftalmológicas de Atención Primaria (UAPO) u otro establecimiento de la red. Asimismo, la estrategia de Teleoftalmología contempla la evaluación de casos de pterigión mediante Teleinterconsulta asincrónica, lo que permite a los equipos de salud derivar a los usuarios para que un especialista determine si corresponde indicar tratamiento quirúrgico en el nivel secundario o manejo conservador dentro del nivel primario.

1.5 tele dermatología

El departamento de Salud Digital pone a disposición la estrategia de Tele Dermatología a través de su plataforma de telemedicina asincrónica para establecer diagnósticos y resolver patologías de la piel presentes en lista de espera. Las prestaciones de esta especialidad están orientadas a la evaluación y tratamiento de personas de toda edad con patología dermatológica. Para ello, los establecimientos de atención primaria u hospitales de familia y comunidad contarán con una programación de atenciones y una canasta de fármacos, para el tratamiento de las personas, de acuerdo con la indicación entregada por el médico(a) especialista. El funcionamiento de esta estrategia y su canasta farmacológica se encuentra descrita en las Orientaciones Técnico Administrativas vigentes, que complementan el presente programa de salud.

Nota1: En caso de que el establecimiento desarrolle estrategias de resolución en función de su capacidad técnica local, podrá solicitar fármacos de la cartera disponible en este programa, para ser prescritos por sus profesionales médicos, con autorización previa del Referente del Programa MINSAL.

2.1 COMPONENTE 2: PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD.

Incorpora procedimientos sobre tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles a través de técnica aséptica, de baja complejidad en la Atención Primaria. Considera la implementación de salas de procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y capacitación de los médicos(as) de APS, por parte de los médicos(as) especialistas de la Red de Salud local, con protocolos y guías clínicas consensuadas, conocidas y compartidas, logrando un trabajo y colaborativo con una distribución del trabajo según complejidad, garantizando un acceso oportuno de las personas que presenten

patologías benignas. Asimismo, la estrategia considera todos los insumos necesarios para realizar la actividad.

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

De resolución ambulatoria y electiva se consideran los siguientes tipos de intervenciones, las que 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 escisión resto de cuerpo hasta 3 lesiones.
*	1602205	Extirpación de, reparación o biopsia total o parcial, de lesiones benignas cutáneas por escisión 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)

(*) De acuerdo con capacidad resolutive de cada sala de CX Menor o capacidad técnica profesional médico. (previa autorización del Referente Programa MINSAL).

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

Las especificaciones técnicas y administrativas para estos procedimientos, estarán debidamente especificadas en las orientaciones técnicas del programa.

3.1 COMPONENTE 3: PREVENCIÓN DE CÁNCERES DIGESTIVOS

Se refiere a la prevención, en particular, de cáncer gástrico y colorrectal mediante la creación de una regla predictiva en ambos componentes que combine variables clínico-demográficas con biomarcadores biológicos, consiguiendo priorizar a la población de la lista de espera endoscópica por riesgo individual de presentar cáncer y condiciones premalignas digestivas, junto con financiar endoscopías digestivas altas (EDA) de calidad.

Además, referente a cáncer gástrico, se incorpora la prevención primaria mediante la detección oportuna de Helicobacter pylori por medio de métodos no invasivos (test de aire espirado o de antígeno de H. pylori en deposiciones).

El biomarcador biológico, en el caso de prevención secundaria de cáncer gástrico, corresponde al panel serológico gástrico (PSG) y, en cáncer colorrectal, al test inmunoquímico fecal cuantitativo (FIT).

La entrega de prestaciones de este componente se realiza mediante dos modalidades:

- La participación de los Servicios de Salud en la Estrategia de Prevención de Cánceres Digestivos: incluye para prevención de cáncer gástrico el uso de panel serológico gástrico que mide necesariamente Pepsinógeno I y II, Gastrina-17 e IgG de *Helicobacter pylori*, pruebas diagnósticas no invasivas para detectar *Helicobacter pylori*, como el test de antígeno de *H. pylori* en deposiciones o la prueba de aire espirado (definido de Acuerdo a la factibilidad y eficiencia económica) y las horas de tecnólogo/a médico/a para el procesamiento de los exámenes de laboratorio. En prevención (secundaria) de cáncer colorrectal, se incluye el test inmunoquímico fecal cuantitativo, además de horas de tecnólogo(a) médico(a).

En caso de disponer a nivel local de recurso tecnólogo(a) médico(a), y a través de solicitud se podrá contratar recurso humano profesional, técnico o administrativo, según sea el caso, alternativo para el correcto funcionamiento de la estrategia.

- la canasta integral que incluye: endoscopia digestiva alta con test de ureasa y biopsia gástrica, realizada con Protocolo de Sydney. Se focalizará en personas priorizadas de acuerdo con la regla predictiva. En caso de no disponerla, se deberá priorizar de acuerdo con criterios definidos localmente.

Cabe destacar que la población objetivo es diferenciada para cada componente y tipo de prevención; en prevención secundaria de cáncer gástrico son personas de 40 años o más en espera para endoscopia digestiva alta. Para prevención secundaria de cáncer colorrectal, población de 18 años y más con síntomas gastrointestinales o sistémicos en la lista de espera para colonoscopia. En cuanto a pesquisa de *H. pylori* (prevención primaria) son personas de 15 años y más, igual que para la canasta de endoscopia digestiva alta.

Nota1: La Estrategia de Prevención de Cánceres Digestivos está orientada a la población en lista de espera endoscópica digestiva, no obstante, se podrá incorporar a usuarios(as) anexos a la lista de espera o con edades distintas a las indicadas, una vez cubierta la población objetivo y con previa autorización del Referente Programa MINSAL.

Indicadores y ponderación sobre la resolución de Especialidades Ambulatorias y Canastas Integrales:

Las canastas integrales del componente resolución de especialidades ambulatorias constituyen una referencia y asegura el acceso a prestaciones requeridas, ya que la frecuencia de los requerimientos asociados a los problemas de salud descritos es referencial. En el caso de las canastas farmacológicas para Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología (incluye Tele Dermatología), éstas podrán ser actualizadas por cada Servicio de Salud considerando su realidad local, disponibilidad del medicamento y registro vigente del medicamento ante el Instituto de Salud Pública. Estas modificaciones ser excepcionales y trabajadas interdisciplinariamente por el equipo técnico correspondiente, manteniendo los grupos farmacológicos definidos y actualizando el arsenal

farmacológico del respectivo Servicio de Salud. Se requiere que toda modificación sea informada a MINSAL deben para su validación. El Servicio de Salud deberá asegurar como parte integrante de los convenios la nómina de personas en lista de espera para cada especialidad y que se constituirá en el universo a resolver para cumplimiento de la meta, de acuerdo con la programación.

CONSIDERACIONES ESPECIALES:

El programa de salud considera todos los insumos y recursos humanos necesarios para realizar las actividades, no obstante, el establecimiento podrá solicitar por escrito al Servicio Salud, la autorización para la adquisición de otros medicamentos e insumos relacionados con los componentes y estrategias del programa de salud, que vaya en directa relación con atención de los usuarios(as) asegurando siempre el cumplimiento de las metas programadas y en concordancia con la cartera de prestaciones otorgada por la APS.

En caso de cumplir las metas comprometidas, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de autorización para la mantención y reposición de equipos y/o equipamientos utilizados en las estrategias UAPO, UAPORRINO y cirugía menor cutánea de baja complejidad, además de insumos, habilitantes tecnológicas y gastos de operación, que favorezcan implementación local y la continuidad de la atención, asegurando el cumplimiento de las metas comprometidas anuales, para lo cual se debe solicitar visación al Servicio de Salud correspondiente, adjuntando todos los antecedentes necesarios que avalen esta solicitud, siempre que vaya en directa relación con los objetivos del programa.

El Servicio de Salud determinará la pertinencia del gasto, el cual debe guardar directa relación con ejecución de las prestaciones y conforme a la normativa vigente, manteniendo proporcionalidad respecto a las metas anuales comprometidas y el presupuesto asignado a cada prestación. Para el mismo efecto, excepcionalmente, se puede financiar movilización de las personas, en aquellos establecimientos que no posean prestadores en su comuna ni en comunas aledañas, a fin de asegurar la asistencia a la prestación, principalmente de los exámenes de tamizaje.

PRODUCTOS ESPERADOS:

Componente 1: Resolución de especialidades ambulatorias.

Productos:

- Atención resolutive y cercana al territorio geográfico de los beneficiarios.
- Disminución de listas y tiempos de espera para atenciones de especialidad y realización de procedimientos diagnósticos.
- Continuidad de atención en la Red de Salud local.

Componente 2: Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad.

Productos:

- Incremento absoluto del número de procedimientos resolutivos a nivel local.
- Disminución de listas y tiempos de espera para procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad (intervenciones quirúrgicas menores).

Componente 3: Prevención de cánceres digestivos.

Productos:

- Realizar el 100% de la compra de los insumos contemplados en la estrategia para la implementación de las pruebas no invasivas: panel serológico gástrico, test diagnóstico para pesquisar helicobacter Pylori y FIT

- Realizar al menos el 75% de las pruebas diagnósticas no invasivas financiadas por el programa y aplicadas en la población objetivo, señalada por este mismo.

SEPTIMA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$873.570.073.-**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en las cláusulas anteriores durante el presente año, según la siguiente distribución:

COMPONENTE 1	SUB COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES o METAS o DISPOSITIVOS	MONTO (\$)		
Especialidades ambulatorias	Revisor clínico de IC	Nº Médico de 5 Hrs.	8	\$12.665.651		
	Oftalmología	Nº consultas integrales	0	\$0		
	Otorrinolaringología	Nº consultas integrales	0	\$0		
	Tele-dermatología	Nº de canastas integrales	160	\$4.960.480		
	UAPO	Operación 12 meses UAPO		2	\$130.961.013	
		22 horas adicionales Tecnólogo Médico Oftalmología		2	\$60.995.169	
		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		8426		\$155.923.130
		Nº fármacos glaucoma anual		1000	\$11.607.000	
		Nº lubricantes Oculares anual		5000	\$8.625.000	
		subtotal UAPO		2	\$368.111.312	
	UAPORRINO	Operación UAPORRINO 12 meses		1	\$82.365.390	
		Actividad Otorrinolaringólogo	Nº nueva consulta de hipoacusia	600	-	
			Nº Otras consultas	400		
		Fonoaudiólogo/Tecnólogo médico	Atenciones y procedimientos	2500	\$93.395.253	
		Nº audífonos		400		
		Nº Canasta fármacos		320		\$9.515.859
		subtotal UAPORRINO		0		\$185.276.502
	Total Estrategia				\$571.013.945	

COMPONENTE 2	SUB COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O METAS	MONTO (\$)
Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad	Cirugía menor ambulatoria	Nº Procedimientos	1103	\$36.950.500
	Total Estrategia			\$36.950.500

COMPONENTE 3	SUB COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O METAS	MONTO (\$)
Prevención de cánceres gástricos	Canasta integral EDA	Nº Procedimientos EDA integrales	1396	\$209.303.640
	Pruebas diagnósticas no invasivas	Nº Panel serológico gástrico	1087	\$55.702.228
		Test de antígeno en deposiciones H. pylori	240	\$599.760
TOTAL PROGRAMA				\$873.570.073

El número de actividades a realizar podrá ser modificado, si la Municipalidad al ejecutar los procesos licitatorios, demuestra que los valores ofertados superan el presupuesto asignado por componente y actividad. Para ello deberá informar vía oficio al Departamento de Atención Primaria del Servicio de Salud Araucanía Sur las nuevas cantidades de actividades a realizar.

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.

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

NOVENA: 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.

- **La primera evaluación,** se efectuará con corte al **31 de julio** 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 octubre del año en curso, si es que su cumplimiento es inferior al 50%.

Porcentaje de cumplimiento global del programa	Porcentaje de Descuento de recursos siguiente cuota
50,00% y mas	0%
Entre 40 y 49,99%	50%
Entre 30 y 39,99%	75%
Entre 29,99 o menos	100%
0%	Rescindir convenio

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

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 acciones y metas requeridos para recibir el total de recursos anuales resulta en la reliquidación del programa de salud, excepto cuando existan razones fundadas que justifiquen dicho incumplimiento. Para este propósito, 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 a 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 no cumplimiento de las actividades y metas anuales, así como el comportamiento financiero en cuanto a la correcta ejecución y la rendición de los recursos a través del Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas (SISREC) y Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE), según corresponda, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

Cada Servicio de Salud deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas correctamente en el REM, SIGTE y plataformas Web por parte de los establecimientos. Para efectos del Componente 3, el Ministerio de Salud pondrá a disposición de los Servicios de Salud participantes una plataforma para el registro y monitoreo de sus acciones.

DECIMA: INDICACIONES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN.

El programa 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. Especialidades	1.1 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas oftalmología	Numerador: N° consultas oftalmología realizadas por el Programa de Salud.	25%	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.	20%	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 de tele oftalmología	Numerador: N° informes de consultas realizadas e informadas de Teleoftalmología.	5%	REM A29	
		Denominador: N° de informes y consultas de Teleoftalmología programas		Programación acordada entre SS y HD MINSAL	
	1.4 Cumplimiento de la actividad de tele dermatología.	Numerador: N° informes de consultas realizadas e informadas de tele dermatología.	5%	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
2. Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad	2.1 Cumplimiento de la actividad programada.	Numerador: N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados.	25%	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. Prevención de Cánceres digestivos	3.1 Cumplimiento de la actividad programada de prevención primaria de Cáncer Gástrico	Numerador: N° de pruebas diagnósticas no invasivas para H. Pylori realizadas.	2%	Plataforma REDcap	
		Denominador: N° pruebas diagnósticas no invasivas para H. Pylori programadas.		Programación acordada entre SS y MINSAL	
	3.2 Cumplimiento de la actividad programada prevención secundaria de Cáncer gástrico.	Numerador: N° de pruebas de panel serológico gástrico realizadas	3%	Plataforma REDcap	
		Denominador: N° de pruebas de panel serológico gástrico programadas		Programación acordada entre SS y MINSAL	
	3.3 Cumplimiento de la actividad programada de prevención secundaria de cáncer colorrectal	Numerador: N° de pruebas FIT realizadas.	5%	Plataforma REDcap	
		Denominador: N° de pruebas FIT programadas.		Programación acordada entre SS y MINSAL	
	3.4 Cumplimiento de la actividad proyectada en procedimientos endoscópicos digestivos	Numerador: N° de procedimientos endoscópicos digestivos realizados por el programa de salud.	10%	REM A29	
		Denominador: N° de procedimientos endoscópicos digestivos comprometidos por el programa de salud.		Programación acordada entre SS y MINSAL	

Nota pesos relativos: en caso de no tener comprometido un componente, los pesos relativos se modificarán de la siguiente forma: Se distribuye el porcentaje aumentando los componentes especialidades presenciales oftalmología y otorrinolaringología.

DECIMA PRIMERA: FINANCIAMIENTO. 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, 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.

DECIMA SEGUNDA: 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. 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.

DECIMA TERCERA: TRANSFERENCIA. Los recursos serán transferidos a la Municipalidad 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 y de acuerdo al siguiente detalle:

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

DÉCIMA CUARTA: 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. 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 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 Republica que fija el procedimiento sobre rendiciones financieras.

DECIMA QUINTA: El Servicio, podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoria y la supervisión técnica permanente de los Departamentos de Atención Primaria y/o Integración de la Red.

DÉCIMA SEXTA: 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.

DÉCIMA SEPTIMA: 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.

DÉCIMA OCTAVA: 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.

DÉCIMA NOVENA: 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.

VIGESIMA: El presente convenio tendrá vigencia desde el **1° de enero** hasta el **31 de diciembre de 2026**. 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 prorroga se formalizará mediante resolución exenta o afecta (según corresponda) del Servicio de Salud, fijando las metas comprometidas y los recursos asociados a dicha prorroga. Será requisito para cursar la resolución referida, que el Sr. Alcalde solicite vía oficio la continuidad del Convenio, adjuntando un informe el estado de avance técnico financiero al 30 de noviembre del año en curso.

Sin perjuicio de ello, por razones de buen servicio y del cumplimiento de las obligaciones legales y constitucionales que tiene el SERVICIO, para con los beneficiarios legales, las prestaciones se iniciarán desde el 1° de enero de 2026 con anterioridad a la fecha de vigencia del convenio, quedando su pago condicionado a la total tramitación de la resolución aprobatoria, todo ello en conformidad a lo establecido en el Dictamen N° 11.189 de 2008 del Organismo Contralor ya referido.

VIGESIMA PRIMERA: La personería de **ROBERTO NEIRA ABURTO** actuar en representación del Municipio de Temuco, consta en el Decreto N° 5208 de fecha 06 de diciembre de 2024. Por su parte, la personería de **DR. PABLO VALDES BALTERA**, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur, emana de Resol N° 98 de fecha 10 de enero de 2020, del Servicio de Salud.

VIGESIMA SEGUNDA: El presente convenio se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de la Municipalidad, uno en poder del Servicio de Salud.

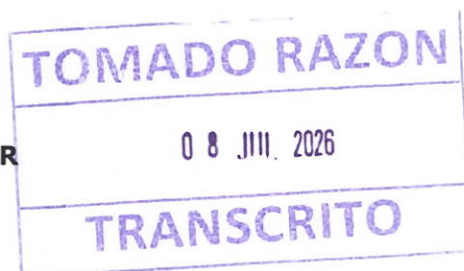
2.-IMPUTESE, el gasto de \$ **873.570.073.-** que origina el convenio, Item 24-03-298 del Presupuesto del Servicio Salud Araucanía Sur del año 2026

3.-NOTIFIQUESE la presente Resolución al Sr. Alcalde de la Municipalidad, a Dpto. de Atención Primaria, del Ministerio de Salud, remitiéndole copias íntegras de la misma y del Convenio una vez tomada razón.

ANOTESE, TOMESE RAZÓN Y COMUNIQUESE.



(PDF) PABLO VALDÉS BALTERRA
SUBDIRECTOR MÉDICO (A)
SERVICIO SALUD ARAUCANÍA SUR



19.06.2026N°411

DISTRIBUCION:

- CONTRALORÍA
- **MUNICIPALIDAD**
- DPTO. DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL MINSAL
- DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y RED ASISTENCIAL
- DPTO. JURÍDICO.
- DPTO. FINANZAS.
- ARCHIVO.



SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR
CONVENIO PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN
PRIMARIA
COMUNA DE TEMUCO

POP/SGB/GMH/VCS

En Temuco, a 20 de mayo de 2026, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Arturo Prat N° 969, Temuco, representada por su Subdirector Médico (S), **DR. PABLO VALDES BALTERA**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **MUNICIPALIDAD DE TEMUCO**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Arturo Prat N° 650, representada por su Alcalde **ROBERTO NEIRA ABURTO**, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N.º 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el artículo 4to del Decreto Supremo N° 30 de diciembre de 2025, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el programa de Resolutividad en Atención Primaria.

El referido Programa aprobado por Resolución Exenta N° 1042 del 18 de diciembre de 2025 que aprueba programa de Resolutividad en Atención Primaria, que se entiende forman parte integrante del mismo, asignándosele recursos a través de Resolución Exenta N° 148 de fecha 09 de febrero de 2026, ambas del Ministerio de Salud.

TERCERA: Que a través de Resolución Afecta N° 78, de fecha 29 de diciembre de 2025, se autorizó la prórroga a contar del 1ro de enero del año 2026 de la ejecución del Programa de Resolutividad en Atención Primaria, Convenio suscrito con la Municipalidad de Temuco, estableciéndose en su resuelto N° 10 que el Servicio de Salud Araucanía Sur deberá dictar acto administrativo modificatorio que actualice, 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.

CUARTA: Que la Municipalidad ha dado cumplimiento a la rendición con la rendición del saldo no ejecutado de los recursos asignados durante el año 2025 para la ejecución del Programa de Resolutividad en Atención Primaria, a través de oficio N° 42 de fecha 13 de enero de 2026.

QUINTA: Que, por este acto, las partes acuerdan dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución N° 78, individualizada en la cláusula Tercera, estableciéndose los componentes, indicadores, metas y los recursos disponibles para el nuevo periodo y considerando que el Ministerio de Salud estableció el Programa Sanitario vigente para el periodo, como los recursos asignados.

SEXTA: El propósito y objetivos del Programa se detallan a continuación:

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.

Se deberá considerar el tiempo de espera de acuerdo con lo registrado en el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE), para en primera instancia atender los casos de mayor antigüedad. Se debe considerar la nómina de personas en espera, dado los cupos de atención una vez resuelta la lista de espera por alguna causal (Norma Técnica vigente), se puede abordar la atención de casos del año en curso.

Descripción:

Programa de Resolutividad plantea tres componentes a desarrollar en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) u otros centros de salud debidamente habilitados. El primer componente es resolución de especialidades ambulatorias (presencial y remotas), el segundo componente corresponde a procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad (intervenciones quirúrgicas menores) el tercer componente corresponde a la estrategia de prevención de cánceres digestivos

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: Contribuir a la reducción de la carga de enfermedad y mortalidad por cánceres digestivos, mediante la implementación de una estrategia de prevención secundaria, sustentada en criterios clínicos y epidemiológicos de priorización.

COMPONENTES:

A) Modalidad presencial.

COMPONENTE 1: RESOLUCIÓN DE ESPECIALIDADES AMBULATORIAS MODALIDAD PRESENCIAL Y TELEMEDICINA.

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 Revisor Clínico de Interconsultas.

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 usuarios(as) 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 de Salud, implicando la armonización de acciones y el manejo de información relevante para las necesidades actuales de cuidado. Un rol clave es el de revisor clínico de interconsultas, quien mejora la atención integral y la integración de las redes asistenciales, optimizando el uso de recursos y asegurando la referencia y contrarreferencia eficaz. Este profesional debe tener oportunidades para fomentar consultorías, reuniones clínicas y participaren comités, mejorando así la capacidad diagnóstica y la calidad de atención en el sistema de salud.

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.

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 profesional o el equipo que realice estas acciones deberá liderar los proceso que aumentan la capacidad de resolución y coordinación de la APS.

Las principales actividades del revisor clínico de interconsultas son:

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



patologías benignas. Asimismo, la estrategia considera todos los insumos necesarios para realizar la actividad.

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

De resolución ambulatoria y electiva se consideran los siguientes tipos de intervenciones, las que 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 escisión resto de cuerpo hasta 3 lesiones.
* 1602205	Extirpación de, reparación o biopsia total o parcial, de lesiones benignas cutáneas por escisión 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)

(*) De acuerdo con capacidad resolutive de cada sala de CX Menor o capacidad técnica profesional médico. (previa autorización del Referente Programa MINSAL).

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

Las especificaciones técnicas y administrativas para estos procedimientos, estarán debidamente especificadas en las orientaciones técnicas del programa.

3.1 COMPONENTE 3: PREVENCIÓN DE CÁNCERES DIGESTIVOS

Se refiere a la prevención, en particular, de cáncer gástrico y colorrectal mediante la creación de una regla predictiva en ambos componentes que combine variables clínico-demográficas con biomarcadores biológicos, consiguiendo priorizar a la población de la lista de espera endoscópica por riesgo individual de presentar cáncer y condiciones premalignas digestivas, junto con financiar endoscopías digestivas altas (EDA) de calidad.

Además, referente a cáncer gástrico, se incorpora la prevención primaria mediante la detección oportuna de Helicobacter pylori por medio de métodos no invasivos (test de aire espirado o de antígeno de H. pylori en deposiciones).





El biomarcador biológico, en el caso de prevención secundaria de cáncer gástrico, corresponde al panel serológico gástrico (PSG) y, en cáncer colorrectal, al test inmunoquímico fecal cuantitativo (FIT).

La entrega de prestaciones de este componente se realiza mediante dos modalidades:

- La participación de los Servicios de Salud en la Estrategia de Prevención de Cánceres Digestivos: incluye para prevención de cáncer gástrico el uso de panel serológico gástrico que mide necesariamente Pepsinógeno I y II, Gastrina-17 e IgG de *Helicobacter pylori*, pruebas diagnósticas no invasivas para detectar *Helicobacter pylori*, como el test de antígeno de *H. pylori* en deposiciones o la prueba de aire espirado (definido de Acuerdo a la factibilidad y eficiencia económica) y las horas de tecnólogo/a médico/a para el procesamiento de los exámenes de laboratorio. En prevención (secundaria) de cáncer colorrectal, se incluye el test inmunoquímico fecal cuantitativo, además de horas de tecnólogo(a) médico(a).

En caso de disponer a nivel local de recurso tecnólogo(a) médico(a), y a través de solicitud se podrá contratar recurso humano profesional, técnico o administrativo, según sea el caso, alternativo para el correcto funcionamiento de la estrategia.

- la canasta integral que incluye: endoscopia digestiva alta con test de ureasa y biopsia gástrica, realizada con Protocolo de Sydney. Se focalizará en personas priorizadas de acuerdo con la regla predictiva. En caso de no disponerla, se deberá priorizar de acuerdo con criterios definidos localmente.

Cabe destacar que la población objetivo es diferenciada para cada componente y tipo de prevención; en prevención secundaria de cáncer gástrico son personas de 40 años o más en espera para endoscopia digestiva alta. Para prevención secundaria de cáncer colorrectal, población de 18 años y más con síntomas gastrointestinales o sistémicos en la lista de espera para colonoscopia. En cuanto a pesquisa de *H. pylori* (prevención primaria) son personas de 15 años y más, igual que para la canasta de endoscopia digestiva alta.

Nota1: La Estrategia de Prevención de Cánceres Digestivos está orientada a la población en lista de espera endoscópica digestiva, no obstante, se podrá incorporar a usuarios(as) anexos a la lista de espera o con edades distintas a las indicadas, una vez cubierta la población objetivo y con previa autorización del Referente Programa MINSAL.

Indicadores y ponderación sobre la resolución de Especialidades Ambulatorias y Canastas Integrales:

Las canastas integrales del componente resolución de especialidades ambulatorias constituyen una referencia y asegura el acceso a prestaciones requeridas, ya que la frecuencia de los requerimientos asociados a los problemas de salud descritos es referencial. En el caso de las canastas farmacológicas para Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología (incluye Tele Dermatología), éstas podrán ser actualizadas por cada Servicio de Salud considerando su realidad local, disponibilidad del medicamento y registro vigente del medicamento ante el Instituto de Salud Pública. Estas modificaciones ser excepcionales y trabajadas interdisciplinariamente por el equipo técnico correspondiente, manteniendo los grupos farmacológicos definidos y actualizando el arsenal



farmacológico del respectivo Servicio de Salud. Se requiere que toda modificación sea informada a MINSAL deben para su validación. El Servicio de Salud deberá asegurar como parte integrante de los convenios la nómina de personas en lista de espera para cada especialidad y que se constituirá en el universo a resolver para cumplimiento de la meta, de acuerdo con la programación.

CONSIDERACIONES ESPECIALES:

El programa de salud considera todos los insumos y recursos humanos necesarios para realizar las actividades, no obstante, el establecimiento podrá solicitar por escrito al Servicio Salud, la autorización para la adquisición de otros medicamentos e insumos relacionados con los componentes y estrategias del programa de salud, que vaya en directa relación con atención de los usuarios(as) asegurando siempre el cumplimiento de las metas programadas y en concordancia con la cartera de prestaciones otorgada por la APS.

En caso de cumplir las metas comprometidas, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de autorización para la mantención y reposición de equipos y/o equipamientos utilizados en las estrategias UAPO, UAPORRINO y cirugía menor cutánea de baja complejidad, además de insumos, habilitantes tecnológicas y gastos de operación, que favorezcan implementación local y la continuidad de la atención, asegurando el cumplimiento de las metas comprometidas anuales, para lo cual se debe solicitar visación al Servicio de Salud correspondiente, adjuntando todos los antecedentes necesarios que avalen esta solicitud, siempre que vaya en directa relación con los objetivos del programa.

El Servicio de Salud determinará la pertinencia del gasto, el cual debe guardar directa relación con ejecución de las prestaciones y conforme a la normativa vigente, manteniendo proporcionalidad respecto a las metas anuales comprometidas y el presupuesto asignado a cada prestación. Para el mismo efecto, excepcionalmente, se puede financiar movilización de las personas, en aquellos establecimientos que no posean prestadores en su comuna ni en comunas aledañas, a fin de asegurar la asistencia a la prestación, principalmente de los exámenes de tamizaje.

PRODUCTOS ESPERADOS:

Componente 1: Resolución de especialidades ambulatorias.

Productos:

- Atención resolutive y cercana al territorio geográfico de los beneficiarios.
- Disminución de listas y tiempos de espera para atenciones de especialidad y realización de procedimientos diagnósticos.
- Continuidad de atención en la Red de Salud local.

Componente 2: Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad.

Productos:

- Incremento absoluto del número de procedimientos resolutivos a nivel local.
- Disminución de listas y tiempos de espera para procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad (intervenciones quirúrgicas menores).

Componente 3: Prevención de cánceres digestivos.

Productos:

- Realizar el 100% de la compra de los insumos contemplados en la estrategia para la implementación de las pruebas no invasivas: panel serológico gástrico, test diagnóstico para pesquisar helicobacter Pylori y FIT

- Realizar al menos el 75% de las pruebas diagnósticas no invasivas financiadas por el programa y aplicadas en la población objetivo, señalada por este mismo.

SEPTIMA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$873.570.073.-**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en las cláusulas anteriores durante el presente año, según la siguiente distribución:

COMPONENTE 1	SUB COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES o METAS o DISPOSITIVOS	MONTO (\$)
MUNICIPALIDAD DE TENOCO JEFE UNIDAD DE CONVENIOS SUB-2 DEPARTAMENTO DE SALUD	Revisor clínico de IC	Nº Médico de 5 Hrs.	8	\$12.665.651
	Oftalmología	Nº consultas integrales	0	\$0
	Otorrinolaringología	Nº consultas integrales	0	\$0
	Tele-dermatología	Nº de canastas integrales	160	\$4.960.480
	UAPO	Operación 12 meses UAPO	2	\$130.961.013
		22 horas adicionales Tecnólogo Médico Oftalmología	2	\$60.995.169
		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	8426	\$155.923.130
		Nº fármacos glaucoma anual	1000	\$11.607.000
		Nº lubricantes Oculares anual	5000	\$8.625.000
		subtotal UAPO	2	\$368.111.312
	UAPORRINO	Operación UAPORRINO 12 meses	1	\$82.365.390
		Actividad Otorrinolaringólogo	Nº nueva consulta de hipoacusia	600
			Nº Otras consultas	400
		Fonoaudiólogo/Tecnólogo médico	Atenciones y procedimientos	2500
		Nº audífonos	400	\$93.395.253
		Nº Canasta fármacos	320	\$9.515.859
		subtotal UAPORRINO	0	\$185.276.502
	Total Estrategia			\$571.013.945

COMPONENTE 2	SUB COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O METAS	MONTO (\$)
Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad	Cirugía menor ambulatoria	Nº Procedimientos	1103	\$36.950.500
	Total Estrategia			\$36.950.500



COMPONENTE 3	SUB COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O METAS	MONTO (\$)
Prevención de cánceres gástricos	Canasta integral EDA	Nº Procedimientos EDA integrales	1396	\$209.303.640
	Pruebas diagnósticas no invasivas	Nº Panel serológico gástrico	1087	\$55.702.228
		Test de antígeno en deposiciones H. pylori	240	\$599.760
TOTAL PROGRAMA				\$873.570.073

El número de actividades a realizar podrá ser modificado, si la Municipalidad al ejecutar los procesos licitatorios, demuestra que los valores ofertados superan el presupuesto asignado por componente y actividad. Para ello deberá informar vía oficio al Departamento de Atención Primaria del Servicio de Salud Araucanía Sur las nuevas cantidades de actividades a realizar.

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.

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

NOVENA: 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.

La primera evaluación, se efectuará con corte al **31 de julio** 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 octubre del año en curso, si es que su cumplimiento es inferior al 50%.

Porcentaje de cumplimiento global del programa	Porcentaje de Descuento de recursos siguiente cuota
50,00% y mas	0%
Entre 40 y 49,99%	50%
Entre 30 y 39,99%	75%
Entre 29,99 o menos	100%
0%	Rescindir convenio

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



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 acciones y metas requeridos para recibir el total de recursos anuales resulta en la reliquidación del programa de salud, excepto cuando existan razones fundadas que justifiquen dicho incumplimiento. Para este propósito, 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 a 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 no cumplimiento de las actividades y metas anuales, así como el comportamiento financiero en cuanto a la correcta ejecución y la rendición de los recursos a través del Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas (SISREC) y Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE), según corresponda, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

Cada Servicio de Salud deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas correctamente en el REM, SIGTE y plataformas Web por parte de los establecimientos. Para efectos del Componente 3, el Ministerio de Salud pondrá a disposición de los Servicios de Salud participantes una plataforma para el registro y monitoreo de sus acciones.

DECIMA: INDICACIONES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN.

El programa 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. Especialidades	1.1 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas oftalmología	Numerador: N° consultas oftalmología realizadas por el Programa de Salud.	25%	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.	20%	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 de tele oftalmología	Numerador: N° informes de consultas realizadas e informadas de Teleoftalmología. Denominador: N° de informes y consultas de Teleoftalmología programas	5%	REM A29 Programación acordada entre SS y HD MINSAL	
	1.4 Cumplimiento de la actividad de tele dermatología.	Numerador: N° informes de consultas realizadas e informadas de tele dermatología. Denominador: N° de informes y consultas de tele dermatología programadas.	5%	REM A29 Programación acordada entre SS y MINSAL	Disminución de LE abierto destino APS LB de LE Abierta al cierre del año t-1
2. Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad	2.1 Cumplimiento de la actividad programada.	Numerador: N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados. Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados.	25%	REM A29 Programación acordada entre SS y MINSAL	Disminución de LE abierto destino APS LB de LE Abierta al cierre del año t-1
	3.1 Cumplimiento de la actividad programada de prevención primaria de Cáncer Gástrico	Numerador: N° de pruebas diagnósticas no invasivas para H. Pylori realizadas. Denominador: N° pruebas diagnósticas no invasivas para H. Pylori programadas.	2%	Plataforma REDcap Programación acordada entre SS y MINSAL	
3. Prevención de Cánceres digestivos	3.2 Cumplimiento de la actividad programada prevención secundaria de Cáncer gástrico.	Numerador: N° de pruebas de panel serológico gástrico realizadas Denominador: N° de pruebas de panel serológico gástrico programadas	3%	Plataforma REDcap Programación acordada entre SS y MINSAL	
	3.3 Cumplimiento de la actividad programada de prevención secundaria de cáncer colorrectal	Numerador: N° de pruebas FIT realizadas. Denominador: N° de pruebas FIT programadas.	5%	Plataforma REDcap Programación acordada entre SS y MINSAL	
	3.4 Cumplimiento de la actividad proyectada en procedimientos endoscópicos digestivos	Numerador: N° de procedimientos endoscópicos digestivos realizados por el programa de salud. Denominador: N° de procedimientos endoscópicos digestivos comprometidos por el programa de salud.	10%	REM A29 Programación acordada entre SS y MINSAL	

Nota pesos relativos: en caso de no tener comprometido un componente, los pesos relativos se modificarán de la siguiente forma: Se distribuye el porcentaje aumentando los componentes especialidades presenciales oftalmología y otorrinolaringología.

DECIMA PRIMERA: FINANCIAMIENTO. 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, 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.

DECIMA SEGUNDA: 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. 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.

DECIMA TERCERA: TRANSFERENCIA. Los recursos serán transferidos a la Municipalidad 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 y de acuerdo al siguiente detalle:

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

DECIMA CUARTA: 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. Esto deberá ser informado a la municipalidad mediante oficio.

