

DECRETO N°

191

TEMUCO,

22 JUN 2026

VISTOS:

del Ministerio del Interior.

1987, del Ministerio de Salud.

Atención Primaria de Salud Municipal.

de diciembre de 2025, que aprueba el "Programa Presupuestario de Salud y su desagregación de Ingresos y Gastos para el año 2026.

de 2025, que modifica Convenio para la ejecución del "Programa Cuidados Paliativos Universales en la APS", suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2025.

diciembre de 2025, que aprueba prórroga para dar continuidad Convenio para la ejecución del "Programa Cuidados Paliativos Universales en la APS", suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2026.

de 2026, que aprueba Convenio "Programa Cuidados Paliativos Universales en la APS", suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2026.

de abril de 2025, que delega firmas del alcalde.

N°18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

gasto en su ejecución para el municipio.

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/DV/ESS/NBP/bpf
DISTRIBUCION:

- Of. de Partes Municipal
- Departamento de Salud.



MUNICIPALIDAD DE TEMUCO
OFICINA DE PARTES
4632

PROVIDENCIA: _____
FECHA ENTRADA: **12 JUN 2026**
Salud

 **Gobierno de Chile**

REF.: Aprueba Convenio Programa Cuidados Paliativos Universales en la APS suscrito con la Municipalidad de Temuco.

RESOLUCION EXENTA Nº 14278

TEMUCO, 03 JUN 2026

PVB/POP/CMC/cmc

VISTOS; estos antecedentes:

1. Resolución Nº 1027 de fecha 16 de diciembre de 2025, del Ministerio de Salud, que Aprueba el Programa Cuidados Paliativos Universales en la APS.
2. Resolución Exenta Nº 145 de fecha 09 de febrero de 2026, del Ministerio de Salud, que distribuye recursos al Programa Cuidados Paliativos Universales en la APS.
3. Resolución Exenta Nº 8166 de fecha 17 de mayo de 2023, que aprueba Convenio "Programa Cuidados Paliativos Universales en la APS", suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2023.
4. Resolución Exenta Nº 24151 de fecha 26 de diciembre de 2023, que aprueba prórroga para dar continuidad a Convenio para la ejecución del "Programa Cuidados Paliativos Universales en la APS" suscrito con la Municipalidad de Temuco para el año 2024, modificada por Resolución Exenta Nº 4844 de fecha 15 de febrero de 2024 y Nº 20869 de fecha 13 de septiembre de 2024 de la Dirección del Servicio Araucanía Sur.
5. Resolución Exenta Nº 31673 de fecha 30 de diciembre de 2024, que aprueba prórroga para dar continuidad a Convenio para la ejecución del "Programa Cuidados Paliativos Universales en la APS" suscrito con la Municipalidad de Temuco para el año 2025, modificada por Resoluciones Exenta Nº 7440 de fecha 27 de febrero de 2025 y Nº 14316 de fecha 13 de mayo de 2025, todas de la Dirección del Servicio de Salud Araucanía Sur.
6. Resolución Nº 75 de fecha 29 de diciembre de 2025, de la Dirección del Servicio de Salud Araucanía Sur, que Autoriza Prórroga para dar continuidad a Convenio para la Ejecución del "Programa Cuidados Paliativos Universales en la APS" suscrito con la Municipalidad de Temuco para el año 2026.
7. Oficio Nº 42 de fecha 13 de enero de 2026 de la Municipalidad de Temuco al Servicio de Salud Araucanía Sur.
8. Oficio Nº 52 de fecha 27 de abril de 2026 de la Municipalidad de Temuco al Servicio de Salud Araucanía Sur por el que remite convenio.
9. convenio de fecha 30 de marzo de 2026 "Programa Cuidados Paliativos Universales en la APS" suscrito con la Municipalidad de Temuco y la Dirección del Servicio de Salud Araucanía Sur.

10. Certificado de disponibilidad presupuestaria N° 371/2026, de fecha 28.05.2026

CONSIDERANDO:

1. Que el Ministerio de Salud aprobó el Programa Cuidados Paliativos Universales en la APS, el cual tiene como propósito Disminuir la carga de sufrimiento, a través del alivio de síntomas y del acompañamiento de personas con una enfermedad terminal o grave y de sus familias, en el contexto de la Ley N° 21.375 en los establecimientos de salud de la Atención Primaria y Hospitales comunitarios.
2. Que el Ministerio de Salud, con la finalidad anterior, distribuyó recursos a los servicios de salud del país, para dar continuidad al Programa mediante Resolución Exenta N° 145 de fecha 09 de febrero de 2026.
3. Que mediante Resolución N° 75 de fecha 29 de diciembre de 2025, este Servicio aprobó prórroga del convenio suscrito con la Municipalidad de Temuco en el mes de abril del año 2023, el cual fue aprobado por Resolución Exenta N° 8166 de 2023.
4. Que la Municipalidad ha dado cumplimiento a la rendición del saldo no ejecutado del año 2025, mediante Oficio N° 42 de fecha 13 de enero de 2026, de acuerdo a lo establecido en la cláusula vigésimo primera del convenio suscrito entre ambas partes y prorrogado posteriormente.
5. Que con fecha 30 de marzo de 2026, las partes suscriben convenio para el Programa Cuidados Paliativos Universales en la APS, en cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución N° 75, de 2025, estableciéndose componentes, indicadores, metas y los recursos disponibles para el nuevo período.

TENIENDO PRESENTE lo dispuesto en:

1. DFL N° 1/05 que fija texto refundido D.L. 2763/79 que crea los Servicios de Salud;
2. D.S. 140/05 del M. de Salud que reglamenta los Servicios de Salud;
3. D.F.L. 1/19.414/97 del M. de Salud;
4. Resolución N° 98/2020, del Servicio de Salud Araucanía Sur, que delega facultades que indica -entre otros- a la Subdirección Médica.
5. Ley N° 19.378.
6. Resolución N°36, de 2024, de la Contraloría General de la República y sus posteriores modificaciones, dicto la siguiente.

RESOLUCION

1. APRUÉBASE Convenio Programa Cuidados Paliativos Universales en la APS suscrito con fecha 30 de marzo de 2026 con la Municipalidad de Temuco, cuyo tenor es el siguiente:

En Temuco, a 30 de marzo de 2026, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Arturo Prat N° 969, de la comuna de 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, de

la comuna de Temuco, representada por su Alcalde, **SR. 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°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 Cuidados Paliativos Universales en la APS**".

El referido Programa aprobado por Resolución Exenta N°1027 de fecha 16 de diciembre de 2025 que se entiende forman parte integrante del mismo, asignando recursos a través de Resolución Exenta N°145 de fecha 09 de febrero de 2026, ambas del Ministerio de Salud.

TERCERA: Que a través de Resolución Afecta N° 075, 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 Cuidados Paliativos Universales en la APS** de Convenio suscrito con la Municipalidad de Temuco, estableciéndose en su resuelto 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 del saldo no ejecutado de los recursos asignados durante el año 2025 para la ejecución del "**Programa Cuidados Paliativos Universales en la APS**", 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 Afecta N° 075, individualizada en la cláusula Tercera, estableciéndose para el nuevo periodo, los componentes, indicadores, metas y los recursos disponibles, considerando que el Ministerio de Salud estableció el Programa Sanitario vigente para el periodo, como los recursos asignados.

SEXTA: El propósito, objetivo y componentes del Programa se detallan a continuación:

Propósito: Disminuir la carga de sufrimiento, a través del alivio de síntomas y del acompañamiento de personas con una enfermedad terminal o grave y de sus familias, en el contexto de la Ley N° 21.375 en los establecimientos de salud de la Atención Primaria y Hospitales comunitarios.

Objetivo: Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con una enfermedad terminal o grave y de sus familias; a través del alivio del sufrimiento, bajo el modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario, en los establecimientos de la red de APS y Hospitales comunitarios.

Población: La población beneficiaria corresponde a las personas inscrita y adscrita en FONASA, con enfermedades terminales o graves que requieren de CCPP brindados por los Establecimientos de la red de APS y los Hospitales comunitarios.

- **Cobertura del programa:**

El porcentaje de cobertura será estimada de acuerdo con lo señalado en estudio de Léniz considerando la incidencia calculada, con los datos que proporciona FONASA respecto a la población beneficiaria sumado a la población bajo control del año anterior, según los recursos asignados en el año correspondiente y a la distribución de población realizada por referentes técnicos de DIVAP al inicio del año en curso.

Desarrollo del programa: El programa se enfoca en intervenciones realizadas por el equipo de salud, principalmente en los domicilios de las personas ingresadas, sin desmedro de la atención ambulatoria de familiares o de personas que pudieran acudir a sus centros de salud.

- **Componentes:** Con el fin de llevar a cabo este programa se espera que los equipos de APS puedan contar con el financiamiento de los siguientes componentes:
 - **Recursos humanos:** médico/a, enfermero/a, químico farmacéutico, psicólogo/a, nutricionista, trabajador/a social, kinesiólogo/a, fonoaudiólogo/a, terapeuta ocupacional, técnico en enfermería nivel superior u otros, que deberán ser visados por referencia técnica de la División de Atención Primaria (DIVAP), a partir de la presentación de un plan de incorporación, con formato que se entregará desde la referencia.
 - **Movilización:** para el transporte del personal de salud a las visitas domiciliarias del programa. No considera la compra de vehículos.
 - **Insumos:** insumos para procedimientos clínicos en domicilio. Para revisión de canasta de insumos ver Orientación Técnica DIVAP.
 - **Fármacos:** medicamentos necesarios para alivio de síntomas, según indicación médica. Para revisión de canasta de fármacos ver Orientación Técnica DIVAP. Cualquier compra de fármacos que no estén dentro de la canasta mencionada debe ser visada por la referencia técnica de la DIVAP.
 - **Oxigenoterapia:** para las personas ingresadas con requerimientos de uso de oxígeno no cubiertas por otros programas.¹
 - **Capacitación:** estrategias de capacitación a funcionarios que brinden atención clínica a personas ingresadas en el programa de CPU de APS, siendo considerada válidas aquellas capacitaciones con un mínimo de 60 horas pedagógicas, certificadas y con evaluación. Dichas capacitaciones tendrán una vigencia de 4 años desde el momento de la certificación.

¹ Pacientes con insuficiencia respiratoria crónica que cumplan los criterios de ingreso al Programa de oxígeno ambulatorio deben recibir el oxígeno por dicha vía de entrega, de la misma forma pacientes oncológicos en Cuidados Paliativos deberán recibirlo mediante GES N°4. Se debe reservar el uso de oxígeno de este Programa a personas ingresadas que lo requieran y no cumplan los requisitos para la entrega de oxígeno por otros medios, como es el Programa de oxígeno ambulatorio o por GES de Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado.

A partir de estos se desprenden los siguientes componentes técnicos con sus respectivos objetivos específicos:

Componente	Objetivo específico
Componente 1: Personas con enfermedades no oncológicas que disminuyen su sufrimiento.	1. Determinar el porcentaje de personas con enfermedades no oncológicas que disminuyen su sufrimiento respecto al número de personas que requieren cuidados paliativos por enfermedad no oncológica en el programa de CPU en la APS en el año t.
Componente 2: Atención domiciliaria en personas con enfermedades no oncológicas.	2. Determinar el porcentaje de atenciones domiciliarias realizadas en personas con enfermedades no oncológicas en relación con el total de las atenciones realizadas en personas con enfermedades no oncológicas en el programa de CPU en la APS el año t.
Componente 3: Capacitaciones de funcionarios/as del equipo de CPU en APS y Hospitales comunitarios.	3. Promover la capacitación del equipo de salud de APS y Hospitales comunitarios en el programa de CPU en la APS el año t.

Acciones de intervención del programa: La principal intervención del Programa es a través de la atención domiciliaria interdisciplinaria por parte de los equipos de CPU de APS. Las visitas domiciliarias pueden ser integrales de ingreso, seguimiento y visitas domiciliarias de Tratamiento/Procedimiento/Rehabilitación; que son informadas a través de la fuente REM A33.

Para aquellos casos que requieran atención ambulatoria se considera la consulta a paciente, consulta abreviada y la atención a familiares. Estas deben ser informadas a través de la fuente REM A33.

En caso de atención remota, se incluyen la teleconsulta y la consulta abreviada, las que también se deben informar en el REM A33.

Todas estas intervenciones se detallan en el documento de Orientaciones para Planificación y programación en red (Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud) del año vigente.

Complementariedades:

- Complementariedad a nivel interno:**

El Programa se complementa con el de Programa de dependencia severa en la evaluación y acompañamiento del/ la cuidador/a. Se espera que las personas dependientes severas que cumplan criterios de ingreso a CPU puedan mantenerse en ambos programas, de forma de obtener las prestaciones orientadas al caso índice y un plan de manejo integral al cuidador/a. De igual forma, aquellos usuarios/as que reciben un estipendio, lo podrán mantener en el tiempo. Algunos/as de los usuarios/as podrían ser beneficiarios/as de la Ley Ricarte Soto, Programa de oxígeno domiciliario, entre otros, desde donde deben mantener sus prestaciones de forma complementaria a las que realiza este programa.

De la misma forma, las personas ingresadas podrán mantener las atenciones de sus programas preexistentes, con el objetivo de continuar un manejo en contexto del Modelo

de Atención Integral de Salud (MAIS) y continuar con la entrega de prestaciones específicas de cada programa.

• **Complementariedad a nivel externo:**

Se recomienda que las iniciativas de ayuda social que existen desde las municipalidades se complementen con este programa en: dificultades en la compra de alimentos o suplementos, adquisición de pañales, adquisición de catres clínicos o de órtesis en menores de 65 años, subsidio de electricidad, entre otros. También este programa se enmarca en la iniciativa reciente "Sistema Nacional de Cuidados", la que incluye distintos ministerios en pro de mejorar las condiciones de vida de las/os cuidadores/as.

Además, se complementa con la ley 21.309 de beneficios para los afiliados y pensionados declarados como enfermos terminales, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Esta ley establece que aquellos afiliados, beneficiarios de pensión de sobrevivencia o pensionados que sean certificados como enfermos terminales, pueden utilizar sus fondos previsionales para percibir una Renta Temporal durante 12 meses.

Asimismo, de acuerdo con los Criterios Técnicos para la Programación de Criterios Técnicos para la programación de actividades de Cuidados Paliativos Universales en Atención Primaria año 2026, los/as profesionales y técnicos del equipo de salud, podrán asistir a **instancias de autocuidado** programadas semestralmente, con el objetivo de tratar temáticas relevantes con la salud mental de sus participantes en el contexto de la atención de personas con sufrimiento o cercanas a la muerte. La planificación de estas actividades debe cumplir con los lineamientos establecidos en la Orientación Técnica del programa².

Además, con el propósito de potenciar la capacidad resolutoria del nivel primario, mejorar la referencia y contra referencia de personas entre los niveles de atención, garantizando los cuidados compartidos, la continuidad y oportunidad de la atención, los/as profesionales y técnicos podrán asistir a **instancias formales de capacitación** que cuenten con certificación de respaldo (programa, horas de capacitación y evaluación), y que sean organizadas desde el nivel de Atención Primaria, Nivel Secundario, Servicio de Salud o por el Ministerio de Salud. Dichas capacitaciones deberán ser registradas en el REM A-33 del Programa de Cuidados Paliativos, sección D: Capacitaciones de equipos.

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 **\$366.567.592.-**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en las cláusulas anteriores durante el presente año, según la siguiente distribución:

PROGRAMA CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES EN LA APS		
ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN	TOTAL \$ CONVENIO
RECURSO HUMANO	Médico/a, enfermero/a, químico farmacéutico, psicólogo/a, nutricionista, trabajador/a social, kinesiólogo/a, técnico en enfermería nivel superior u otros visados por referencia técnica de la División de Atención Primaria (DIVAP), a partir de la presentación de un plan de incorporación, con formato que se entregará desde la referencia.	\$ 221.546.636.-
MOVILIZACIÓN	Para el transporte del personal de salud a las visitas domiciliarias del programa.	\$ 60.000.000.-
INSUMOS	Elementos para procedimientos en domicilio. Para revisión de canasta de insumos revisar Orientación Técnica DIVAP.	\$ 40.785.704.-

2 Páginas 126-129 de la Orientación Técnica de Cuidados Paliativos Universales del Ministerio de Salud, disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/12/Orientacion-Tecnica-Cuidados-Paliativos-Universales-1.pdf>

FÁRMACOS	Medicamentos necesarios para alivio de síntomas, para disponer por distintas vías de administración según indicación médica. Para revisión de canasta de fármacos revisar Orientación Técnica DIVAP. Cualquier compra de fármacos que no estén dentro de la canasta mencionada debe ser visada por MINSAL.	\$ 44.235,252.-
OXIGENOTERAPIA	Para las personas ingresadas con requerimientos de uso de oxígeno no cubiertas por otros programas.	\$ 0.-
TOTAL PROGRAMA CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES EN LA APS		\$ 366.567.592.-

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.

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.

El proceso de monitoreo del programa se realizará dos veces en el año, emitiendo informes al 30 de julio y 31 de diciembre. Dichos informes deberán ser enviados al Ministerio de Salud antes del 30 de agosto de cada año, y del 31 de enero del año siguiente.

La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

Primera evaluación: Se efectuará con corte al 30 de julio de cada año y, de acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación, se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 56% de acuerdo con el siguiente cuadro:

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2º CUOTA DEL 30%
56% o más	0%
43%- 55,9%	50%
30%-42,9%	75%
Menos del 30%	100%

De acuerdo con el resultado del porcentaje ponderado en la tabla dará lugar a la reliquidación del Programa.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá solicitar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, la no reliquidación del Programa, adjuntando los antecedentes de respaldo y un Plan de Trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. El Servicio de Salud, una vez analizada la solicitud, remitirá ésta y los antecedentes al Ministerio de Salud, que resolverá la petición.

Segunda evaluación: no obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la segunda evaluación del Programa al **31 de diciembre** de cada año, y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período.

- Metas de cumplimiento esperados por indicador en la segunda evaluación del PRAPS de CPU.

Indicador	Meta cumplimiento del indicador anual (2° evaluación)
Personas ingresadas por condición no oncológicas	100%
Atención domiciliaria	60%
Capacitaciones de personas del equipo de CPU de APS y Hospitales comunitarios	80%

REASIGNACIÓN.

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.

En el caso de existir recursos disponibles, una vez cumplidas las metas comprometidas, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la adquisición de insumos que permitan mejorar las acciones contempladas en el Programa, dentro del año presupuestario.

DECIMA: INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN. Se evaluará mediante el cumplimiento individual de cada componente del Programa, según los siguientes indicadores y metas:

COMPONENTE	OBJETIVO ESPECÍFICO	INDICADOR	FÓRMULA	PESO RELATIVO	MEDIO VERIFICACIÓN
Personas con enfermedades no oncológicas que disminuyen su sufrimiento	Determinar el porcentaje de personas con enfermedades no oncológicas que disminuyen su sufrimiento respecto al número de personas que requieren cuidados paliativos por enfermedad no oncológica en el programa de CPU en la APS en el año t.	Porcentaje de personas con enfermedad no oncológica que disminuyen su sufrimiento en el año t.	$(\text{n}^\circ \text{ personas con enfermedades no oncológicas que disminuyen su sufrimiento en el año t} / \text{n}^\circ \text{ de personas que requieren cuidados paliativos por enfermedad no oncológica en el año t}) * 100$	40%	Numerador: fuente REM A33 Denominador: fuente MINSAL
Atención domiciliaria en personas con enfermedades no oncológicas	Determinar el porcentaje de atenciones domiciliarias realizadas en personas con	Porcentaje de atenciones domiciliarias realizadas a personas con enfermedades	$(\text{n}^\circ \text{ de atenciones domiciliarias realizadas a personas con enfermedades no oncológicas del$	40%	Fuente REM A33

	enfermedades no oncológicas en relación con el total de las atenciones realizadas en personas con enfermedades no oncológicas en el programa de CPU en la APS el año t.	no oncológicas en el programa de CPU en la APS el año t.	programa de cuidados paliativos universales en la APS del año t/ n° total atenciones realizadas a personas con enfermedades no oncológicas por el programa de cuidados paliativos universales en la APS durante el año t) * 100		
Capacitaciones de funcionarios/as del equipo de CPU en APS y Hospitales comunitarios	Promover la capacitación del equipo de salud de APS y Hospitales comunitarios en el programa de CPU en la APS el año t.	Porcentaje de funcionarios/as de APS y Hospitales comunitarios con capacitación vigente en CPU en la APS en el año t.	(n° de funcionarios/as del equipo de CPU con capacitación vigente en el año t/ n° total de funcionarios/as del equipo de CPU en la APS en el año t) *100	20%	Fuente Local

Notas metodológicas:

1. Para este documento se debe considerar que las personas con enfermedades no oncológicas que disminuyen su sufrimiento corresponden al número de personas ingresadas por condiciones no oncológicas en el mismo período.
2. El número de personas que requieren cuidados paliativos por enfermedades no oncológicas en el año t es equivalente al número de canastas programadas (parcial o completa) entregada para el año t. Este dato será informado por el Ministerio de Salud al inicio del año correspondiente, desglosada por Servicio de Salud y por comuna.
3. Las Atenciones domiciliarias en la APS corresponden a la sumatoria de las visitas integrales de ingreso, visitas integrales de seguimiento y visitas de tratamiento/procedimiento/ rehabilitación. El número total de atenciones en la APS es la sumatoria de las siguientes en REM A33:
 - a. Atenciones domiciliarias
 - b. Atenciones ambulatorias
 - c. Atenciones remotas
4. Se considera como capacitación en CPU, aquella que cuente con a lo menos 60 horas pedagógicas, certificada y con evaluación, la cual tendrá una vigencia de 4 años desde su certificación.
5. Aquellas comunas que tienen equipos transversales de atención de pacientes en CPU su denominador corresponde al total de funcionarios/as de ese equipo. En caso de CESFAM donde se integren funcionarios/as que otorguen atención a pacientes en CPU en los sectores o que cuenten con un equipo transversal en el establecimiento, estos deben ser incorporados en el denominador.

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 sólo 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, en **dos cuotas** y de acuerdo al siguiente detalle: 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 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. N°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 QUINTA: 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 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.

DECIMA 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.

DECIMA 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.

DECIMA 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 N° 19.862.

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 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 PRIMERA: La personería del **SR. 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 10 de enero de 2020, del Servicio de Salud.

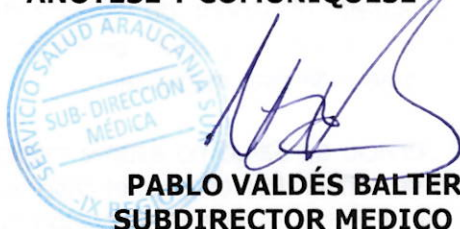
VIGESIMA SEGUNDA: El presente convenio se firma en cuatro ejemplares, quedando uno en poder de la Municipalidad y el resto en poder del Servicio de Salud.

2.- SUMA QUE SE TRASPASA: El Servicio de Salud en representación del Ministerio, traspasará la suma de **\$366.567.592.- (trescientos sesenta y seis millones quinientos sesenta y siete mil quinientos noventa y dos pesos)**, en la forma establecida en la cláusula DECIMO TERCERA del convenio que se aprueba por este acto.

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

4.- NOTIFÍQUESE, la presente Resolución a la Municipalidad de Temuco.

ANÓTESE Y COMUNIQUESE


PABLO VALDÉS BALTERA
SUBDIRECTOR MEDICO (S)
SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR

Res. N°353/01.06.2026

DISTRIBUCION

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



SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR CONVENIO PROGRAMA CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES EN LA APS COMUNA DE TEMUCO

POP/GMH/VMC/RGH/CMC/JCC

En Temuco, a 30 de marzo de 2026, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Arturo Prat N° 969, de la comuna de 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, de la comuna de Temuco, representada por su Alcalde, **SR. 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°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 Cuidados Paliativos Universales en la APS**".

El referido Programa aprobado por Resolución Exenta N°1027 de fecha 16 de diciembre de 2025 que se entiende forman parte integrante del mismo, asignando recursos a través de Resolución Exenta N°145 de fecha 09 de febrero de 2026, ambas del Ministerio de Salud.



TERCERA: Que a través de Resolución Afecta N° 075, de fecha 29 de diciembre de 2025, tomado razón con fecha 14 de enero de 2026 se autorizó la prórroga a contar del 1ro de enero del año 2026 y hasta el 31 de diciembre de 2026, para la ejecución del **Programa Cuidados Paliativos Universales en la APS** conforme 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 los componentes, indicadores, metas y los recursos disponibles para el nuevo período, 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 del saldo no ejecutado de los recursos asignados durante el año 2025 para la ejecución del “Programa Cuidados Paliativos Universales en la APS”, 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 Afecta N° 075, individualizada en la cláusula Tercera, estableciéndose para el nuevo periodo, los componentes, indicadores, metas y los recursos disponibles, considerando que el Ministerio de Salud estableció el Programa Sanitario vigente para el periodo, como los recursos asignados.

SEXTA: El propósito, objetivo y componentes del Programa se detallan a continuación:

Propósito: Disminuir la carga de sufrimiento, a través del alivio de síntomas y del acompañamiento de personas con una enfermedad terminal o grave y de sus familias, en el contexto de la Ley N° 21.375 en los establecimientos de salud de la Atención Primaria y Hospitales comunitarios.



Objetivo: Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con una enfermedad terminal o grave y de sus familias; a través del alivio del sufrimiento, bajo el modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario, en los establecimientos de la red de APS y Hospitales comunitarios.

Población: La población beneficiaria corresponde a las personas inscrita y adscrita en FONASA, con enfermedades terminales o graves que requieren de CCPP brindados por los Establecimientos de la red de APS y los Hospitales comunitarios.

• **Cobertura del programa:**

El porcentaje de cobertura será estimada de acuerdo con lo señalado en estudio de Léniz considerando la incidencia calculada, con los datos que proporciona FONASA respecto a la población beneficiaria sumado a la población bajo control del año anterior, según los recursos asignados en el año correspondiente y a la distribución de población realizada por referentes técnicos de DIVAP al inicio del año en curso.



Desarrollo del programa: El programa se enfoca en intervenciones realizadas por el equipo de salud, principalmente en los domicilios de las personas ingresadas, sin desmedro de la atención ambulatoria de familiares o de personas que pudieran acudir a sus centros de salud.

- **Componentes:** Con el fin de llevar a cabo este programa se espera que los equipos de APS puedan contar con el financiamiento de los siguientes componentes:
 - **Recursos humanos:** médico/a, enfermero/a, químico farmacéutico, psicólogo/a, nutricionista, trabajador/a social, kinesiólogo/a, fonoaudiólogo/a, terapeuta ocupacional, técnico en enfermería nivel superior u otros, que deberán ser visados por referencia técnica de la División de Atención Primaria (DIVAP), a partir de la presentación de un plan de incorporación, con formato que se entregará desde la referencia.
 - **Movilización:** para el transporte del personal de salud a las visitas domiciliarias del programa. No considera la compra de vehículos.
 - **Insumos:** insumos para procedimientos clínicos en domicilio. Para revisión de canasta de insumos ver Orientación Técnica DIVAP.





- **Fármacos:** medicamentos necesarios para alivio de síntomas, según indicación médica. Para revisión de canasta de fármacos ver Orientación Técnica DIVAP. Cualquier compra de fármacos que no estén dentro de la canasta mencionada debe ser visada por la referencia técnica de la DIVAP.
- **Oxigenoterapia:** para las personas ingresadas con requerimientos de uso de oxígeno no cubiertas por otros programas.¹
- **Capacitación:** estrategias de capacitación a funcionarios que brinden atención clínica a personas ingresadas en el programa de CPU de APS, siendo considerada válidas aquellas capacitaciones con un mínimo de 60 horas pedagógicas, certificadas y con evaluación. Dichas capacitaciones tendrán una vigencia de 4 años desde el momento de la certificación.

A partir de estos se desprenden los siguientes componentes técnicos con sus respectivos objetivos específicos:



Componente	Objetivo específico
Componente 1: Personas con enfermedades no oncológicas que disminuyen su sufrimiento.	1. Determinar el porcentaje de personas con enfermedades no oncológicas que disminuyen su sufrimiento respecto al número de personas que requieren cuidados paliativos por enfermedad no oncológica en el programa de CPU en la APS en el año t.
Componente 2: Atención domiciliaria en personas con enfermedades no oncológicas.	2. Determinar el porcentaje de atenciones domiciliarias realizadas en personas con enfermedades no oncológicas en relación con el total de las atenciones realizadas en personas con enfermedades no oncológicas en el programa de CPU en la APS el año t.
Componente 3: Capacitaciones de funcionarios/as del equipo de CPU en APS y Hospitales comunitarios.	3. Promover la capacitación del equipo de salud de APS y Hospitales comunitarios en el programa de CPU en la APS el año t.



Acciones de intervención del programa: La principal intervención del Programa es a través de la atención domiciliaria interdisciplinaria por parte de los equipos de CPU de APS. Las visitas domiciliarias pueden ser integrales de ingreso, seguimiento y visitas domiciliarias de Tratamiento/Procedimiento/Rehabilitación; que son informadas a través de la fuente REM A33. Para aquellos casos que requieran atención ambulatoria se considera la consulta a paciente, consulta abreviada y la atención a familiares. Estas deben ser informadas a través de la fuente REM A33.

En caso de atención remota, se incluyen la teleconsulta y la consulta abreviada, las que también se deben informar en el REM A33. Todas estas intervenciones se detallan en el documento de Orientaciones para Planificación y programación en red (Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud) del año vigente.



¹ Pacientes con insuficiencia respiratoria crónica que cumplan los criterios de ingreso al Programa de oxígeno ambulatorio deben recibir el oxígeno por dicha vía de entrega, de la misma forma pacientes oncológicos en Cuidados Paliativos deberán recibirlo mediante GES N°4. Se debe reservar el uso de oxígeno de este Programa a personas ingresadas que lo requieran y no cumplan los requisitos para la entrega de oxígeno por otros medios, como es el Programa de oxígeno ambulatorio o por GES de Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado.

Complementariedades:

- **Complementariedad a nivel interno:**

El Programa se complementa con el de Programa de dependencia severa en la evaluación y acompañamiento del/ la cuidador/a. Se espera que las personas dependientes severas que cumplan criterios de ingreso a CPU puedan mantenerse en ambos programas, de forma de obtener las prestaciones orientadas al caso índice y un plan de manejo integral al cuidador/a. De igual forma, aquellos usuarios/as que reciben un estipendio, lo podrán mantener en el tiempo. Algunos/as de los usuarios/as podrían ser beneficiarios/as de la Ley Ricarte Soto, Programa de oxígeno domiciliario, entre otros, desde donde deben mantener sus prestaciones de forma complementaria a las que realiza este programa.

De la misma forma, las personas ingresadas podrán mantener las atenciones de sus programas preexistentes, con el objetivo de continuar un manejo en contexto del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y continuar con la entrega de prestaciones específicas de cada programa.

- **Complementariedad a nivel externo:**

Se recomienda que las iniciativas de ayuda social que existen desde las municipalidades se complementen con este programa en: dificultades en la compra de alimentos o suplementos, adquisición de pañales, adquisición de catres clínicos o de órtesis en menores de 65 años, subsidio de electricidad, entre otros. También este programa se enmarca en la iniciativa reciente "Sistema Nacional de Cuidados", la que incluye distintos ministerios en pro de mejorar las condiciones de vida de las/os cuidadores/as.

Además, se complementa con la ley 21.309 de beneficios para los afiliados y pensionados declarados como enfermos terminales, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Esta ley establece que aquellos afiliados, beneficiarios de pensión de sobrevivencia o pensionados que sean certificados como enfermos terminales, pueden utilizar sus fondos previsionales para percibir una Renta Temporal durante 12 meses.

Asimismo, de acuerdo con los Criterios Técnicos para la Programación de Criterios Técnicos para la programación de actividades de Cuidados Paliativos Universales en Atención Primaria año 2026, los/as profesionales y técnicos del equipo de salud, podrán asistir a **instancias de autocuidado** programadas semestralmente, con el objetivo de tratar temáticas relevantes con la salud mental de sus participantes en el contexto de la atención de personas con sufrimiento o cercanas a la muerte. La planificación de estas actividades debe cumplir con los lineamientos establecidos en la Orientación Técnica del programa².

Además, con el propósito de potenciar la capacidad resolutive del nivel primario, mejorar la referencia y contra referencia de personas entre los niveles de atención, garantizando los cuidados compartidos, la continuidad y oportunidad de la atención, los/as profesionales y técnicos podrán asistir a **instancias formales de capacitación** que cuenten con certificación de respaldo (programa, horas de capacitación y evaluación), y que sean organizadas desde el nivel de Atención Primaria, Nivel Secundario, Servicio de Salud o por el Ministerio de Salud. Dichas capacitaciones deberán ser registradas en el REM A-33 del Programa de Cuidados Paliativos, sección D: Capacitaciones de equipos.

² Páginas 126-129 de la Orientación Técnica de Cuidados Paliativos Universales del Ministerio de Salud, disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/12/Orientacion-Tecnica-Cuidados-Paliativos-Universales-1.pdf>

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 **\$366.567.592.-**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en las cláusulas anteriores durante el presente año, según la siguiente distribución:

PROGRAMA CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES EN LA APS		
ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN	TOTAL \$ CONVENIO
RECURSO HUMANO	Médico/a, enfermero/a, químico farmacéutico, psicólogo/a, nutricionista, trabajador/a social, kinesiólogo/a, técnico en enfermería nivel superior u otros visados por referencia técnica de la División de Atención Primaria (DIVAP), a partir de la presentación de un plan de incorporación, con formato que se entregará desde la referencia.	\$ 221.546.636.-
MOVILIZACIÓN	Para el transporte del personal de salud a las visitas domiciliarias del programa.	\$ 60.000.000.-
INSUMOS	Elementos para procedimientos en domicilio. Para revisión de canasta de insumos revisar Orientación Técnica DIVAP.	\$ 40.785.704.-
FÁRMACOS	Medicamentos necesarios para alivio de síntomas, para disponer por distintas vías de administración según indicación médica. Para revisión de canasta de fármacos revisar Orientación Técnica DIVAP. Cualquier compra de fármacos que no estén dentro de la canasta mencionada debe ser visada por MINSAL.	\$ 44.235.252.-
OXIGENOTERAPIA	Para las personas ingresadas con requerimientos de uso de oxígeno no cubiertas por otros programas.	\$ 0.-
TOTAL PROGRAMA CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES EN LA APS		\$ 366.567.592.-

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.

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.

El proceso de monitoreo del programa se realizará dos veces en el año, emitiendo informes al 30 de julio y 31 de diciembre. Dichos informes deberán ser enviados al Ministerio de Salud antes del 30 de agosto de cada año, y del 31 de enero del año siguiente.

La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

Primera evaluación: Se efectuará con corte al 30 de julio de cada año y, de acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación, se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 56% de acuerdo con el siguiente cuadro:

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2° CUOTA DEL 30%
56% o más	0%
43%- 55,9%	50%
30%-42,9%	75%
Menos del 30%	100%

De acuerdo con el resultado del porcentaje ponderado en la tabla dará lugar a la reliquidación del Programa.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá solicitar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, la no reliquidación del Programa, adjuntando los antecedentes de respaldo y un Plan de Trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. El Servicio de Salud, una vez analizada la solicitud, remitirá ésta y los antecedentes al Ministerio de Salud, que resolverá la petición.

Segunda evaluación: no obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la segunda evaluación del Programa al **31 de diciembre** de cada año, y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período.

- Metas de cumplimiento esperados por indicador en la segunda evaluación del PRAPS de CPU.

Indicador	Meta cumplimiento del indicador anual (2° evaluación)
Personas ingresadas por condición no oncológicas	100%
Atención domiciliaria	60%
Capacitaciones de personas del equipo de CPU de APS y Hospitales comunitarios	80%

REASIGNACIÓN.

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.

En el caso de existir recursos disponibles, una vez cumplidas las metas comprometidas, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la adquisición de insumos que permitan mejorar las acciones contempladas en el Programa, dentro del año presupuestario.

DECIMA: INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN. Se evaluará mediante el cumplimiento individual de cada componente del Programa, según los siguientes indicadores y metas:

COMPONENTE	OBJETIVO ESPECÍFICO	INDICADOR	FÓRMULA	PESO RELATIVO	MEDIO VERIFICACIÓN
Personas con enfermedades no oncológicas que disminuyen su sufrimiento	Determinar el porcentaje de personas con enfermedades no oncológicas que disminuyen su sufrimiento respecto al número de personas que requieren cuidados paliativos por enfermedad no oncológica en el programa de CPU en la APS en el año t.	Porcentaje de personas con enfermedad no oncológica que disminuyen su sufrimiento en el año t.	$(n^{\circ} \text{ personas con enfermedades no oncológicas que disminuyen su sufrimiento en el año t} / n^{\circ} \text{ de personas que requieren cuidados paliativos por enfermedad no oncológica en el año t}) * 100$	40%	Numerador: fuente REM A33 Denominador: fuente MINSAL
Atención domiciliar en personas con enfermedades oncológicas	Determinar el porcentaje de atenciones domiciliarias realizadas en personas con enfermedades no oncológicas en relación con el total de las atenciones realizadas en personas con enfermedades no oncológicas en el programa de CPU en la APS el año t.	Porcentaje de atenciones domiciliarias realizadas a personas con enfermedades no oncológicas en el programa de CPU en la APS el año t.	$(n^{\circ} \text{ de atenciones domiciliarias realizadas a personas con enfermedades no oncológicas del programa de cuidados paliativos universales en la APS del año t} / n^{\circ} \text{ total atenciones realizadas a personas con enfermedades no oncológicas por el programa de cuidados paliativos universales en la APS durante el año t}) * 100$	40%	Fuente REM A33
Capacitaciones de funcionarios/as del equipo de CPU en APS y Hospitales comunitarios	Promover la capacitación del equipo de salud de APS y Hospitales comunitarios en el programa de CPU en la APS el año t.	Porcentaje de funcionarios/as de APS y Hospitales comunitarios con capacitación vigente en CPU en la APS en el año t.	$(n^{\circ} \text{ de funcionarios/as del equipo de CPU con capacitación vigente en el año t} / n^{\circ} \text{ total de funcionarios/as del equipo de CPU en la APS en el año t}) * 100$	20%	Fuente Local

Notas metodológicas:

1. Para este documento se debe considerar que las personas con enfermedades no oncológicas que disminuyen su sufrimiento corresponden al número de personas ingresadas por condiciones no oncológicas en el mismo período.
2. El número de personas que requieren cuidados paliativos por enfermedades no oncológicas en el año t es equivalente al número de canastas programadas (parcial o completa) entregada para el año t. Este dato será informado por el Ministerio de Salud al inicio del año correspondiente, desglosada por Servicio de Salud y por comuna.
3. Las Atenciones domiciliarias en la APS corresponden a la sumatoria de las visitas integrales de ingreso, visitas integrales de seguimiento y visitas de tratamiento/ procedimiento/ rehabilitación. El número total de atenciones en la APS es la sumatoria de las siguientes en REM A33:
 - a. Atenciones domiciliarias
 - b. Atenciones ambulatorias
 - c. Atenciones remotas
4. Se considera como capacitación en CPU, aquella que cuente con a lo menos 60 horas pedagógicas, certificada y con evaluación, la cual tendrá una vigencia de 4 años desde su certificación.
5. Aquellas comunas que tienen equipos transversales de atención de pacientes en CPU su denominador corresponde al total de funcionarios/as de ese equipo. En caso de CESFAM donde se integren funcionarios/as que otorguen atención a pacientes en CPU en los sectores o que cuenten con un equipo transversal en el establecimiento, estos deben ser incorporados en el denominador.

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 sólo 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, en **dos cuotas** y de acuerdo al siguiente detalle: 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 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. N°407 del 09 de febrero de 2024, por 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 QUINTA: 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 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.

DECIMA 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.

DECIMA 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.

DECIMA 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 N° 19.862.

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 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 iniciaron desde el 1° de enero de 2026 con anterioridad a la fecha de suscripción del presente 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 del **SR. 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 10 de enero de 2020, del Servicio de Salud.

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



[Handwritten signature of Dr. Pablo Valdés Baltera]

(PDF) DR. PABLO VALDÉS BALTERA
SUBDIRECTOR MEDICO (S)
SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR

1996年12月24日 星期三