

DECRETO N°

236

TEMUCO,

VISTOS:

21 JUL 2026

del Ministerio del Interior.

1987, del Ministerio de Salud.

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° 16934 de fecha 08 de julio de 2026, que aprueba Convenio "Programa Equidad en Salud Rural", suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2026.

6.- El Decreto Alcaldicio N° 1404 de fecha 04 de abril de 2025, que delega firmas del alcalde.

7.- Las facultades contenidas en la Ley N°18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

1.- Apruébese, Convenio "Programa Equidad en Salud Rural", 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.





MGB/INB/VMC/MFE

REF.: Aprueba Convenio "Programa Equidad en Salud Rural", suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.

RESOLUCION EXENTA N° 16934,

TEMUCO, 08 JUL 2026

VISTOS; estos antecedentes:

1. Resolución Exenta N° 1033 de fecha 30 de diciembre de 2024, del Ministerio de Salud, que Aprueba Programa Equidad en Salud Rural.
2. Resolución Exenta N° 146 de fecha 09 de febrero de 2026, del Ministerio de Salud, que asigna recursos destinados a financiar el Programa Equidad en Salud Rural.
3. Ley de Presupuesto N° 21.796 que establece el presupuesto del Sector Público para el año 2026.
4. El Decreto Supremo N° 30 de diciembre de 2025, del Ministerio de Salud, que determina el aporte estatal a las Municipalidades.
5. Memorándum N° 32 de fecha 10 de febrero de 2026, del Departamento Jurídico, en el cual da Visto Bueno a formato tipo de Convenios año 2026, asociados a los Programas vinculados a recursos de Atención Primaria de Salud, complementado por correo electrónico de fecha 17 de febrero de 2026 del Departamento Jurídico.
6. Convenio Programa Equidad en Salud Rural, suscrito con fecha 23 de junio de 2026, entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.

CONSIDERANDO:

1. Que, por Resolución Exenta individualizada en Visto N° 1, se aprueba Programa Equidad en Salud Rural, año 2026.
2. Que, por Resolución Exenta individualizada en Visto N° 2, se informan recursos del Programa Equidad en Salud Rural, año 2026.
3. Que, por Memorándum del Visto N° 5, se da visto bueno por parte de Departamento Jurídico a formato tipo de Convenios año 2026, asociados a los Programas vinculados a recursos de Atención Primaria de Salud.
4. Que con fecha 23 de junio de 2026, se suscribió Convenio Programa Equidad en Salud Rural, entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.

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. Ley N° 19.799/02, sobre Documentos electrónicos, Firma Electrónica y Servicios de Certificación de dicha firma.
3. D.S. 140/05 del M. de Salud que reglamenta los Servicios de Salud;
4. D.F.L. 1/19.414/97 del M. de Salud;
5. Decreto N° 37/2026 del Ministerio de Salud, que establece orden de subrogancia al cargo de Director/a del Servicio de Salud Araucanía Sur.
6. Resolución N° 98/2020, que delega facultades a la Subdirección Médica.
7. Ley N° 19.378. establece Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal
8. Ley N° 19.862. que establece Registros de las Personas Jurídicas Receptoras de Fondos Públicos
9. Resol N° 36/2024 y N° 03/2026 de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente.

RESOLUCION

1. **APRUÉBASE**, el Convenio Programa Equidad en Salud Rural, suscrito con fecha 23 de junio de 2026, entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco, que se entiende parte integrante de esta resolución, cuyas cláusulas son las siguientes:

En Temuco, a 23 de junio 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 VALDÉS 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, Temuco, 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 Equidad en Salud Rural**.

El referido Programa aprobado por **Resolución Exenta N° 1033** de fecha 30 de diciembre de 2024, que se entiende forman parte integrante del mismo, asignando recursos a través de la **Resolución Exenta N°146** de fecha 09 de febrero de 2026, ambas del Ministerio de Salud.

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

Propósito: Contribuir a superar las inequidades en salud detectadas en las zonas rurales, a través de la mejoría de las condiciones críticas para la provisión de servicios a la población más vulnerable del país, especialmente la que se atiende en Postas de Salud Rural, para ir fortaleciendo y asegurando atenciones en salud con calidad, seguridad y dignidad en el marco del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario en el medio rural.

Objetivo general: Mejorar las condiciones de funcionamiento de los establecimientos rurales de atención, especialmente de las Postas de Salud Rural, avanzando en el cierre de brechas de recursos humanos, calidad en la implementación del modelo de atención, sistemas de comunicación, y con el apoyo a estrategias de trabajo comunitario, que favorezcan el desarrollo local.

Objetivos específicos:

- Mejorar las condiciones de cobertura, continuidad, calidad de la atención y la frecuencia de rondas de salud rural.
- Contribuir a mejorar los sistemas de equipos y equipamiento clínico y de apoyo a la atención y sistemas de comunicaciones de las Postas de Salud Rural con su respectiva Red Asistencial.
- Implementar estrategias innovadoras en salud rural en el marco del enfoque comunitario y familiar del modelo de atención de las comunas

CUARTA: Los componentes del Programa **Equidad en Salud Rural** son los siguientes:

Nombre Componente	Subcomponente	Descripción
Componente 1: Cobertura y Calidad de atención en población rural.	1.1 Reforzamiento de los Equipos de Rondas en comunas con alto número de PSR y/o de alta vulnerabilidad socioeconómica.	Se refiere a la contratación de refuerzo de recursos humanos para atención de Rondas de Salud Rural, destinados a comunas con PSR y/o vulnerabilidad socioeconómica y riesgo en salud, de forma de cubrir la necesidad de continuidad de la atención. Al momento de la planificación, el equipo deberá considerar las Determinantes Sociales en Salud detectadas en los diagnósticos participativos contenidos en el Plan de Salud Comunal, así como la programación anual de su red local, identificando y priorizando sectores cuyos usuarios presentan bajas tasas de consulta y dificultades en el acceso. Para ello, se debe cada año revisar los lineamientos de las Orientaciones Técnicas para la Planificación y Programación en Red, elaborada por el Ministerio de Salud. Se espera que, con este refuerzo a las Rondas de salud, las comunas logren aumentar el número de rondas y atenciones en las PSR, sin disminuir la producción en el establecimiento base, distribuyendo el calendario de atenciones de la forma más equitativa posible entre los distintos establecimientos y en respuesta a las necesidades de salud de cada comunidad. Se considera recursos para refuerzo de profesionales de salud 44 hrs. y conductor 44 hrs., lo cual deberá responder a la realidad de cada territorio, previa negociación y autorización del Servicio de Salud.
	1.2. Refuerzo de recurso humano Técnico de Enfermería de Nivel Superior para Postas de Salud Rural (permanente o volante).	Está relacionado con la contratación o mantención de un refuerzo de Técnico de Enfermería de Nivel Superior (permanente o volante) en Postas de Salud Rural. Se orientará a que el establecimiento fortalezca el trabajo en terreno y contacto con la realidad comunitaria mediante el trabajo Familiar y Comunitario tanto en la PSR, como en domicilio, escuelas o sedes vecinales, que puede ser abordado por cualquiera de los dos TENS. Se establece la necesidad de contar con un segundo TENS de jornada completa en la PSR, de acuerdo con los siguientes criterios conjuntos, conforme a lo dispuesto en la Norma Técnica N° 211 para Postas de Salud Rural, aprobada por la Decreto Exento N° 28 del 05 de mayo de 2021 del Ministerio de Salud: • Población sobre 800 personas en áreas concentradas o más de 500 en áreas dispersas. • Dispersión geográfica. • Vulnerabilidad social de la población. • Condiciones de aislamiento y calidad del acceso geográfico a la PSR. Para el caso de las PSR con un único Técnico (y que no cumplan los criterios anteriores), se considerará la modalidad de Técnico de Enfermería de Nivel Superior de refuerzo volante, quien permitirá apoyar el día de ronda en todas las actividades que compete su rol.

Componente 2: Sistemas de equipamiento clínico, de apoyo y comunicación de Postas de Salud Rural.	2.1. Mantenimiento de sistemas de comunicación y/o equipamientos clínicos o de apoyo: telefonía de las Postas de Salud Rural, equipamientos menores, entre otros.	Según las condiciones locales, a las PSR de comunas vulnerables que no cuentan con esos medios de comunicación. Se pretende facilitar el acceso a las comunicaciones en aquellas localidades más aisladas, sujeto a las posibilidades técnicas, de modo de agilizar la capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia de pacientes y desastres, fortaleciendo la capacidad de gestión coordinada de la Dirección Comunal de Salud, el Equipo de salud rural y el(los) Técnico(s) de Enfermería de Nivel Superior a cargo de PSR.
	2.2. Reposición y/o adquisición de sistemas de comunicación y/o equipamientos clínicos o de apoyo: telefonía de las Postas de Salud Rural, equipamientos menores, entre otros.	De acuerdo con la disponibilidad de recursos, se buscará apoyar el cierre de brechas para la renovación o actualización del equipamiento clínico, instrumental menor e insumos de apoyo a las atenciones, en concordancia con la Norma Técnica para Postas de Salud Rural, año 2021, DIVAP, MINSAL y las Normas Técnicas Básicas para la obtención de la Autorización Sanitaria de estos establecimientos. Incluye recursos para la adquisición de estanques, bombas de agua, equipos electrógenos y otros que permitan reforzar el acceso a agua en condiciones seguras, suministro eléctrico o informático de las PSR.
Componente 3: Innovaciones en el modelo integral de atención de las poblaciones rurales.	3.1. Implementación de estrategias innovadoras para fomento del desarrollo local a través de Proyectos de trabajo comunitario.	Considera, de acuerdo con los recursos disponibles, la ejecución de Proyectos Comunitarios seleccionados a través del proceso de concurso definido por cada Servicio de Salud. Los proyectos deben ser formulados a partir de las prioridades visualizadas en los diagnósticos locales, en concordancia con la pertinencia cultural, el enfoque territorial y el de participación comunitaria, priorizando los siguientes temas: a) Calidad de vida de las Personas mayores. b) Alimentación saludable y autocuidado en salud. c) Participación comunitaria. d) Acciones de salud indígena. e) Acciones de promoción en Salud mental. f) Acciones de cuidado del medio ambiente.
	3.2. Realización de Jornadas de Salud Rural, que permitan compartir experiencia de los diferentes territorios que conforman la Red Asistencial de establecimientos rurales.	La realización de esta jornada tendrá como propósito el intercambio de experiencias en el trabajo de salud rural, capacitación y actualización de los TENS de PSR y equipos rurales, en el marco del Modelo de Atención con Enfoque Familiar y Comunitario, con Enfoque Territorial, Determinantes Sociales, Pertinencia Cultural y Género.

QUINTA: 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 **\$1.500.000**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en las cláusulas anteriores durante el presente año, según la siguiente distribución:

Componente 2: Sistema de equipamiento, transporte y comunicaciones de postas rurales:

2.1 Mantención y/o adquisición del servicio de: telefonía celular, red fija, radiocomunicaciones, internet (según las condiciones locales):

COMUNA	ESTABLECIMIENTO	MONTO TOTAL
TEMUCO	Operativización y/o adquisición de 03 radios VHF para PSR	\$1.500.000
	Total	\$1.500.000

SEXTA: 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.

SEPTIMA: MONITOREO Y EVALUACIÓN.

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

Para el adecuado monitoreo y evaluación del Programa, se cumplirán los siguientes roles y funciones:

Municipios y entidades administradoras de salud municipal

- a) Aportar información sobre la situación de la salud rural para la elaboración de línea base del Programa.
- b) Suscribir convenios.
- c) Ejecutar las actividades establecidas en el convenio para el logro de los objetivos acordados según corresponda: contratación de recursos humanos, adquisición de bienes o servicios, ejecución de proyectos de trabajo comunitario, según corresponda.
- d) Realizar los registros de actividades en los REM correspondientes, para su posterior evaluación de los indicadores comprometidos en el convenio.
- e) Informar oportunamente al Servicio de Salud respecto a las actividades comprometidas y los recursos traspasados.
- f) Rendir cuentas de los recursos traspasados y gastados, de conformidad a lo establecido en la Resolución Nº30 de 2015 de la Contraloría General de la República, al respectivo Servicio de Salud.

El monitoreo y evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del programa con el propósito de mejorar su eficiencia y efectividad. Desde la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, se realizarán evaluaciones del desarrollo del Programa en los meses de agosto y diciembre. En estas evaluaciones se solicitará información del desarrollo de los componentes a través de un informe.

- **Primera Evaluación: mes de agosto del año respectivo**

Se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso. Las comunas enviarán la información que requiera el Servicio de Salud correspondiente, para elaborar el informe que será enviado al Ministerio de Salud. Los Servicios de Salud consolidarán y enviarán toda la información a la División de Atención Primaria, del Ministerio de Salud, con fecha tope 15 de septiembre del año respectivo. Conforme a los resultados obtenidos, se hará efectiva la reliquidación de la siguiente cuota.

- **Segunda Evaluación: mes de diciembre del año respectivo**

Se efectuará con corte al 31 de diciembre del año en curso, fecha en que los Servicios de Salud y las comunas deberán tener implementadas el 100% de las acciones comprometidas por componente. Los Servicios de Salud consolidarán y enviarán toda la información a la División de Atención Primaria, del Ministerio de Salud, con fecha tope 15 de enero del año siguiente.

Esta evaluación determinará la devolución de recursos no ejecutados y la evaluación de la continuidad del programa en lugares con ejecución deficitaria. El resultado de la evaluación tendrá incidencia en los criterios de asignación de recursos del año siguiente, conforme las disponibilidades presupuestarias.

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

OCTAVA: INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN.

El programa se orienta a cerrar las brechas en el funcionamiento de los establecimientos rurales de atención, especialmente de las Postas de Salud Rural, contribuyendo a la disminución de las inequidades en salud, considerando para ello, el enfoque de las Determinantes Sociales en Salud (DSS), participación, género, interculturalidad, trabajo intersectorial.

Para tal efecto, el programa ha priorizado el cumplimiento de seis indicadores orientados a:

- a) Asegurar la continuidad, calidad y seguridad de la atención de las personas en las Postas de Salud Rural, evaluando el número de atenciones realizadas por el equipo de ronda, cobertura de familias y planes de intervención a las familias en riesgo.
- b) Contribuir a mejorar los sistemas de comunicaciones, evaluando la adquisición, habilitación y mantenimiento de recursos en esta área.
- c) Reforzar estrategias innovadoras en salud rural en el marco del enfoque territorial y modelo de atención integral.

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

1. **Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:** Asegurar la continuidad y calidad de la atención en las Postas de Salud Rural.

Reliquidación: No

INDICADOR Nº	NOMBRE DEL INDICADOR	
1.1	Incremento de atenciones de ronda (controles + consultas + EMP) realizadas en PSR de la comuna.	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
Nº de atenciones efectuadas en PSR de la comuna mes XX año en curso / Nº de atenciones efectuadas en posta mes XX año anterior * 100		>=100
NUMERADOR		FUENTE DE INFORMACIÓN REM Serie A-01: Controles De salud. Sección A (controles de salud sexual y reproductiva) + Sección B (Controles de salud según ciclo vital) + Sección C (Controles de salud según problemas de salud) + Sección E (Controles de salud en establecimientos educacionales (los controles individuales se registran en sección B)). + REM Serie A-02: Examen Preventivo en mayores de 15 años Sección A: EMPA realizados por profesional. El control por exámenes se registra en "consulta profesional médico y no médico en REM A.04, Sección A y B. + REM Serie A-04: Consultas y otras atenciones en la red. Sección A (Consultas médicas) + Sección B (Consultas de profesionales no médicos) + Sección C (Consultas de anticoncepción de emergencia) + Sección D (Consultas en horario continuado) (sólo profesionales de ronda)
Nº de atenciones efectuadas en PSR de la comuna mes XX año en curso.		
DENOMINADOR		
Nº de atenciones efectuadas en PSR mes XX año anterior.		

Reliquidación: Sí

INDICADOR Nº	NOMBRE DEL INDICADOR	
1.2	Cobertura de familias evaluadas en PSR del Programa	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
N° de Familias Evaluadas con cartola o encuesta familiar / N° de Familias Inscritas * 100		30% de familias evaluadas con cartola o encuesta a junio (informado en agosto)
		60% de familias evaluadas con cartola o encuesta a diciembre
		FUENTE DE INFORMACIÓN
NUMERADOR		En base a REM Serie P-7, más reporte del Servicio de Salud en base a auditorías en terreno u otros medios de constatación. REM-P7, sección A.1: Clasificación de las familias Sector Rural
N° de Familias Evaluadas con cartola o encuesta familiar		
DENOMINADOR		
N° de Familias Inscritas		

Reliquidación: Sí

INDICADOR Nº	NOMBRE DEL INDICADOR	
2.2	Cobertura de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención en PSR del Programa	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
Nº de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención/ Total de familias evaluadas en riesgo (Alto, Medio y Bajo)		10% de familias en riesgo (Alto, Medio y Bajo) con plan de intervención a junio (informado en agosto).
		20% de familias en riesgo (Alto, Medio y Bajo) con plan de intervención a diciembre.
		FUENTE DE INFORMACIÓN
NUMERADOR		En base a REM Serie P-7, más reporte del Servicio de Salud en base a auditorías en terreno u otros medios de constatación. REM-P7, sección A.1: Clasificación de las familias Sector Rural. N.º de Familias sin riesgo, N.º de familias en riesgo bajo, medio y alto. REM-P7, sección B: Intervención en Familias Sector Urbano y Rural. Nº de familias con plan de intervención. Nº de familias sin plan de intervención.
Nº de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención		
DENOMINADOR		
Total de familias evaluadas en riesgo (Alto, Medio y Bajo)		

Nota: se aplica cartola familiar o encuesta de salud familiar vigente con duración máxima de 2 años.

2. **Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:** Contribuir a mejorar los sistemas de comunicaciones, equipamiento clínico y de apoyo de las Postas de Salud Rural con la red asistencial.

Reliquidación: No

INDICADOR Nº	NOMBRE DEL INDICADOR	
2.1	Porcentaje de ejecución de recursos (Equipos y equipamiento tanto clínico como de apoyo, instrumental e insumos).	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
Monto en recursos equipos y equipamiento tanto clínico como de apoyo, instrumental e insumos, devengado / Monto recursos equipos y equipamiento tanto clínico como de apoyo, instrumental e insumos asignado * 100		Según línea de base y listado comprometido
		FUENTE DE INFORMACIÓN
NUMERADOR		Listado comprometido Orden de compra
Monto en recursos equipos y equipamiento tanto clínico como de apoyo, instrumental e insumos devengado.		
DENOMINADOR		
Monto recursos en Equipos y equipamiento tanto clínico como de apoyo, instrumental e insumos asignado.		

Reliquidación: No

INDICADOR Nº	NOMBRE DEL INDICADOR	
2.2	Porcentaje de utilización de la estrategia ministerial: Hospital Digital Rural.	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
Nº de atenciones de morbilidad aguda realizadas a través de la estrategia de Hospital Digital Rural / Nº de atenciones de morbilidad aguda programadas a través de la estrategia de Hospital Digital Rural		20 atenciones mensuales a través de la estrategia de Hospital Digital Rural.
		Meta a diciembre: 240 atenciones en HDR
		FUENTE DE INFORMACIÓN
NUMERADOR		Plataformas ministeriales para extracción de información. REM A30, sección AR, informado por nivel central.
Nº de atenciones de morbilidad aguda realizadas a través de la estrategia de Hospital Digital Rural		
DENOMINADOR		
Nº de atenciones de morbilidad aguda programadas a través de la estrategia de Hospital Digital Rural		

3. **Cumplimiento del Objetivo Específico N° 3:** Reforzar estrategias innovadoras en salud rural en el marco del enfoque comunitario y familiar del modelo de atención de las respectivas comunas, que contribuyan al desarrollo local de los territorios rurales.

Reliquidación: No

INDICADOR Nº	NOMBRE DEL INDICADOR
3.1	Porcentaje de Ejecución del Proyecto según cronograma
FÓRMULA	VALOR ESPERADO
Monto Ejecutado y Rendido Sin Observaciones / Monto Programado a la fecha de corte	A lo menos 60% a agosto
NUMERADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN
Monto Ejecutado y Rendido Sin Observaciones	
DENOMINADOR	
Monto Programado a la fecha de corte	Según Informes de Ejecución de Proyecto parciales y final ajustados a las fechas de corte.

Reliquidación: No

INDICADOR Nº	NOMBRE DEL INDICADOR
3.2	Realización Jornada de Salud Rural
FÓRMULA	VALOR ESPERADO
Jornada de Salud Rural realizada	100% a diciembre
Indicador dicotómico = SI – NO	FUENTE DE INFORMACIÓN
	Informe y programa acorde a las líneas temáticas priorizadas para esta actividad.
	Lista de asistencia
	Fotografías
	Rendiciones

NOVENA: 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 01, y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de enero a diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

Se deja constancia que la glosa 01 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: 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 PRIMERA: 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 SEGUNDA: Las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República.

La rendición de cuentas, deberá ser realizada en soporte electrónico, a través del o los sistemas establecidos por el Servicio de Salud Araucanía Sur, en particular el sistema de rendición de Contraloría General de la República "SISREC", disponible en la página web www.rendicioncuentas.cl.

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

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

El Servicio de Salud, podrá una vez cumplida la fecha máxima de rendición del convenio, y en el caso que exista atraso en la rendición del gasto por parte de la municipalidad, establecer una fecha máxima 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 aceptarán las rendiciones de cuentas de gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia y dentro de las fechas de vigencia del convenio, de acuerdo a lo estipulado en el artículo N° 13 de la Resolución N° 30 de la Contraloría General de la República que fija el procedimiento sobre rendiciones financieras.

DECIMA TERCERA: El Servicio, 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 Gestión Asistencial.

DECIMA CUARTA: 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.

DECIMA QUINTA: Finalizado el período 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.

DECIMA SEXTA: 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.

DECIMA OCTAVA: 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.

DECIMA NOVENA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 1° de junio 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 prórroga se formalizará mediante resolución exenta o afecta (según corresponda) del Servicio de Salud, fijando las metas comprometidas y los recursos asociados a dicha prórroga. 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: La personería de **Roberto Neira Aburto** para 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 Valdés Baltera**, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur, emana de Resolución Exenta N° 98 de fecha 10 de enero de 2020, del Servicio de Salud.

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

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

3. **NOTIFÍQUESE**, la presente Resolución a la Municipalidad, remitiéndole copia íntegra de la misma.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



(PDF) DR. CRISTIAN OYANADER PARRA
SUBDIRECTOR MÉDICO (S)
SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR

DISTRIBUCION:

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



SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR
CONVENIO PROGRAMA EQUIDAD EN SALUD RURAL
COMUNA DE TEMUCO

POP/INB/GMH/MFE

En Temuco, a 23 de junio 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 VALDÉS 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, Temuco, 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 Equidad en Salud Rural**.

El referido Programa aprobado por **Resolución Exenta N° 1033** de fecha 30 de diciembre de 2024, que se entiende forman parte integrante del mismo, asignando recursos a través de la **Resolución Exenta N°146** de fecha 09 de febrero de 2026, ambas del Ministerio de Salud.

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

Propósito: Contribuir a superar las inequidades en salud detectadas en las zonas rurales, a través de la mejoría de las condiciones críticas para la provisión de servicios a la población más vulnerable del país, especialmente la que se atiende en Postas de Salud Rural, para ir fortaleciendo y asegurando atenciones en salud con calidad, seguridad y dignidad en el marco del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario en el medio rural.





Objetivo general: Mejorar las condiciones de funcionamiento de los establecimientos rurales de atención, especialmente de las Postas de Salud Rural, avanzando en el cierre de brechas de recursos humanos, calidad en la implementación del modelo de atención, sistemas de comunicación, y con el apoyo a estrategias de trabajo comunitario, que favorezcan el desarrollo local.

Objetivos específicos:

- Mejorar las condiciones de cobertura, continuidad, calidad de la atención y la frecuencia de rondas de salud rural.
- Contribuir a mejorar los sistemas de equipos y equipamiento clínico y de apoyo a la atención y sistemas de comunicaciones de las Postas de Salud Rural con su respectiva Red Asistencial.
- Implementar estrategias innovadoras en salud rural en el marco del enfoque comunitario y familiar del modelo de atención de las comunas



CUARTA: Los componentes del Programa **Equidad en Salud Rural** son los siguientes:

Nombre Componente	Subcomponente	Descripción
Componente 1: Cobertura y Calidad de atención en población rural.	1.1 Reforzamiento de los Equipos de Rondas en comunas con alto número de PSR y/o de alta vulnerabilidad socioeconómica.	Se refiere a la contratación de refuerzo de recursos humanos para atención de Rondas de Salud Rural, destinados a comunas con PSR y/o vulnerabilidad socioeconómica y riesgo en salud, de forma de cubrir la necesidad de continuidad de la atención. Al momento de la planificación, el equipo deberá considerar las Determinantes Sociales en Salud detectadas en los diagnósticos participativos contenidos en el Plan de Salud Comunal, así como la programación anual de su red local, identificando y priorizando sectores cuyos usuarios presentan bajas tasas de consulta y dificultades en el acceso. Para ello, se debe cada año revisar los lineamientos de las Orientaciones Técnicas para la Planificación y Programación en Red, elaborada por el Ministerio de Salud. Se espera que, con este refuerzo a las Rondas de salud, las comunas logren aumentar el número de rondas y atenciones en las PSR, sin disminuir la producción en el establecimiento base, distribuyendo el calendario de atenciones de la forma más equitativa posible entre los distintos establecimientos y en respuesta a las necesidades de salud de cada comunidad. Se considera recursos para refuerzo de profesionales de salud 44 hrs. y conductor 44 hrs., lo cual deberá responder a la realidad de cada territorio, previa negociación y autorización del Servicio de Salud.
	1.2. Refuerzo de recurso humano Técnico de Enfermería de Nivel Superior para Postas de Salud Rural (permanente o volante).	Está relacionado con la contratación o mantención de un refuerzo de Técnico de Enfermería de Nivel Superior (permanente o volante) en Postas de Salud Rural. Se orientará a que el establecimiento fortalezca el trabajo en terreno y contacto con la realidad comunitaria mediante el trabajo Familiar y Comunitario tanto en la PSR, como en domicilio, escuelas o sedes vecinales, que puede ser abordado por cualquiera de los dos TENS. Se establece la necesidad de contar con un segundo TENS de jornada completa en la PSR, de acuerdo con los siguientes criterios





		conjuntos, conforme a lo dispuesto en la Norma Técnica N° 211 para Postas de Salud Rural, aprobada por la Decreto Exento N° 28 del 05 de mayo de 2021 del Ministerio de Salud: • Población sobre 800 personas en áreas concentradas o más de 500 en áreas dispersas. • Dispersión geográfica. • Vulnerabilidad social de la población. • Condiciones de aislamiento y calidad del acceso geográfico a la PSR. Para el caso de las PSR con un único Técnico (y que no cumplan los criterios anteriores), se considerará la modalidad de Técnico de Enfermería de Nivel Superior de refuerzo volante, quien permitirá apoyar el día de ronda en todas las actividades que compete su rol.
Componente 2: Sistemas de equipamiento clínico, de apoyo y comunicación de Postas de Salud Rural.	2.1. Mantención de sistemas de comunicación y/o equipamientos clínicos o de apoyo: telefonía de las Postas de Salud Rural, equipamientos menores, entre otros.	Según las condiciones locales, a las PSR de comunas vulnerables que no cuentan con esos medios de comunicación. Se pretende facilitar el acceso a las comunicaciones en aquellas localidades más aisladas, sujeto a las posibilidades técnicas, de modo de agilizar la capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia de pacientes y desastres, fortaleciendo la capacidad de gestión coordinada de la Dirección Comunal de Salud, el Equipo de salud rural y el(los) Técnico(s) de Enfermería de Nivel Superior a cargo de PSR.
	2.2. Reposición y/o adquisición de sistemas de comunicación y/o equipamientos clínicos o de apoyo: telefonía de las Postas de Salud Rural, equipamientos menores, entre otros.	De acuerdo con la disponibilidad de recursos, se buscará apoyar el cierre de brechas para la renovación o actualización del equipamiento clínico, instrumental menor e insumos de apoyo a las atenciones, en concordancia con la Norma Técnica para Postas de Salud Rural, año 2021, DIVAP, MINSAL y las Normas Técnicas Básicas para la obtención de la Autorización Sanitaria de estos establecimientos. Incluye recursos para la adquisición de estanques, bombas de agua, equipos electrogénos y otros que permitan reforzar el acceso a agua en condiciones seguras, suministro eléctrico o informático de las PSR.
Componente 3: Innovaciones en el modelo integral de atención de las poblaciones rurales.	3.1. Implementación de estrategias innovadoras para fomento del desarrollo local a través de Proyectos de trabajo comunitario.	Considera, de acuerdo con los recursos disponibles, la ejecución de Proyectos Comunitarios seleccionados a través del proceso de concurso definido por cada Servicio de Salud. Los proyectos deben ser formulados a partir de las prioridades visualizadas en los diagnósticos locales, en concordancia con la pertinencia cultural, el enfoque territorial y el de participación comunitaria, priorizando los siguientes temas: a) Calidad de vida de las Personas mayores. b) Alimentación saludable y autocuidado en salud. c) Participación comunitaria. d) Acciones de salud indígena. e) Acciones de promoción en Salud mental. f) Acciones de cuidado del medio ambiente.



	3.2. Realización de Jornadas de Salud Rural, que permitan compartir experiencia de los diferentes territorios que conforman la Red Asistencial de establecimientos rurales.	La realización de esta jornada tendrá como propósito el intercambio de experiencias en el trabajo de salud rural, capacitación y actualización de los TENS de PSR y equipos rurales, en el marco del Modelo de Atención con Enfoque Familiar y Comunitario, con Enfoque Territorial, Determinantes Sociales, Pertinencia Cultural y Género.
--	---	---

QUINTA: 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 **\$1.500.000**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en las cláusulas anteriores durante el presente año, según la siguiente distribución:

Componente 2: Sistema de equipamiento, transporte y comunicaciones de postas rurales:

2.1 Mantenimiento y/o adquisición del servicio de: telefonía celular, red fija, radiocomunicaciones, internet (según las condiciones locales):

COMUNA	ESTABLECIMIENTO	MONTO TOTAL
TEMUCO	Operativización y/o adquisición de 03 radios VHF para PSR	\$1.500.000
	Total	\$1.500.000

SEXTA: 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.

SEPTIMA: MONITOREO Y EVALUACIÓN.

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

Para el adecuado monitoreo y evaluación del Programa, se cumplirán los siguientes roles y funciones:

Municipios y entidades administradoras de salud municipal

- a) Aportar información sobre la situación de la salud rural para la elaboración de línea base del Programa.
- b) Suscribir convenios.





- c) Ejecutar las actividades establecidas en el convenio para el logro de los objetivos acordados según corresponda: contratación de recursos humanos, adquisición de bienes o servicios, ejecución de proyectos de trabajo comunitario, según corresponda.
- d) Realizar los registros de actividades en los REM correspondientes, para su posterior evaluación de los indicadores comprometidos en el convenio.
- e) Informar oportunamente al Servicio de Salud respecto a las actividades comprometidas y los recursos traspasados.
- f) Rendir cuentas de los recursos traspasados y gastados, de conformidad a lo establecido en la Resolución N°30 de 2015 de la Contraloría General de la República, al respectivo Servicio de Salud.

El monitoreo y evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del programa con el propósito de mejorar su eficiencia y efectividad. Desde la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, se realizarán evaluaciones del desarrollo del Programa en los meses de agosto y diciembre. En estas evaluaciones se solicitará información del desarrollo de los componentes a través de un informe.



- **Primera Evaluación: mes de agosto del año respectivo**

Se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso. Las comunas enviarán la información que requiera el Servicio de Salud correspondiente, para elaborar el informe que será enviado al Ministerio de Salud. Los Servicios de Salud consolidarán y enviarán toda la información a la División de Atención Primaria, del Ministerio de Salud, con fecha tope 15 de septiembre del año respectivo. Conforme a los resultados obtenidos, se hará efectiva la reliquidación de la siguiente cuota.

- **Segunda Evaluación: mes de diciembre del año respectivo**

Se efectuará con corte al 31 de diciembre del año en curso, fecha en que los Servicios de Salud y las comunas deberán tener implementadas el 100% de las acciones comprometidas por componente. Los Servicios de Salud consolidarán y enviarán toda la información a la División de Atención Primaria, del Ministerio de Salud, con fecha tope 15 de enero del año siguiente.



Esta evaluación determinará la devolución de recursos no ejecutados y la evaluación de la continuidad del programa en lugares con ejecución deficitaria. El resultado de la evaluación tendrá incidencia en los criterios de asignación de recursos del año siguiente, conforme las disponibilidades presupuestarias.

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

OCTAVA: INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN.

El programa se orienta a cerrar las brechas en el funcionamiento de los establecimientos rurales de atención, especialmente de las Postas de Salud Rural, contribuyendo a la disminución de las inequidades en salud, considerando para ello, el enfoque de las Determinantes Sociales en Salud (DSS), participación, género, interculturalidad, trabajo intersectorial.



Para tal efecto, el programa ha priorizado el cumplimiento de seis indicadores orientados a:

- a) Asegurar la continuidad, calidad y seguridad de la atención de las personas en las Postas de Salud Rural, evaluando el número de atenciones realizadas por el equipo de ronda, cobertura de familias y planes de intervención a las familias en riesgo.
- b) Contribuir a mejorar los sistemas de comunicaciones, evaluando la adquisición, habilitación y mantenimiento de recursos en esta área.
- c) Reforzar estrategias innovadoras en salud rural en el marco del enfoque territorial y modelo de atención integral.

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

- 1. **Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:** Asegurar la continuidad y calidad de la atención en las Postas de Salud Rural.

Reliquidación: No

INDICADOR Nº	NOMBRE DEL INDICADOR	
1.1	Incremento de atenciones de ronda (controles + consultas + EMP) realizadas en PSR de la comuna.	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
Nº de atenciones efectuadas en PSR de la comuna mes XX año en curso / Nº de atenciones efectuadas en posta mes XX año anterior * 100		>=100
NUMERADOR		FUENTE DE INFORMACIÓN REM Serie A-01: Controles De salud. Sección A (controles de salud sexual y reproductiva) + Sección B (Controles de salud según ciclo vital) + Sección C (Controles de salud según problemas de salud) + Sección E (Controles de salud en establecimientos educacionales (los controles individuales se registran en sección B). + REM Serie A-02: Examen Preventivo en mayores de 15 años Sección A: EMPA realizados por profesional. El control por exámenes se registra en “consulta profesional médico y no médico en REM A 04, Sección A y B. + REM Serie A-04: Consultas y otras atenciones en la red. Sección A (Consultas médicas) + Sección B (Consultas de profesionales no médicos) + Sección C (Consultas de anticoncepción de emergencia) + Sección D (Consultas en horario continuado) (sólo profesionales de ronda)
Nº de atenciones efectuadas en PSR de la comuna mes XX año en curso.		
DENOMINADOR		
Nº de atenciones efectuadas en PSR mes XX año anterior.		

Reliquidación: Sí

INDICADOR Nº	NOMBRE DEL INDICADOR	
1.2	Cobertura de familias evaluadas en PSR del Programa	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
N° de Familias Evaluadas con cartola o encuesta familiar / N° de Familias Inscritas * 100		30% de familias evaluadas con cartola o encuesta a junio (informado en agosto)
		60% de familias evaluadas con cartola o encuesta a diciembre
		FUENTE DE INFORMACIÓN
NUMERADOR		En base a REM Serie P-7, más reporte del Servicio de Salud en base a auditorías en terreno u otros medios de constatación. REM-P7, sección A.1: Clasificación de las familias Sector Rural
N° de Familias Evaluadas con cartola o encuesta familiar		
DENOMINADOR		
N° de Familias Inscritas		

Reliquidación: Sí

INDICADOR Nº	NOMBRE DEL INDICADOR	
2.2	Cobertura de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención en PSR del Programa	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
N° de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención/ Total de familias evaluadas en riesgo (Alto, Medio y Bajo)		10% de familias en riesgo (Alto, Medio y Bajo) con plan de intervención a junio (informado en agosto).
		20% de familias en riesgo (Alto, Medio y Bajo) con plan de intervención a diciembre.
		FUENTE DE INFORMACIÓN
NUMERADOR	En base a REM Serie P-7, más reporte del Servicio de Salud en base a auditorías en terreno u otros medios de constatación. REM-P7, sección A.1: Clasificación de las familias Sector Rural. N.º de Familias sin riesgo, N.º de familias en riesgo bajo, medio y alto. REM-P7, sección B: Intervención en Familias Sector Urbano y Rural. N° de familias con plan de intervención. N° de familias sin plan de intervención.	
DENOMINADOR		
Total de familias evaluadas en riesgo (Alto, Medio y Bajo)		

Nota: se aplica cartola familiar o encuesta de salud familiar vigente con duración máxima de 2 años.

2. **Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:** Contribuir a mejorar los sistemas de comunicaciones, equipamiento clínico y de apoyo de las Postas de Salud Rural con la red asistencial.

Reliquidación: No

INDICADOR Nº	NOMBRE DEL INDICADOR	
2.1	Porcentaje de ejecución de recursos (Equipos y equipamiento tanto clínico como de apoyo, instrumental e insumos).	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
Monto en recursos equipos y equipamiento tanto clínico como de apoyo, instrumental e insumos, devengado / Monto recursos equipos y equipamiento tanto clínico como de apoyo, instrumental e insumos asignado * 100		Según línea de base y listado comprometido
		FUENTE DE INFORMACIÓN
NUMERADOR		Listado comprometido Orden de compra
Monto en recursos equipos y equipamiento tanto clínico como de apoyo, instrumental e insumos devengado.		
DENOMINADOR		
Monto recursos en Equipos y equipamiento tanto clínico como de apoyo, instrumental e insumos asignado.		

Reliquidación: No

INDICADOR N°	NOMBRE DEL INDICADOR	
2.2	Porcentaje de utilización de la estrategia ministerial: Hospital Digital Rural.	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
N° de atenciones de morbilidad aguda realizadas a través de la estrategia de Hospital Digital Rural / N° de atenciones de morbilidad aguda programadas a través de la estrategia de Hospital Digital Rural		20 atenciones mensuales a través de la estrategia de Hospital Digital Rural.
		Meta a diciembre: 240 atenciones en HDR
NUMERADOR		FUENTE DE INFORMACIÓN
N° de atenciones de morbilidad aguda realizadas a través de la estrategia de Hospital Digital Rural		Plataformas ministeriales para extracción de información.
		REM A30, sección AR, informado por nivel central.
DENOMINADOR		
N° de atenciones de morbilidad aguda programadas a través de la estrategia de Hospital Digital Rural		

3. **Cumplimiento del Objetivo Específico N° 3:** Reforzar estrategias innovadoras en salud rural en el marco del enfoque comunitario y familiar del modelo de atención de las respectivas comunas, que contribuyan al desarrollo local de los territorios rurales.

Reliquidación: No

INDICADOR Nº	NOMBRE DEL INDICADOR	
3.1	Porcentaje de Ejecución del Proyecto según cronograma	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
Monto Ejecutado y Rendido Sin Observaciones / Monto Programado a la fecha de corte		A lo menos 60% a agosto
		FUENTE DE INFORMACIÓN
NUMERADOR	Según Informes de Ejecución de Proyecto parciales y final ajustados a las fechas de corte.	
Monto Ejecutado y Rendido Sin Observaciones		
DENOMINADOR		
Monto Programado a la fecha de corte		

Reliquidación: No

INDICADOR N°	NOMBRE DEL INDICADOR	
3.2	Realización Jornada de Salud Rural	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
Jornada de Salud Rural realizada		100% a diciembre
		FUENTE DE INFORMACIÓN
Indicador dicotómico = SI – NO		Informe y programa acorde a las líneas temáticas priorizadas para esta actividad.
		Lista de asistencia
		Fotografías
		Rendiciones

NOVENA: 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 01, y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de enero a diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

Se deja constancia que la glosa 01 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: 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 PRIMERA: 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 SEGUNDA: Las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República.

La rendición de cuentas, deberá ser realizada en soporte electrónico, a través del o los sistemas establecidos por el Servicio de Salud Araucanía Sur, en particular el sistema de rendición de Contraloría General de la República "SISREC", disponible en la página web www.rendicioncuentas.cl.

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

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

El Servicio de Salud, podrá una vez cumplida la fecha máxima de rendición del convenio, y en el caso que exista atraso en la rendición del gasto por parte de la municipalidad, establecer una fecha máxima 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 aceptarán las rendiciones de cuentas de gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia y dentro de las fechas de vigencia del convenio, de acuerdo a lo estipulado en el artículo N° 13 de la Resolución N° 30 de la Contraloría General de la República que fija el procedimiento sobre rendiciones financieras.



DECIMA TERCERA: El Servicio, 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 Gestión Asistencial.

DECIMA CUARTA: 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.

DECIMA QUINTA: 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.

DECIMA SEXTA: 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.

DECIMA OCTAVA: 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.

DECIMA NOVENA: El presente convenio tendrá vigencia desde el **1° de junio** 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 prórroga se formalizará mediante resolución exenta o afecta (según corresponda) del Servicio de Salud, fijando las metas comprometidas y los recursos asociados a dicha prórroga. 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: La personería de **Roberto Neira Aburto** para 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 Valdés Baltera**, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur, emana de Resolución Exenta N° 98 de fecha 10 de enero de 2020, del Servicio de Salud.

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



ROBERTO NEIRA ABURTO
ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE TEMUCO



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

